



MANUAL DE REFERENCIA

ESCUELAS QUE PROTEGEN Y CUIDAN LA SALUD MENTAL

F. Javier Romeo Biedma

Edita:

Escuelas Católicas de Madrid
C/ Hacienda de Pavones, 5, 2.^a planta
28030 Madrid
<https://www.ecmadrid.org/>

Autoría:

F. Javier Romeo Biedma (Espiraes Consultoría de Infancia)

Diseño y maquetación:

Javier Gil Caballero

Septiembre de 2025

© Derechos de autor de Escuelas Católicas de Madrid sobre todos los contenidos de este documento. Permitida su reproducción total o parcial siempre que se cite su procedencia.

Cita recomendada:

Romeo, F. J. (2025). *Escuelas que protegen y cuidan la salud mental. Manual de Referencia*. Escuelas Católicas de Madrid.

Las opiniones contenidas en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones de Escuelas Católicas de Madrid.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL	7
SECRETARIO REGIONAL DE ESCUELAS CATÓLICAS DE MADRID	7
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO 1: UNA VISIÓN GLOBAL DE LA SALUD MENTAL.....	13
Un modelo de salud mental basado en conexiones sanas.....	13
Un modelo de salud mental biopsicosocial.....	17
Un modelo del psiquismo humano.....	19
Un modelo de salud mental basado en el Enfoque de los Derechos del Niño	21
Algunas definiciones de referencia.....	22
Factores que afectan a la salud mental.....	25
CAPÍTULO 2: LAS RELACIONES QUE NOS DEFINEN: VÍNCULO, APEGO Y SALUD MENTAL	33
Los niveles de relación.....	33
Los modelos de apego.....	36
Precisiones respecto al apego.....	39
Apego y salud mental.....	41
CAPÍTULO 3: LAS CONDICIONES QUE PERMITEN ABORDAR LA SALUD MENTAL: LOS ENTORNOS SEGUROS Y PROTECTORES Y LA AFECTIVIDAD CONSCIENTE	43
La protección integral, la violencia y la salud mental.....	43
Los Entornos Seguros y Protectores y su aplicación en el ámbito escolar.....	44
La Afectividad Consciente	46
La escucha adecuada: un acompañamiento que puede ayudar a salvar vidas	49
El principio de Ricitos de Oro en la intervención con niños, niñas y adolescentes	53
CAPÍTULO 4: UNA TIPOLOGÍA BÁSICA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	57
Las dificultades en la estructuración de los problemas de salud mental y su diagnóstico.....	57
Una propuesta de tipología básica de problemas de salud mental.....	57
Una conceptualización práctica de cada temática	60
¿Y los temas más complicados?.....	61

CAPÍTULO 5: PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (I): TEMAS GRADUALES.....	63
Conceptualización de los temas graduales.....	63
Ansiedad y estrés.....	64
Bajo estado de ánimo y falta de motivación, hasta la depresión.....	70
Baja autoestima.....	75
Dificultades con la gestión de las emociones.....	81
Dificultades con la atención.....	89
CAPÍTULO 6: PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (II): TEMAS EXTREMOS.....	97
Conceptualización de los temas extremos.....	97
Problemas de alimentación (incluyendo trastornos de la conducta alimentaria).....	98
Comportamientos adictivos.....	116
Trastorno del Espectro del Autismo.....	129
Problemas asociados a la discapacidad intelectual.....	135
CAPÍTULO 7: PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (III): EL TRAUMA.....	143
Visibilizar el trauma.....	143
Algunas claves para comprender el trauma.....	144
Conceptualización del trauma con la metodología planteada.....	148
CAPÍTULO 8: PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (IV): TEMAS RELACIONALES.....	157
Conceptualización de los temas relacionales.....	157
Sufrir o ejercer violencia.....	158
Relaciones insuficientes o dañinas con las figuras parentales.....	161
Relaciones insatisfactorias o dañinas con otras figuras adultas.....	164
Relaciones insatisfactorias o dañinas con sus iguales.....	166
Aislamiento.....	171
CAPÍTULO 9: PROBLEMAS DE SALUD MENTAL(V): TEMAS SOCIALES, CULTURALES Y ESTRUCTURALES.....	175
Conceptualización de los temas sociales, culturales y estructurales.....	175
Estructuras familiares que generan inseguridad.....	177
Desventaja social.....	181
Discriminación social.....	184
Referentes sociales inadecuados.....	189

CAPÍTULO 10: LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN Y LA SALUD MENTAL	195
El auge de las Tecnologías de la Información y la Comunicación.....	195
Una tecnología que puede perjudicar.....	197
Información constructiva, información dañina y exceso de información.....	198
Comunicación y relaciones en los entornos digitales.....	201
Algunas áreas de impacto en los tres tipos de conexiones.....	204
Pautas básicas para un uso seguro de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en relación con la salud mental.....	205
CAPÍTULO 11: CLAVES PARA LA INTERVENCIÓN	209
Los objetivos de la intervención de los centros educativos.....	209
La prevención: una forma de evitar problemáticas y una puerta de entrada a la intervención.....	211
La detección, la sistematización del caso y la derivación.....	216
El acompañamiento de los casos: la necesaria coordinación con otros ámbitos y las pautas específicas.....	222
CONCLUSIONES: "HABITAR EN UN MUNDO DE POSIBILIDADES"	229
ANEXO: UN DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO SOBRE LA SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL DEL ALUMNADO EN CENTROS EDUCATIVOS	233
Justificación.....	233
Objetivos.....	234
Perfiles de los centros educativos participantes.....	235
Metodología.....	236
Resultados.....	240
Conclusiones.....	266
AGRADECIMIENTOS	273
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	275

PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Una parte central de la misión de Escuelas Católicas de Madrid tiene el foco puesto en el desarrollo integral de todas las personas que forman las comunidades educativas de los colegios.

Por este motivo, el cuidado de la salud mental es una preocupación que siempre hemos tenido presente pero que en estos tiempos tan complejos adquiere una mayor importancia. A ello unimos que desde hace varios años los propios centros educativos, debido a esa complejidad social, han puesto de relieve una mayor inquietud en esta búsqueda de la mejor educación integral para todos sus alumnos; esto implica que la salud mental tiene que ser una de las preocupaciones permanentes en todos los centros educativos.

La acción fundamental que podemos hacer desde ECM está referida a la formación de todos los profesionales que trabajan en cada centro, profesorado y personal no docente. Formación que, como no pudiera ser de otro modo, se va a reflejar positivamente en la acción educativa diaria con los alumnos y con sus familias.

Este manual, fruto de la reflexión teórica y del trabajo práctico en los colegios, pretende servir de referencia para desarrollar futuras formaciones sobre temas de salud mental; así mismo, busca también que los educadores puedan profesionalizar cada día más su trabajo y el esfuerzo diario por proporcionar a todo el alumnado los mejores medios y el mejor ambiente colegial para desarrollarse como personas íntegras.

El objetivo último de todas las formaciones y publicaciones que en ECM se crean y se dan a conocer a los colegios es transformar la realidad educativa. Este Manual, que se hace público de un modo gratuito, queda a disposición de todos los centros educativos, de todos los educadores de cualquier ámbito, de todos los profesionales relacionados con la educación... Y pretende ser una palanca para crear un mundo más humano y más cercano al Evangelio de Jesús de Nazaret que inspira a todos los educadores católicos.

Te deseo que su lectura, no siempre fácil por la complejidad del tema, te sirva como acicate para desarrollar cada día mejor tu tarea educativa.

EMILIO DÍAZ MUÑOZ

SECRETARIO REGIONAL DE ESCUELAS CATÓLICAS DE MADRID

INTRODUCCIÓN

Los centros educativos cumplen con muchas funciones sociales relevantes. Aparte de estructurar el aprendizaje, tienen la misión de educar a los niños, niñas y adolescentes para su pleno desarrollo y para su inserción constructiva en la sociedad. Para lograrlo, sus estudiantes deben contar con las condiciones necesarias, incluido un bienestar psicológico básico que les permita desarrollar sus competencias cognitivas, emocionales y relacionales. Por eso, los centros educativos deben ser entornos seguros y protectores, que promuevan ese aprendizaje dentro de las capacidades específicas de cada persona.

A esto se añade que los centros educativos están insertos en estructuras sociales más amplias, desde los municipios en los que tienen sus instalaciones hasta los sistemas educativos marcados por las instituciones y las tendencias de la sociedad en general. En este sentido, hay dos elementos que afectan especialmente a la atención que proporcionan los colegios. Por un lado, la mayor sensibilidad social hacia la protección de los niños, niñas y adolescentes ha conducido a la aparición de legislación, normativas y protocolos para mejorar la atención en todos los ámbitos donde interactúan. Así, los centros educativos están obligados por ley a contar con Coordinadores y Coordinadoras de Bienestar y Protección, con unas amplias funciones, y disponen de equipos de Orientación y de Comisiones de Convivencia y otras figuras similares que velan por el bienestar de los niños, niñas y adolescentes. Por otro lado, los cambios sociales, desde las consecuencias de la pandemia por COVID-19 hasta los usos dañinos de las nuevas tecnologías o las alteraciones de las perspectivas de futuro (por ejemplo, cuando tener estudios no garantiza la inserción laboral), están teniendo un impacto claramente negativo en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes. Las escuelas, como centros de referencia donde pasan gran parte de su tiempo, están detectando con preocupación cómo aumentan los problemas de salud mental. Y sus profesionales (no solo los cargos directivos, sino también los equipos educativos y de apoyo) se encuentran cada vez más con casos preocupantes que no saben cómo abordar.

Este manual está estructurado en diversos capítulos, que se pueden leer uno tras otro, pero que también permiten la consulta por partes, según los intereses de cada persona. Para entender los contenidos es necesario haber leído el **Capítulo 1. Una visión global de la salud mental**, que presenta la conceptualización de los distintos elementos de la salud mental, el **Capítulo 3. Las condiciones que**

permiten abordar la salud mental: los Entornos Seguros y Protectores y la Afectividad Consciente, que estructura las pautas generales para el acompañamiento individual e institucional, y el **Capítulo 4. Una tipología básica de los problemas de salud mental**, que proporciona una visión general sobre las diferentes temáticas. **El Capítulo 2. Las relaciones que nos definen: vínculo, apego y salud mental**, sin ser absolutamente imprescindible, plantea las bases de la influencia de las relaciones en la buena o mala salud mental, de modo que su lectura es recomendable antes de entrar directamente en el resto de contenidos. Los capítulos siguientes abordan las distintas temáticas planteadas y se pueden leer de manera independiente entre sí, aunque van de lo más específico hacia lo más amplio: el **Capítulo 5. Problemas de salud mental (I): temas graduales**, el **Capítulo 6. Problemas de salud mental (II): temas extremos**, el **Capítulo 7. Problemas de salud mental (III): el trauma**, el **Capítulo 8. Problemas de salud mental (IV): temas relacionales** y el **Capítulo 9. Problemas de salud mental (V): temas sociales, culturales y estructurales**. Debido a su importancia en el mundo actual, se ha visto necesario incluir un **Capítulo 10. Las Tecnologías de la Información y la Comunicación y la salud mental**, con datos y reflexiones sobre algunos elementos del ámbito digital y su impacto en la salud mental. El **Capítulo 11. Claves para la intervención** recopila las consideraciones básicas para saber qué pasos dar (y cuáles no) desde los centros educativos. El texto termina en cuanto a contenidos en las **Conclusiones: “Habitar en un mundo de posibilidades”**, con unas reflexiones finales. Sin embargo, la lectura del **Anexo. Un diagnóstico participativo sobre la situación de la salud mental del alumnado en centros educativos**, recoge el trabajo en diez grupos focales (cinco de estudiantes y cinco de profesionales), con los datos numéricos así como con muchos comentarios interesantes que sirvieron para estructurar todos los contenidos, y proporciona la estructura básica para realizar consultas similares en otros centros educativos.

Este manual pretende servir de orientación, entre otros muchos materiales disponibles desarrollados por distintas instituciones, para la prevención, la detección, la derivación y el acompañamiento de los problemas de salud mental en los centros educativos. Está dirigido a profesionales de la Educación, desde cargos directivos hasta profesorado con tutorías a su cargo y personal educativo y de apoyo, partiendo de una visión general, que combina la exposición teórica con orientaciones prácticas. En este sentido, es necesario dejar claras dos cuestiones (que se abordarán en más detalle en los capítulos correspondientes). Por una parte, **este manual no sustituye la consulta a profesionales de la Psicología y de la Psiquiatría**, simplemente proporciona orientaciones para detectar mejor las situaciones y comunicar los casos de manera más precisa,

para que los equipos especializados de salud mental puedan realizar un diagnóstico y proponer un tratamiento adecuado. Por otra parte, y respetando la multidisciplinariedad necesaria para abordar las temáticas de salud mental, **las claves de intervención presentadas consisten en la colaboración y la coordinación con todos los agentes relevantes en cada caso**, desde los equipos de salud mental públicos y privados hasta los servicios sociales, los centros de salud de referencia, las administraciones públicas competentes, las entidades sociales, las familias y los propios niños, niñas y adolescentes. Las pautas indicadas requieren siempre, en línea con la legislación y con las buenas prácticas en salud mental, de ese trabajo coordinado entre distintas instituciones y con diversas personas.

Los contenidos presentados en este manual han sido validados en los procesos formativos organizados por Escuelas Católicas de Madrid con el mismo título, y se complementan con las otras publicaciones de este proyecto: *Las paredes educan. Los centros educativos como entornos seguros y protectores* (Romeo, 2025a), que es una guía de evaluación de los espacios educativos, y *Creando escuelas que protegen y cuidan la salud mental. Guía didáctica para la formación de los equipos educativos* (Romeo, 2025b), que recoge las pautas para facilitar los contenidos de este manual en diferentes formatos. Sin embargo, la ordenación en este manual es distinta del proceso descrito en la Guía Didáctica, ya que en este caso la progresión temática se ajusta a la lectura, mientras que en la formación en persona los contenidos se presentan de manera vivencial, ordenados según las actividades experienciales. La participación de diversas personas y entidades ha configurado los contenidos, desde los grupos focales iniciales con alumnos y alumnas y con profesorado y personal de administración y servicios (recogidos en resumen en el Anexo) hasta quienes han contribuido con su presencia, sus preguntas y sus aportaciones en las distintas sesiones de formación, y desde aquí va un agradecimiento sentido: han contribuido a que el texto, dentro de sus limitaciones, resulte más ajustado a las preocupaciones que surgen en los centros escolares. De este modo, es esperable que se puedan aplicar en muchos otros espacios, no solo educativos, sino también de ocio y tiempo libre, deportivos, sociales y culturales.

Para complementar el carácter introductorio de este manual, se han proporcionado múltiples **referencias donde poder ampliar la información**, escogiendo el formato APA (de la *American Psychological Association*, la Asociación Estadounidense de Psicología), con una referencia entre paréntesis del apellido del autor o autora y el año de publicación que se puede encontrar en el apartado final de **Referencias bibliográficas** y, cuando es relevante, la página o el capítulo dentro de la publicación. Además, se han incluido unos

apartados específicos con el nombre de “**Para profundizar**” que recogen recomendaciones concretas que cumplen con los criterios de **solidez técnica y fiabilidad** (materiales publicados por instituciones de reconocido prestigio) y también de **accesibilidad** (publicaciones disponibles en línea de libre acceso, para no depender de compras y presupuestos). La evolución de conocimientos en el área de la salud mental es rápida, y continuamente están apareciendo nuevos elementos valiosos, de modo que es recomendable seguir también la actividad de esas instituciones para mantenerse al día.

La lectura sobre temáticas de salud mental es un proceso duro, y tal vez por eso es más valioso. Es esperable que en ciertos momentos aparezca cansancio mental y emocional, y puede convertirse en un reto cuando se mencionan situaciones que podemos reconocer en nuestro alumnado o en nuestro propio interior. Por todo esto, es recomendable el autocuidado y el diálogo con otras personas, para facilitar la integración de los conocimientos y de las vivencias. Porque reflexionar sobre las problemáticas de salud mental conlleva un esfuerzo, pero ser capaces de mejorar el bienestar de los niños, niñas y adolescentes hace que merezca la pena.

Por último, este manual pretende servir de introducción a la visión de la salud mental infantojuvenil y de los problemas más frecuentes y preocupantes, pero no sustituye la necesidad de consultar con especialistas, tanto para abordajes generales a través de programas dirigidos a todo el alumnado como para intervenciones específicas dirigidas a estudiantes en concreto que presentan algunas de estas situaciones. El trabajo en red, con coordinaciones frecuentes, es fundamental para lograr un impacto positivo en las vidas de los niños, niñas y adolescentes.

CAPÍTULO 1

UNA VISIÓN GLOBAL
DE LA SALUD MENTAL

El término “salud mental” es muy amplio, y se utiliza de diversas maneras, a veces contradictorias. Para centrar la temática, veremos **varios modelos** que sirven para encuadrar la salud mental, desde las **conexiones sanas** (interiores, con otras personas y con la vida, el mundo y la trascendencia) y el **enfoque biopsicosocial** hasta un **modelo del psiquismo humano**, así como algunas definiciones y el **Enfoque de Derechos del Niño** como marco de actuación y exploraremos brevemente los factores que afectan, para bien o para mal, a esta dimensión humana.

Un modelo de salud mental basado en conexiones sanas

Los seres humanos somos seres relacionales. Existen distintos modelos que profundizan en los aspectos filosóficos, biológicos y ecológicos de esta realidad (ver especialmente Gendlin, 1962/1997; 1973/1997; 2018). Para conceptualizar de manera operativa la salud mental de los niños, niñas y adolescentes en el ámbito educativo nos centraremos en tres tipos de conexiones de las cuales depende el bienestar de cada persona.

1 En primer lugar está la **conexión interior**. Esta conexión es sana cuando mantenemos una relación adecuada con las distintas experiencias interiores, físicas, fisiológicas, emocionales y cognitivas. No es solo el autoconocimiento (“*Sé cómo soy, qué siento y pienso y qué puedo hacer para atender mis necesidades humanas*”), sino también una calidez interna, de acogida de las vivencias propias sin que nos desborden (“*Ahora estoy sintiendo mucho enfado, como me conozco es mejor que busque un espacio tranquilo para no estallar*”, “*Esta situación me ha dejado una sensación de confusión, creo que voy a intentar hablar con esta persona de mi confianza, para intentar aclararme las ideas*”, “*¡Qué bien me siento! Me encantará compartirlo con otras personas*”). Esta conexión puede fallar por distintos motivos, desde la desconexión interior (“*He aprendido a ser tan obediente y a hacer tanto lo que me dicen otras personas que ya no sé lo que siento ni lo que quiero*”) hasta el desbordamiento emocional (“*En cuanto me sube la ansiedad dejo de ser alguien responsable y me convierto en mi angustia, y entonces tomo decisiones que me perjudican*”) o el autoengaño (“*No puede ser que me haya enfadado*”).

por algo tan sencillo como esto, será que en realidad tengo hambre, voy a comer algo en vez de pararme a ver cómo me siento de verdad”).

2 Un segundo nivel es la **conexión con otras personas**. Como veremos en el **Capítulo 2. Las relaciones que nos definen: vínculo, apego y salud mental**, hay interacciones que nos configuran, desde la infancia hasta el resto de etapas de la vida. Cuando esas conexiones son sanas nos aportan en muchos niveles, y nos ayudan tanto en los aspectos compartidos (*“Soy como A, B y C en esto, y puedo aprender de cómo gestionan sus vivencias, con su estilo”*), como en la diferenciación (*“Soy diferente de D, E y F en esta dimensión, eso me da claves para conocerme mejor y puedo incorporar elementos de su modo de funcionar en el mundo”*). Sin embargo, cuando este tipo de conexiones son insuficientes o incluso perjudiciales, pueden causar mucho daño, con efectos tan perniciosos como el aislamiento (*“No tengo a nadie con quien compartir lo que me pasa”* o incluso *“No le importo a nadie”*), la victimización y la indefensión (*“Haga lo que haga, me van a tratar mal”*), o la violencia (*“Como no me fío de que se vayan a tener en cuenta mis necesidades, voy a intentar obtener lo que quiero por la fuerza, incluso causando daño a otras personas”*).

3 El tercer nivel es la **conexión con la vida, el mundo, la trascendencia**. Como seres humanos buscamos el sentido de nuestra existencia, elementos que explican nuestro lugar en los distintos ámbitos. Existen muchos modelos diferentes para justificar tanto la vida humana en general como el sentido de cada persona, desde la psicología, la filosofía, la religión... La clave es que las personas encontramos el sentido de nuestra vida cuando experimentamos la trascendencia en el sentido más amplio del término (del latín *trans-cendere*, *“ir más allá”*), salimos de nuestro propio interior y vamos hacia algo que nos supera y que nos vincula a la vida, con respuestas de que van desde lo más inmediato (*“El sentido de mi vida es sobrevivir a lo que me va llegando y ayudar a mi gente”*) y una mirada de ética práctica (*“Lo importante para mí es hacer que se cumplan los valores en los que creo”*) hasta la implicación social (*“Vivo para crear un mundo mejor”*), el arte (*“Mi tarea es crear arte”*), la espiritualidad (*“Mi religión me ayuda a hacer presente la Trascendencia en mi vida y a seguir sus orientaciones”*) y muchas otras. Cuando esta conexión falla, incluso contando con buenas conexiones en el interior y con otras personas, la sensación es la pérdida de sentido, desde el nihilismo (*“Nada importa, así que no voy a intentar hacer nada”*) hasta la angustia existencial (*“¿Qué puedo hacer, si al final nada tiene sentido?”*).

A nivel evolutivo, se puede constatar que la construcción de la persona empieza en la primera infancia por la conexión con otras personas, en positivo (“*Si mis figuras de cuidado me quieren y me atienden, será que tengo valor y que el mundo es un lugar seguro*”) o en negativo (“*Si quien me tiene que cuidar no me presta atención, o incluso me agrede, el mundo es peligroso y tendré que descubrir la manera de sobrevivir*”). Según esas experiencias, el niño o niña va creando su conexión interior (“*Soy así, quiero esto y no me gusta eso otro*”) y va desarrollando su conexión con la vida, el mundo, la trascendencia.

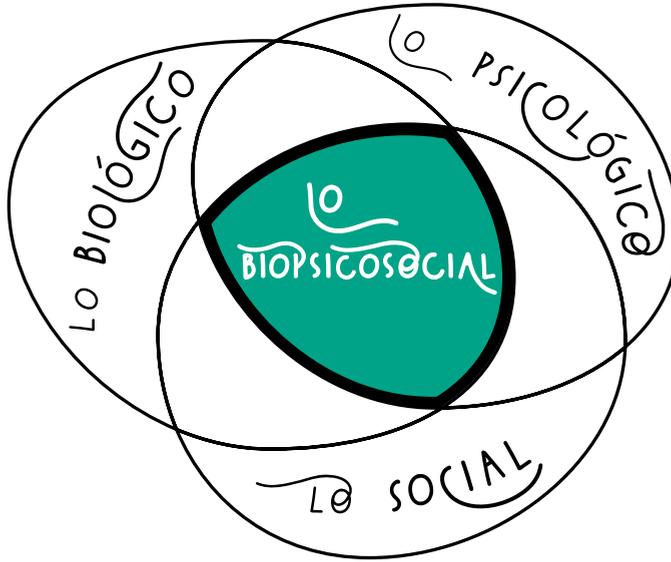
Los niños, niñas y adolescentes pasan mucho tiempo relevante de sus vidas en los centros educativos, y esto supone una responsabilidad. Cuando la escuela fomenta los tres tipos de conexión, está formando a personas resilientes, más flexibles y con mejores recursos interiores, interpersonales y vitales para hacer frente a las dificultades de la vida (y en muchos casos, supliendo las carencias de sus familias y entornos de origen). Sin embargo, un modelo educativo institucional centrado exclusivamente en el rendimiento y en la competitividad puede dañar esas conexiones: la interior (“*Tengo que olvidar mis necesidades de sueño, descanso y juego para llegar a los objetivos marcados*”), con otras personas (“*Me relaciono solo para alcanzar los estándares curriculares, y si tengo que utilizar a otras personas, lo haré porque lo académico es lo primero*”) y con la vida, el mundo, la trascendencia (“*Mi sentido es llegar a cierto puesto de trabajo en un futuro que todavía no puedo vislumbrar, y lo vivo desde el miedo y la escasez*”). Exploraremos algunas claves para potenciar lo positivo y minimizar lo negativo en el **Capítulo 3. Las condiciones que permiten abordar la salud mental: los Entornos Seguros y Protectores y la Afectividad Consciente.**

Una última reflexión para terminar este apartado es necesaria: como exploraremos en el **Capítulo 10. Las Tecnologías de la Información y Comunicación y la salud mental**, las capacidades humanas de conexión son amplias, pero tienen límites. Las nuevas tecnologías, con su capacidad de poner a nuestro alcance flujos continuos de información y relaciones virtuales pueden tener un impacto muy grande en nuestras vidas, y aún mayor en los niños, niñas y adolescentes por encontrarse en desarrollo. Ese impacto puede ser positivo, como nuevas posibilidades de aprendizaje (por ejemplo, de idiomas, de conceptos científicos e históricos), una mayor conexión interior a través del arte (la música, pero también todas las demás disciplinas artísticas), unas redes relacionales más amplias (en especial cuando hay desplazamientos o fuera del horario escolar) y nuevas formas de insertarse en el mundo (a través del activismo o de las comunidades de intereses). Pero también en cualquiera de esos ámbitos se pueden recibir mensajes dañinos,

transmitidos sutilmente a través de medios aparentemente inocuos (como los grupos que fomentan los trastornos de conducta alimentaria, las autolesiones, las conductas de riesgo o cualquier forma de violencia). Y, para concluir, a esto se le añade que incluso con los contenidos más saludables se puede dar un uso dañino (por ejemplo, la obsesión por ver documentales, o la consulta compulsiva de páginas de contenidos didácticos, en una búsqueda imposible de “saber todo lo necesario”). Nuestro sistema nervioso puede sostener un número limitado de conexiones, y la hiperconectividad de los dispositivos y de los recursos en línea puede conducir a priorizar lo digital por encima de los otros tres tipos de conexiones, con graves consecuencias, como cuando se duerme menos por estar siguiendo contenidos en línea (pérdida de la conexión interior), cuando se deja de quedar en persona para ver series a solas (pérdida de la conexión con otras personas), o como cuando el sentido de la vida queda limitado a consumir series o a obtener “Me gusta” en redes sociales (pérdida de la conexión con la vida, el mundo, la trascendencia).



Un modelo de salud mental biopsicosocial



Otro modelo que vamos a seguir para conceptualizar la salud mental es la múltiple dimensión biopsicosocial, que permite una atención global a la persona. Propuesto inicialmente por George Engel (1977) para todos los ámbitos de la salud, desde la Medicina general hasta la Psiquiatría, ha tenido una difusión importante en el mundo de la salud mental y de la Psicología (Belloch y Olabarria, 1993). El objetivo es disponer de una mirada amplia que combine lo biológico, lo psicológico y lo social en cualquier ámbito de la salud, incluida la mental.

BIO Como primer elemento, **lo biológico** se refiere a todos los aspectos relacionados con lo fisiológico y lo corporal, todas sus implicaciones. Por un lado, hay elementos biológicos que causan directamente problemas de salud mental, como condiciones genéticas y carencias en neurotransmisores o en nutrientes, así como hay otros factores biológicos que protegen (aunque nunca al cien por cien) frente a riesgos de salud mental, como una alimentación, un descanso y un ejercicio físico adecuados. Por otro, las emociones, las cogniciones y los comportamientos se dan dentro de un sistema nervioso concreto, y una misma vivencia puede afectar de modo diferente de acuerdo a esas sensibilidades, y por eso es especialmente importante tener en cuenta el desarrollo evolutivo, ya que el impacto de una discusión no será igual a los cinco años que a los diez o a los quince, y variará mucho entre personalidades. Y, por último, las acciones que provienen de una salud mental buena o mala

pueden tener consecuencias sobre el propio sistema fisiológico: la ansiedad puede conducir a problemas de sueño, mientras que las relaciones de apoyo durante una hospitalización pueden ayudar a una recuperación más rápida.

PSICO El segundo elemento, **lo psicológico**, aborda todos los aspectos emocionales, cognitivos y comportamentales. Este elemento, el funcionamiento de los procesos psicológicos, es lo que habitualmente se relaciona más con la salud mental, y por eso es importante recordar que todas esas vivencias no se dan en una psique en el vacío, sino que están sostenidas por un cuerpo con un sistema nervioso concreto, y que suceden en un entorno relacional, social y cultural, que las configuran.

SOCIAL Y en cuanto al tercer elemento, **lo social**, cada vez se pone de relieve más su influencia en la salud, tanto en mental como física. Como analizaremos en el apartado **Factores que afectan a la salud mental**, la pobreza correlaciona de modo consistente con una peor salud mental (y con una atención menos adecuada, lo que perpetúa las temáticas), igual que los entornos violentos (tanto un barrio con bandas callejeras como un colegio de buen nivel económico que permite estructuras de acoso entre iguales) y que muchos otros factores culturales, económicos, estructurales y medioambientales. Además, cualquier situación de salud mental se da dentro de unas circunstancias concretas, que pueden acrecentar el daño o facilitar la recuperación.

La integración de estos tres elementos permite comprender mejor las distintas situaciones que favorecen o causan la aparición de problemas de salud mental o que, ante las dificultades, amortiguan su impacto y promueven la resiliencia. Con esta visión, la intervención adecuada no podrá quedarse nunca en solo uno de estos elementos (por ejemplo, “solo con medicación o mejorando la alimentación”, o “solo con psicoterapia o con talleres de educación emocional”, o “solo con cambios en el entorno”), sino que deberá abordar todos los niveles de la persona. Para lograrlo, como estudiaremos en el **Capítulo 11. Claves para la intervención**, la intervención deberá ser multidisciplinar e interinstitucional, y deberá incluir la participación del niño, niña o adolescente y de su familia.

Un modelo del psiquismo humano



Este esquema, estructurado inicialmente por Pepa Horno como una “metáfora para la consciencia” (2020, 15-20) y desarrollado posteriormente en otros materiales (Horno y Romeo, 2020, 5; Romeo, 2020b, 7; Romeo y Horno, 2021, 179-182), transmite de manera visual y corporal un modelo del psiquismo humano que resulta útil tanto a nivel técnico para equipos educativos como en la intervención con niños, niñas y adolescentes y con sus familias. De forma resumida, este modelo plantea tres tipos de inteligencia:

- La **inteligencia somatosensorial** es la más básica, y se localiza a nivel vivencial en “las tripas”, y está orientada a la supervivencia (con la regulación de las funciones básicas como comer, beber, dormir, descansar... pero también con la defensa ante riesgos y adversidades).
- La **inteligencia emocional y social** se experimenta en “el corazón”, y es la que facilita que se establezcan vínculos y apego, permite dar y recibir cuidados y favorece la exploración y la salida de la persona de sí misma hacia otras y hacia el mundo.

- La **inteligencia analiticointética** viene a percibirse en “la cabeza”, y sirve para la cognición y el pensamiento, en las funciones tradicionalmente más intelectuales.

Este modelo facilita la comprensión de que una personalidad sana tendrá integradas las tres inteligencias, escuchando a cada una de ellas cuando aumenta su nivel de importancia (por ejemplo, comiendo cuando siente hambre, buscando un abrazo cuando necesita consuelo o buscando información cuando tiene interés por comprender mejor un asunto concreto). Del mismo modo, cuando la persona se queda bloqueada en solo una de ellas, el desequilibrio afecta al resto de dimensiones de su vida. Así, por ejemplo, un niño que se queda atascado en la agresión (desde “las tripas”) como forma de defensa por no sentir seguridad en ningún aspecto de su vida pierde, debido a esas acciones, otras oportunidades de relación que le darían seguridad y tiene dificultades en su integración social y escolar, limitando aún más su futuro. O una niña que busca el afecto a cualquier coste (desde “el corazón”), puede encontrarse envuelta en relaciones tóxicas, sin saber defenderse y dejando escapar posibilidades de aprendizaje. O una adolescente que se centra en los logros académicos (desde “la cabeza”), puede descuidar funciones básicas como la alimentación y el descanso, perjudicando ese rendimiento que quiere mejorar, a la vez que se va quedando sola, por su falta de relación con sus iguales y con sus figuras adultas.

Para concluir este apartado, es importante tener en cuenta que el **desarrollo de las inteligencias sigue una dirección de abajo arriba**: desde la primera infancia se configura la inteligencia de “las tripas” (el niño o niña siente seguridad, o no), a partir de ahí se despliega la inteligencia del “corazón” (el niño o niña se vincula con otras personas y aprende a confiar y a explorar el mundo, o no), y por último aparece la inteligencia de “la cabeza”, con el foco en lo cognitivo y en el desarrollo intelectual. Comprender este proceso es fundamental en el ámbito educativo, porque es un entorno tradicionalmente centrado en el aprendizaje (con “la cabeza”), pero este no se dará (de forma plena o, en casos extremos, en absoluto), cuando las necesidades de las dos inteligencias previas, “las tripas” y “el corazón”, no estén cubiertas. Si tenemos niños, niñas y adolescentes en clase con temas relevantes en “las tripas” y en “el corazón”, les va a costar adquirir los conocimientos esperados, además de que podrán presentar problemas de relación. Teniendo en cuenta estas inteligencias podremos conceptualizar mejor las distintas situaciones y buscar los apoyos necesarios.

Un modelo de salud mental basado en el Enfoque de los Derechos del Niño

El **Enfoque de los Derechos del Niño** es un marco teórico que ayuda a que cualquier actuación dirigida hacia los niños, niñas y adolescentes ponga sus derechos en el centro, utilizando como referencia la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (1989/2015) y otros documentos internacionales relevantes.

Resumiendo mucho, el conjunto de artículos se puede sintetizar en sus **principios básicos**, unos objetivos clave que, si se alcanzan, garantizan el cumplimiento de todo el articulado. Estos principios se aplican también a la salud mental, garantizando que se dan las condiciones necesarias para el bienestar psicológico y actuando de manera adecuada cuando aparecen problemas de salud mental. Así, el **principio de no discriminación** (recogido en el artículo 2) implica que todos los niños, niñas y adolescentes, independientemente de sus temas de salud mental y de cualquier otra consideración (de género, edad, familiar, social, cultural...), merecen una atención adecuada, teniendo en cuenta sus capacidades y necesidades específicas. El **principio de vida, supervivencia y desarrollo** (artículo 6) declara que los niños, niñas y adolescentes merecen tener una vida digna y alcanzar su desarrollo pleno, para lo cual necesitan gozar de condiciones apropiadas para su bienestar psicológico, y que, especialmente cuando presentan limitaciones debidas a sus problemas mentales, esa vida digna debe ser el objetivo final de la intervención. Para lograrlo, el **principio del Interés Superior del Niño** (artículo 3) dictamina que en cualquier planteamiento que afecte a un niño, niña o adolescente, la toma de decisiones debe adoptar como criterio primordial conseguir que se cumplan la mayor cantidad de sus derechos, y se debe anteponer su bienestar a cualquier otro interés (incluidos los intereses particulares de las personas adultas y de las instituciones). La vía para conocer cómo está siendo el proceso, y para favorecer la visión del propio niño, niña o adolescente afectado por la situación es el **principio de participación** (artículo 12), asegurarse de haber escuchado sus puntos de vista, y tenerlos en cuenta en la toma de decisión (aunque habrá casos en los que no se podrán seguir sus preferencias, en especial cuando entran en conflicto con el Interés Superior del Niño).

Descendiendo a un nivel de detalle mayor, hay artículos específicos dirigidos a abordar temas que afectan a la salud mental directamente, como la protección frente a la violencia (artículo 19), la atención a la discapacidad (artículo 23), el cuidado de salud en todas sus dimensiones (artículo 24), y la protección

contra situaciones peligrosas que causan un especial daño en la salud mental, como el trabajo peligroso (artículo 32), las drogas (artículo 33), el abuso sexual (artículo 34), la trata (artículo 35) y la explotación (artículo 36). Y también se observa el impacto del resto del articulado en el bienestar de los niños, niñas y adolescentes, como el derecho a unas condiciones de vida adecuadas (artículo 27), a la educación (artículo 28) o al juego y la cultura (artículo 31).

Los centros educativos y sus profesionales deben llevar a cabo acciones para garantizar los derechos de la infancia y la adolescencia, con el apoyo de las administraciones públicas y con la participación de toda la comunidad educativa, incluidos los propios niños, niñas y adolescentes y sus familias. Y esa orientación hacia los derechos puede proporcionar claves para abordar mejor la salud mental, también desde los centros educativos (López de Turiso et al., 2021; UNICEF, 2022).

Algunas definiciones de referencia

Una vez explorados unos modelos más intuitivos, es conveniente acotar también algunas definiciones de referencia, adoptadas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de su versión en español a través de su filial la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2023).

Salud mental. Estado de bienestar mental que permite a las personas afrontar las tensiones de la vida, desarrollar todo su potencial, aprender y trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a su comunidad. La salud mental es un componente integral de la salud y el bienestar, y es más que la ausencia de trastorno mental (OPS, 2023, p. 8).

Como se puede observar, la salud mental abarca más dimensiones que la mera “ausencia de trastorno mental”, y describe un “estado de bienestar mental” que no evita las dificultades propias de la vida, sino que las incorpora de manera constructiva, y con una dimensión social y relacional (“contribuir a su comunidad”). En el caso de los niños, niñas y adolescentes, este concepto incluye la capacidad de ir superando los retos evolutivos, que siempre suponen un esfuerzo, y también de afrontar las adversidades que puedan aparecer (pérdida de personas queridas, cambios inesperados...). De este modo, la flexibilidad y la mirada integral a la persona son centrales.

Problemas de salud mental. Término amplio que abarca las personas con trastornos mentales y discapacidad psicosocial. También engloba otros estados mentales asociados con malestar psicológico significativo, discapacidad funcional o riesgo de comportamiento autolesivo (OPS, 2023, p. 8).

En este manual seguiremos el criterio de la OMS/OPS y nos referiremos a “problemas de salud mental” como término general, dejando “trastorno mental” para las situaciones que cuentan con un diagnóstico específico. De este modo se pueden incluir temas de salud mental que van en un continuo desde la normalidad hasta la patología clínica, siendo difícil determinar el paso de una a otra sin una cualificación específica. Por ejemplo, los temas abordados en el **Capítulo 5. Problemas de salud mental (I): temas graduales**, hacen referencia a esto, ya que la ansiedad ante un examen puede ser desde natural y sana hasta preocupante e incluso paralizante y patológica. También ayuda para formular adecuadamente preocupaciones de “problemas de salud mental” en la infancia y adolescencia, ya que, en muchos casos, por estar en desarrollo, no se puede realizar un diagnóstico definitivo hasta la edad adulta.

Trastornos mentales. Según la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental. Estos trastornos generalmente se asocian con malestar psicológico o deficiencia en áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento (OPS, 2023, p. 8).

La definición de “trastornos mentales” queda operativizada por un lado, por la referencia a la Clasificación Internacional de Enfermedades (en su versión CIE-11), una herramienta ampliamente extendida para la conceptualización de estas situaciones, y, por otro, por el uso de la OMS/OPS. La clave es que mientras que los “problemas de salud mental” recogen una mirada amplia a todas las situaciones que describen malestar o perjuicios en la vida de la persona, los “trastornos mentales” son un subconjunto de esos problemas y

se caracterizan por contar con una serie de indicadores (lo que se denomina “síndrome”) que permite un diagnóstico clínico. En este sentido, es importante tener en cuenta que en los niños, niñas y adolescentes no siempre es posible realizar el diagnóstico de los trastornos mentales, porque, por criterio clínico, hay ciertos rasgos que solo se pueden confirmar cuando la persona ha llegado a la edad adulta, como ocurre, por ejemplo, con los trastornos de personalidad en general.

Discapacidad psicosocial. De acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la discapacidad psicosocial es la que surge cuando alguien con una deficiencia mental a largo plazo interactúa con diversas barreras que pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (OPS, 2023, p. 8).

El enfoque de la “discapacidad psicosocial” proporciona una mirada hacia un elemento personal concreto, la “deficiencia mental a largo plazo”, en interacción con unas estructuras sociales que le presentan “diversas barreras que pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad”. Esta conceptualización entronca con las líneas de trabajo actuales que visibilizan que, frente a unos elementos neurológicos concretos, la dignidad de la persona permanece intacta, incluso aunque la sociedad no asuma todas las adaptaciones necesarias para garantizar su desarrollo pleno. En el caso de los niños, niñas y adolescentes, los centros educativos son claves tanto para realizar una primera detección de esas discapacidades como para garantizar su plena participación a través del desarrollo de adaptaciones curriculares y de programas específicos.

Para concluir este apartado, es relevante destacar algunas ideas clave:

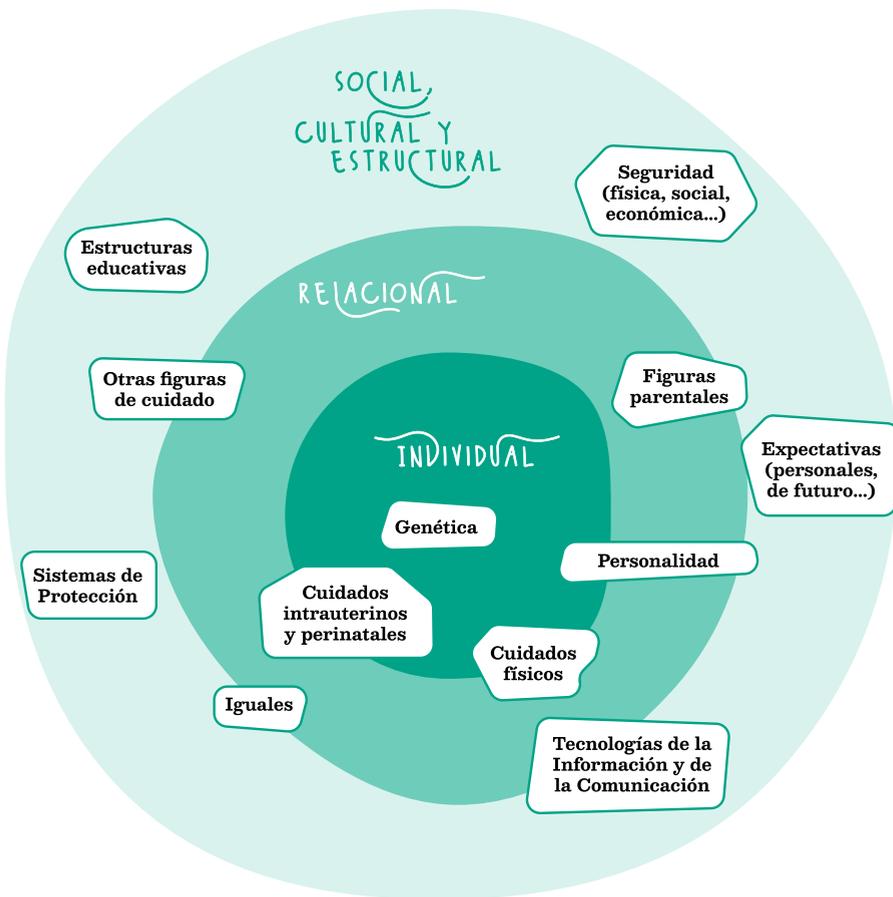
- En este manual asumiremos que la **salud mental existe en un continuo**, en línea con las definiciones de la OMS/OPS, y que en una misma persona puede haber áreas sanas y áreas menos sanas al mismo tiempo. Por eso nos centraremos en ver cómo afectan las distintas experiencias a los niños, niñas y adolescentes, más que en diagnósticos concretos que tienen que ser realizados por equipos de especialistas.

- **El bienestar mental (y su ausencia) es diferente de tener (o no) problemas de salud mental**, con cuatro combinaciones posibles:
 - Bienestar mental sin problemas de salud mental, una conceptualización evidente.
 - Bienestar mental con problemas de salud mental, con ejemplos que van desde una intervención psicosocial positiva, que permite a la persona desarrollarse plenamente teniendo sus temas de salud mental controlados, hasta los trastornos en los que la persona se siente bien, pero está causándose daño a sí misma o a su entorno, como ocurre en los trastornos narcisistas.
 - Malestar mental sin problemas de salud mental, como puede suceder ante un duelo, o por la ansiedad ante un examen, o estar de mal humor por haber discutido con alguien cercano.
 - Malestar mental con problemas de salud mental, fácil de comprender.
- **La salud mental puede variar a lo largo de la vida, pero la infancia y la adolescencia son momentos cruciales**, para bien (se puede favorecer un desarrollo sano, o poner medidas para recuperarlo cuando se ha visto perjudicado) y para mal (las experiencias adversas pueden consolidarse para la vida adulta). Por eso la detección temprana y el seguimiento adecuado son imprescindibles.
- Como enlace con el siguiente apartado, hay de aclarar que **recibir los cuidados necesarios para disfrutar de una buena salud mental es un derecho humano y un Derecho del Niño**.

Factores que afectan a la salud mental

La salud mental no sucede en el vacío, sino que hay distintos elementos en múltiples niveles que influyen en ella, para bien o para mal. Esta visión es multifactorial porque pone de relieve que hay factores que pueden favorecer la salud mental (aunque, no la garantizan), llamados **factores de protección**, y otros que pueden afectar negativamente (aunque no suponen una condena inevitable), denominados **factores de riesgo**.

Por todo esto, frente a posturas restrictivas que consideran que la salud mental es un tema exclusivamente biológico y fisiológico, o, como máximo, personal, los modelos que incorporan una visión más amplia son más eficaces para comprender y abordar esta temática. Seguiremos, pues, un esquema basado en la **teoría bioecológica del desarrollo humano** de Urie Bronfenbrenne (1979/1987; 2005), y que se aplica a menudo en procesos de protección a la infancia, recibiendo conceptualizaciones como “círculos de influencia y obligación” (Save the Children, 2007/2008, pp. 15-16), “marco de influencia multinivel” (Oficina de Investigaciones de UNICEF – Innocenti, 2020, pp. 6-9), “dimensiones del bienestar en la infancia” (López de Turiso et al., 2021, p. 24) o “esferas de influencia” (Organización Panamericana de la Salud, 2022/2023, pp. 19-25; UNICEF, 2022, pp. 52-53). Lo que recogen todos estos modelos es que los factores de cada nivel influyen en los otros, generando una serie de dinámicas favorables o desfavorables para el bienestar y, en este caso, para la salud mental de los niños, niñas y adolescentes.



Simplificando mucho, para los objetivos de este manual consideraremos tres niveles fundamentales, en línea con la Organización Mundial de la Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2022/2023, pp. 19-25), con algunos elementos destacados en cada uno de ellos:

- **Individual.** Se refiere a lo que caracteriza directamente al niño, niña o adolescente, aunque en muchos casos depende de otros niveles.
- **Genética.** Es evidente que hay elementos genéticos que pueden ser factores de riesgo (como una predisposición genética a ciertos problemas de salud mental, una necesidad fisiológica de movimiento mayor de lo habitual o una tendencia a ciertas pérdidas de equilibrio emocional), pero su impacto depende de muchos otros factores (por ejemplo, una predisposición genética de riesgo con un buen acompañamiento desde el nacimiento, con una familia que apoya y con un entorno social que facilita la integración puede tener un impacto mucho más bajo que el que experimenta un niño, niña o adolescente sin esa predisposición pero con otros factores desfavorables).
- **Cuidados intrauterinos y perinatales.** Hay toda una serie de elementos que afectan desde el embarazo y el nacimiento que no son genéticos, pero que condicionan el desarrollo desde los primeros momentos. Así, no es lo mismo que la madre viva un periodo de buena alimentación y descanso apropiado, que el hecho de que padezca carencias nutricionales y estrés, porque el desarrollo con una misma carga genética puede ser muy diferente. Un grado mayor es el consumo de sustancias, tanto medicamentos prescritos como alcohol y drogas, que pueden ocasionar daño cerebral en el feto y síndrome de abstinencia cuando nace, entre otros perjuicios. Si a esto se añaden situaciones de riesgo para la madre y la criatura, como agresiones, situaciones de violencia y conflictos sociales graves, las respuestas fisiológicas de la madre y del feto pueden conllevar un daño grave en el desarrollo, que puede condicionar la vida del niño, niña o adolescente.
- **Cuidados físicos.** Está claro que los seres humanos no somos “solo mente”, sino que el cuerpo es fundamental. Por eso, cada vez se descubren más relaciones entre los elementos de bienestar físico y la salud mental, como la alimentación (con buena alimentación se reciben más nutrientes adecuados, con una alimentación con exceso de azúcares y déficit de vitaminas es más fácil caer en trastornos del ánimo), el descanso (es claramente observable que cuando los niños, niñas y adolescentes

duermen bien disfrutan de una mayor estabilidad y flexibilidad ante los retos del día a día, mientras que si no logran descansar, el impacto puede ser severo a largo plazo), la salud física (es más fácil el equilibrio psicológico cuando no hay enfermedades graves, mientras que el dolor o la preocupación que se prolongan en el tiempo puede afectar a los estados de ánimo) o la actividad física (sabiendo que el juego físico, el deporte y el baile en proporciones adecuadas activan positivamente el sistema nervioso, y su ausencia y el sedentarismo correlacionan con un estado de ánimo más bajo, mientras que su práctica excesiva conduce a desequilibrios). Esos cuidados físicos se ven directamente en el niño, niña o adolescente, pero claramente dependen de las relaciones, especialmente de los cuidados de las figuras parentales (que necesitan a su vez que las estructuras sociales y culturales faciliten esos cuidados).

- **Personalidad.** En este ámbito, como se ve en el gráfico, existen elementos puramente individuales, cuyo desarrollo saludable depende de la interacción con los siguientes niveles: son tendencias propias del niño, niña o adolescente, fomentadas o limitadas por las relaciones y por la sociedad. Así, por ejemplo, la extroversión o la introversión son rasgos individuales, pero que dependiendo de cómo se fomentan o se reprimen desde el nivel relacional y en lo social y cultural, pueden favorecer o empeorar la salud mental. Mientras que hay familias y culturas que promueven la extroversión, insistiendo en que los niños, niñas y adolescentes hablen en público y participen activamente en distintas situaciones (y eso supone un malestar y un riesgo para quienes son de tendencias más reservadas), también hay familias y culturas que valoran la introversión, especialmente en las niñas y en las adolescentes, que se mantengan en silencio y en segundo plano (y eso conlleva una represión para quienes se relacionarían más a gusto con apertura y sociabilidad).
- **Relacional.** Este nivel recoge el impacto positivo o negativo de los distintos tipos de relaciones que tienen los niños, niñas y adolescentes, especialmente aquellas que van a configurar su personalidad y su estabilidad psicológica.
- **Figuras parentales.** Como ampliaremos en el **Capítulo 2. Las relaciones que nos definen: vínculo, apego y salud mental**, basta con aclarar aquí que esas figuras parentales (las madres, los padres y otras personas con responsabilidad en la crianza, como una tía, un abuelo, un educador de la residencia o una tutora legal), a través de la relación que establecen con los niños, niñas y adolescentes les ayudan a configurar su

visión del mundo como un lugar principalmente seguro o radicalmente inseguro, y eso configura su capacidad de adaptación y de pedir ayuda, con un gran impacto en su salud mental.

- **Otras figuras de cuidado.** Aparte de las figuras parentales, hay otras muchas personas que con sus relaciones con los niños, niñas y adolescentes les influyen de manera relevante, de forma constructiva o destructiva, como todo el personal educativo, la familia ampliada y otras personas de referencia (de su ocio y tiempo libre, del deporte, de la cultura o de otros ámbitos sociales y culturales). Las experiencias que les proporcionan pueden impulsarles hacia un desarrollo más sano (con actividades positivas que promocionan su bienestar y relaciones sanas) o causarles daño en distintos ámbitos (desarrollando miedos y aversiones).
- **Iguales.** La salud mental de los niños, niñas y adolescentes depende también en gran parte de las relaciones que establecen con sus iguales, que pueden ser positivas de pertenencia y de apoyo a la exploración, o negativas de violencia y exclusión. Gabor Maté y Gordon Neufeld (2004/2024) insisten en el peligro de dejar la socialización de los niños, niñas y adolescentes en manos de sus iguales, y recomiendan una presencia adulta suficiente, que acompañe en los momentos difíciles y que ayude a asumir riesgos adecuados.
- **Social, cultural y estructural.** Aunque Urie Bronfenbrenner (1979/1987; 2005) establece varios niveles más allá del individuo y del microsistema, en este manual vamos a agruparlos en un único nivel, que recoge los elementos que afectan a la salud mental desde los aspectos sociales, culturales y estructurales. Como se puede observar en el gráfico, los distintos componentes del nivel relacional están influidos fuertemente por este nivel. En el **Capítulo 9. Problemas de salud mental (V): temas sociales, culturales y estructurales** profundizaremos en estos elementos, que apuntamos de manera básica aquí.
- **Seguridad.** La seguridad permite al sistema nervioso descansar y recuperarse de las dificultades propias de la vida. Cuando esta seguridad se da, es más fácil mantener la salud mental, mientras que, en su ausencia, el bienestar psicológico resulta más complicado de alcanzar. Esta seguridad puede ser, entre otros tipos, física (es claro que en situaciones de inseguridad física, como guerras o desastres naturales es difícil contar con una buena salud mental), social (cuando

existen sistemas y estructuras que protegen frente a las adversidades, como los sistemas de sanidad y de servicios sociales, los problemas se pueden abordar antes y con mejores perspectivas), económica (el desempleo y la pobreza correlacionan con un aumento del riesgo de padecer problemas de salud mental, y también con transmitir a la siguiente generación esos mismos problemas), de oportunidades (la equidad favorece la integración individual y social, mientras que las desigualdades aumentan el riesgo de exclusión y de sufrimiento) y medioambiental (en especial en entornos afectados por el cambio climático y por la contaminación, la ansiedad y la indefensión ante el empeoramiento de su vida diaria pueden causar un daño psicológico significativo a los niños, niñas y adolescentes).

- **Estructuras educativas.** Los centros educativos, las actividades de ocio y tiempo libre, el deporte y la cultura, entre otras, son estructuras que proporcionan educación y que influyen en la salud mental. Cuando funcionan adecuadamente, con equipos bien formados y con condiciones laborales apropiadas, no solo favorecen la salud mental, sino que pueden ayudar a detectar y derivar problemáticas antes de que se vuelvan muy graves, y son un apoyo también para los niños, niñas y adolescentes que tienen temas de salud mental ya diagnosticados, favoreciendo su integración y bienestar. Sin embargo, cuando su funcionamiento es inadecuado (por falta de financiación y recursos, por mala formación de sus profesionales...) o directamente no existen (por ejemplo, en barrios desfavorecidos o en ciertas zonas rurales), eso también impacta en la salud mental, negativamente en este caso.
- **Sistemas de protección.** En el caso de la infancia y la adolescencia, los sistemas de protección, tanto oficiales de las administraciones públicas como privados dentro de cada organización (Romeo, 2024), cuando desempeñan bien sus funciones, además de garantizar la protección contra cualquier forma de violencia (abordando el daño psicológico para paliarlo), sirven también para detectar y derivar temas de salud mental, facilitando una intervención coordinada que favorezca la recuperación. Sin embargo, cuando no se cuenta con estos sistemas de protección de la infancia, o actúan de manera inapropiada, el daño puede ser mucho mayor, tanto por situaciones de violencia como por otras temáticas de salud mental.
- **Expectativas.** La sociedad y la cultura configuran gran parte de las expectativas de las personas, incluidas las de los niños, niñas y

adolescentes. Cuando esas expectativas son esperanzadoras y aumentan el protagonismo personal, favorecen la salud mental y la toma de decisiones constructivas (“*Si estudio, podré tener un trabajo adecuado*”, “*Si me relaciono desde el respeto, mi círculo social crece*”, “*Se espera de mí que me comporte de acuerdo con mis derechos y obligaciones en ciudadanía y participación*”). Sin embargo, cuando las expectativas son limitantes o conducen a la indefensión, también causan malestar psicológico que puede desembocar en problemas de salud mental (“*Si da lo mismo si estudio o no porque no habrá trabajo para mí en el futuro, ¿para qué voy a estudiar?*”, “*En este entorno tan violento, prefiero agredir continuamente a convertirme en víctima, porque no hay otras opciones*”, “*Con mi género/etnia/discapacidad/etc. no puedo aspirar a tener la vida que quiero, así que mejor me quedo en un rincón o me vuelco en las redes sociales para acallar mi desesperación*”).

- **Tecnologías de la Información y Comunicación.** Como veremos en el **Capítulo 10. Las Tecnologías de la Información y Comunicación y la salud mental**, todo el desarrollo tecnológico conlleva la apertura de nuevos ámbitos, para bien y para mal. Mientras que hay contenidos constructivos (de aprendizaje, de ocio, de cultura...), también los hay que son destructivos (imágenes sexuales inapropiadas, discursos de odio, fomento de trastornos de la conducta alimentaria y de las autolesiones, consumismo, exposición de la vida privada...). Y, de igual modo, pueden fomentar relaciones positivas (un contacto adecuado con la familia, las amistades y con otras culturas) o dañinas (en especial a través del ciberacoso, de grupos que favorecen comportamientos de riesgo o de relaciones de control en todo momento). Educar en su uso y favorecer los contenidos saludables es responsabilidad de todas las personas adultas del entorno de los niños, niñas y adolescentes.

Una vez comprendidos todos estos niveles, en el capítulo siguiente exploraremos cómo configuran las relaciones más cercanas el psiquismo en la infancia y la adolescencia, con algunas claves relevantes para acompañarlas desde los centros educativos.

Para profundizar

Organización Panamericana de la Salud [Organización Mundial de la Salud]. (2022/2023). *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. Organización Panamericana de la Salud. <https://doi.org/10.37774/9789275327715> Este manual permite profundizar en los conceptos básicos de la salud mental y sus dimensiones sociales y estructurales.

UNICEF. (2022). *Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. UNICEF. <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021> Este manual ofrece una visión general sobre la salud mental de los niños, niñas y adolescentes a nivel mundial, con las tendencias generales así como con propuestas específicas.

CAPÍTULO 2 LAS RELACIONES QUE NOS DEFINEN: VÍNCULO, APEGO Y SALUD MENTAL

Como seres humanos, tenemos algunas relaciones que nos definen, tanto desde lo constructivo como desde lo dañino. Una vez entendidos los distintos niveles de relación, exploraremos los modelos de apego y veremos cómo afectan a la salud mental, configurando algunos problemas directamente, pero también condicionando la capacidad de pedir y recibir ayuda cuando los problemas de salud mental no tienen su origen en las relaciones de apego y vínculo.

Los niveles de relación

En el **Capítulo 1. Una visión global de la salud mental**, exploramos tres tipos de conexiones que son necesarias para la salud mental: la interior; con otras personas; y con la vida, el mundo y la trascendencia. Profundizando, podemos observar que la conexión con otras personas se basa en relaciones que pueden estar en distintos niveles, y que es necesario que en cada uno de ellos las relaciones sean sanas para garantizar la salud mental o, cuando aparezcan problemas, para detectarlos. El siguiente esquema, presentado en otras publicaciones (Romeo, 2019, pp. 21-22), tiene una relevancia especial para enmarcar la salud mental, en particular porque, con su configuración inclusiva, ayuda a visibilizar la importancia de que las cualidades positivas de un nivel más externo se den también en los niveles más internos.



INTERACCIÓN El nivel más básico es la **interacción**, una relación poco profunda y ordenada por las circunstancias. Tenemos este tipo de relación con personas con las que no existe un nivel más profundo, normalmente porque no es necesaria una implicación mayor. Así, por ejemplo, tenemos interacción con dependientes en los comercios, con el personal de las administraciones públicas o con colegas del trabajo. El hecho de que sea una relación superficial no significa que no pueda tener un impacto en nuestra vida, y podemos experimentar la diferencia entre recibir un trato cálido o una atención desagradable.

AFECTIVIDAD La **afectividad** está marcada por un componente emocional mayor, con una implicación de ambas personas, y puede ser agradable o desagradable. Son esas relaciones en las que la otra persona nos resulta simpática o, por el contrario, nos parece antipática, y el motivo suele ser inconsciente, porque nos recuerda a otras relaciones o situaciones, o por la capacidad de acompañarse (o no). Por seguir con los ejemplos anteriores, del conjunto de dependientes podemos establecer afectividad con cierta frutera o cierto cajero, o dentro del trabajo vamos aumentando la calidez con ciertas personas y no con otras.

VÍNCULO El **vínculo** es una relación que, por su profundidad y por su impacto, nos configura. Al nivel de afectividad le añade una dimensión de intimidad, de conocer y darse a conocer a la otra persona, con la capacidad que eso genera para influir. Generamos vínculo con un número limitado de personas (nuestros familiares, aunque tal vez no todos, nuestras amistades más cercanas, nuestras parejas...), por el tiempo que es necesario para desarrollar la relación. Y ese vínculo puede perderse si no se mantiene la relación (aunque hay vínculos que perduran a pesar de la falta de contacto, como esos primos con los que queda el cariño a pesar de no verse en años, o incluso aunque fallezca la persona, como la afición que alentó una tía querida o la ciudad que queda asociada a los abuelos), pero también se puede recuperar si hay intención por ambas partes (y se le dedica el tiempo necesario). Lo que sí que es claro es que el vínculo, continúe la relación o no, deja una huella en la persona, una marca (positiva, negativa o mezcla de ambas formas) que configura su forma de estar en el mundo y de relacionarse.

APEGO Los seres humanos nacemos con la necesidad fundamental de recibir cuidados por parte de otras

personas, porque, si no, no sobrevivimos. Esas relaciones con las figuras de cuidado configuran nuestros modelos de **apego**, que es un tipo especial de vínculo que se establece en la infancia (y que perdura en la adolescencia como referencia fundamental, para bien o para mal) y que configura nuestra visión del mundo porque es la base de nuestra supervivencia. Y ese aspecto de supervivencia en los primeros días y meses de vida es fundamental: como seres humanos, si al nacer no desarrollamos apego hacia ciertas personas (generando en ellas un vínculo adulto equivalente que les haga cuidarnos), no sobrevivimos, de modo que nuestro sistema nervioso está organizado para crear vínculos de apego muy rápido y para interpretar el mundo a partir de esos modelos. Si esas figuras nos han cuidado suficientemente bien, aprendemos que el mundo, con sus complejidades, es un lugar en el que podemos encontrar seguridad y personas que nos ayuden cuando lo necesitamos, con confianza en nuestras propias capacidades también. Si, por el contrario, esas figuras de apego no han sabido o no han podido proporcionar la atención necesaria, deducimos que la vida es un lugar inseguro y que las relaciones conllevan daño y dolor, generando un malestar que impregna nuestras acciones.

Una consideración importante es que **las relaciones en cualquiera de estos niveles pueden ser positivas o negativas, y es fundamental evitar la idealización de las relaciones afectivas** (Horno, 2012, pp. 27-45). Hay interacciones agradables, como el saludo a una vecina o ceder el paso en una puerta, y otras desagradables, como la brusquedad de una funcionaria o el tono crítico de un dependiente. Hay afectividad constructiva, como la conversación animada en la sala del café durante un descanso, y también afectividad destructiva, como la que se puede producir en ciertas reuniones de claustro tensas y llenas de silencios (o de estallidos). Hay vínculos sanos, que ayudan a crecer, y vínculos destructivos, que conducen a la desesperación o a la pérdida de confianza en los seres humanos. Y, como veremos en el apartado siguiente, hay modelos de apego seguros, que generan confianza y recursos para pedir ayuda, y modelos de apego inseguros, que dañan a un nivel muy profundo.

En un manual como este es necesario tener en cuenta que **los centros educativos son espacios de relación, y el cuidado del clima escolar es fundamental para que los distintos niveles sean positivos**. Cuando existe la costumbre de saludar a todas las personas por el pasillo, con un gesto leve de cabeza, aunque sean desconocidas, se está generando una sensación de respeto y pertenencia.

LAS RELACIONES EN CUALQUIERA DE ESTOS NIVELES PUEDEN SER POSITIVAS O NEGATIVAS, Y ES FUNDAMENTAL EVITAR LA IDEALIZACIÓN DE LAS RELACIONES AFECTIVAS.

Y es evidente que al principio de curso cada docente, con su actuación, marca el nivel de afectividad (desde la calidez o desde la frialdad, desde el reto motivador o desde la exigencia paralizante). A través del trabajo de las tutorías, de Orientación o de Pastoral, hay algunos alumnos y alumnas que se vinculan con personas que les ofrecen cercanía y seguridad. Y en todos los casos es responsabilidad de cada profesional y de la institución generar esa sensación de disponibilidad, porque ante problemas de salud mental será necesario un mínimo de confianza para que el niño, niña o adolescente exponga su situación y pida ayuda. En un nivel de riesgo mayor, cuando ha habido maltrato por parte de las figuras familiares, como puede pasar en los niños, niñas y adolescentes con medidas de protección o con otras situaciones complejas, no se puede descartar que haya un proceso de vinculación con personas del centro educativo que amplíe sus estilos de apego. Si eso sucede, es especialmente positivo cuando permite salir adelante y recuperar la confianza en otras personas y en el mundo. Por todos estos motivos es necesario cuidar lo que veremos en el **Capítulo 3. Las condiciones que permiten abordar la salud mental: los Entornos Seguros y Protectores y la Afectividad Consciente.**

Los modelos de apego

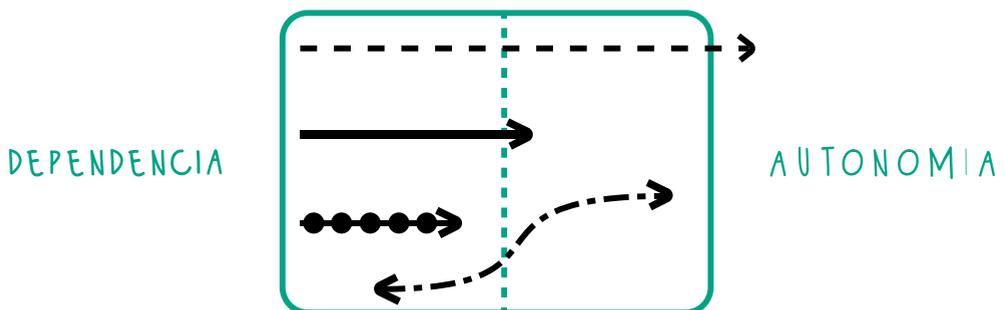
Las distintas teorías sobre el apego tienen mucha influencia en los modelos actuales para la crianza y la educación de los niños, niñas y adolescentes. Las referencias clásicas que seguiremos son John Bowlby y su conceptualización sobre el apego (1979/2014; 1988/1989) y Mary Ainsworth y su equipo (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978), que han configurado las bases de este campo de estudio. Mario Marrone (2009) recoge también otras figuras importantes que han influido en los avances posteriores. De los desarrollos posteriores seguiremos por un lado a Patricia Crittenden, que se formó y que colaboró con Mary Ainsworth (Crittenden y Ainsworth, 1989) y que desarrolla, junto con su equipo, el Modelo Dinámico-Madurativo del Apego, que aplica a la Entrevista de Apego Adulto (Crittenden y Landini, 2011) y al acompañamiento a las figuras parentales durante la infancia de sus hijos e hijas para generar un apego más seguro (Crittenden, 2015); y, por otro, a Martha Straus por sus aplicaciones en problemas de salud mental relacionados con el trauma (2017, pp. 6-27), que también se aborda con otros detalles en otras publicaciones (Romeo, 2019, pp. 21-27). Aunque es evidente que el apego, como veremos, se configura inicialmente en los primeros años de vida, puede seguir evolucionando posteriormente y es fundamental durante la edad adulta, y debe ser evaluado en los procesos psicoterapéuticos, como destacan

Clark Baim y Tony Morrison (2011, pp. 13-45) y Robert Muller (2020) entre otras posturas relevantes en psicoterapia.

Como hemos visto en el apartado anterior, denominaremos **apego** a un tipo especial de vínculo que se establece en la infancia (y que sigue desplegándose en la adolescencia con las figuras de apego) y que, por su importancia, configura la visión del mundo. Y hablamos de “**modelos de apego**” (también es frecuente utilizar “**estilos de apego**”) porque este tipo de vínculo sirve de “modelo” para interpretar otras relaciones interpersonales y se utiliza como referencia para la actuación ante distintas situaciones de la vida. De forma resumida, y siguiendo a Martha Straus (2017, cap. 1), el apego tiene tres funciones principales:

- **Crear una sensación de seguridad emocional**, generando una vivencia de bienestar y protección a nivel físico y psicológico a través del ajuste de la figura de apego a las necesidades (no necesariamente los deseos) del niño, niña o adolescente, mediante lo que se llama “responsividad” (responder de manera adecuada a las necesidades).
- **Regular la afectividad y la activación**, calmando la angustia ante situaciones de peligro o de preocupación, y acompañar en la expresión emocional, ayudando a nombrar y a conocer las emociones y cómo gestionarlas.
- **Proporcionar una base para la exploración**, favoreciendo la autonomía y la apertura a nuevas experiencias y nuevas relaciones, de manera apropiada para la edad y el desarrollo evolutivo.

Según estos criterios, se pueden obtener cuatro tipos básicos reconocidos en las formulaciones más representativas de la teoría del apego (Romeo, 2019, pp. 24-27), resumidos con su relación con la autonomía en la siguiente imagen.



El **modelo de apego seguro** se caracteriza por proporcionar seguridad a través de una responsividad adecuada, atendiendo las necesidades en un plazo adecuado, calmando cuando hay angustia y apoyando cuando hay curiosidad y exploración. En la imagen, el apego seguro sería la flecha continua, con un equilibrio entre la dependencia (el niño, niña o adolescente pide ayuda cuando la necesita) y la autonomía (sabe llevar a cabo acciones adecuadas para su edad y su desarrollo evolutivo), y el mensaje interiorizado sería parecido a *“El mundo es un lugar más o menos seguro, y tengo capacidades para explorarlo; cuando tengo problemas sé cómo pedir ayuda y a quién, y se suelen resolver”*.

El **modelo de apego inseguro evitativo** surge cuando la figura de apego no responde a las necesidades del niño, niña o adolescente, que aprende que tiene que salir adelante por sus propios medios. Esa ausencia emocional (y a menudo física también) de la figura de apego hace que el niño, niña o adolescente se distancie de sus propios sentimientos, adoptando un acercamiento al mundo poco afectivo. Sin embargo, como no ha habido limitaciones para la exploración, suele ser muy independiente, a menudo demasiado, saliéndose, como la flecha discontinua de la imagen, de la autonomía apropiada para la edad, con dificultad para pedir y recibir ayuda. El mensaje que captura este modelo es *“Yo me manejo a solas contra el mundo, porque las relaciones interpersonales no son algo que me vaya a servir para mucho”*.

El **modelo de apego inseguro ambivalente** se desarrolla, por el contrario, cuando la figura de apego intenta calmar todas las angustias del niño, niña o adolescente, pero limitando su exploración. Paradójicamente, ese intento de limitar cualquier malestar real o imaginado genera en el niño, niña o adolescente no solo dependencia, sino también inseguridad, por falta de confianza en sus propias capacidades. La vivencia es de ambivalencia hacia la figura de apego, porque por un lado es necesaria hasta para las acciones más sencillas, pero por otro resulta opresiva e impide la exploración saludable. En la imagen sería la flecha con círculos, con mucha más dependencia de las figuras de referencia de lo que sería esperable por la edad y el desarrollo evolutivo. El mensaje interiorizado estaría en la línea de *“Yo a solas no puedo, y siento ambivalencia hacia las personas porque mi figura de apego me cuida y al mismo tiempo me impide crecer”*.

El **modelo de apego desorganizado** se configura en situaciones extremas, normalmente cuando las figuras de apego tienen problemas graves, como trastornos mentales o adicciones. Eso causa que el niño, niña o adolescente no pueda predecir el comportamiento de sus figuras de apego, que no solo no calman la angustia, sino que la pueden producir a través de comportamientos

erráticos o directamente dañinos (maltrato), y que tampoco proporcionan una seguridad para la exploración, por la imprevisibilidad de su vida diaria. La flecha de puntos y rayas de la imagen capta esta inseguridad máxima, en la que el niño, niña o adolescente no alcanza la autonomía necesaria, pero tampoco se atreve a pedir ayuda por miedo a las consecuencias. El mensaje interiorizado se aproximaría a *“No sé qué esperar del mundo, de mi propio interior ni de otras personas, así que intentaré lo que se me ocurra en el momento”*.

Estos cuatro modelos básicos de apego se pueden organizar de manera esquemática como recoge la tabla siguiente.

Modelo	¿Proporciona seguridad?	¿Regula las emociones? (y calma la angustia)?	¿Permite la exploración?
Seguro	Sí	Sí	Sí
Inseguro evitativo	No	No	Sí
Inseguro ambivalente	No	Sí (pero creando dependencia)	No
Desorganizado	No	No (causa angustia)	No

Precisiones respecto al apego

Existen distintos modelos que explican el apego, a veces con terminología y visiones muy diferentes. Para dar la claridad suficiente, es necesario realizar algunas precisiones que permiten utilizar el modelo presentado de manera apropiada.

Como hemos visto en un apartado anterior, hay que **diferenciar entre “vínculo”**, que es una relación de tipo más general y que se puede desarrollar en cualquier edad, y **“apego”**, que utilizamos para definir una relación específica que se produce en la infancia y adolescencia con figuras de referencia, al menos en el planteamiento que estamos siguiendo.

También es importante mantener la consciencia de que **este modelo sirve para definir relaciones** (*“Este niño presenta un tipo de relación evitativa”*

o “*Esta adolescente crea relaciones ambivalentes*”), lo que da una visión más amplia de la personalidad y que permite la presencia de distintos estilos en la misma persona (“*Esta niña se muestra muy evitativa con sus iguales y muy ambivalente y dependiente hacia su tutora*”). Por tanto, es muy recomendable **evitar definir a personas** (no decir “*Esta niña es evitativa y su hermano es ambivalente*”), por precisión técnica (es probable que tengan perfiles más complejos que una simple etiqueta) y por respeto.

LOS MODELOS DE APEGO SIRVEN PARA DEFINIR RELACIONES, DE MODO QUE ES RECOMENDABLE EVITAR DEFINIR A PERSONAS.

Una evolución que se ha dado en este campo, y que no siempre se transmite a la intervención diaria con niños, niñas y adolescentes es el **paso de los modelos de apego centrados en la interacción entre la madre y el bebé a visiones que incluyen todas las relaciones**

de apego en la infancia e incluso en la adolescencia por parte de figuras de cuidado, incluyendo por tanto también a padres, familiares que cuidan, el grupo de hermanos y hermanas y profesionales de cuidado (una cuidadora, un educador, una entrenadora de referencia durante años, un monitor de ocio y tiempo libre que se convierte en mentor...). Esta perspectiva no es solo más correcta a nivel técnico, sino que a nivel práctico también es más operativa y esperanzadora, porque recuerda que, a pesar de las inseguridades creadas en otros ámbitos, desde la intervención profesional (como en los centros educativos, por ejemplo) se puede ofrecer a los niños, niñas y adolescentes la posibilidad de vínculos que les ayuden a sanar o a reorientar las carencias o incluso el daño recibido en épocas previas de su vida.

Por último, también se ha dado una evolución en los modelos que han pasado de evaluar una seguridad objetiva (si el niño o la niña de pocos meses o años corre algún peligro concreto) a incorporar también una **evaluación de la seguridad subjetiva**, de la sensación percibida por el propio niño, niña o adolescente. Por eso en el **Capítulo 3. Las condiciones que permiten abordar la salud mental: los Entornos Seguros y Protectores y la Afectividad Consciente** veremos que se separan los indicadores del nivel 1, entornos seguros y protectores a nivel físico, de los del nivel 2, entornos seguros y protectores a nivel emocional, y en *Las paredes educan. Los centros educativos como entornos seguros y protectores* (Romeo, 2025a) se desarrolla más en detalle su impacto (positivo o negativo) en la salud mental.

Apego y salud mental

Al comprender la importancia del apego y su impacto en la configuración de la personalidad, **las relaciones de apego (y las relaciones vinculares en general) influyen mucho (para bien y para mal) en la salud mental.** Las relaciones de apego seguras protegen y preparan para las dificultades de la vida desde una visión esperanzada, mientras que las relaciones de apego inseguras generan desconfianza e inseguridad, lo que afecta a las experiencias siguientes que van apareciendo, y en especial las relaciones de apego desorganizadas crean muchos problemas de salud mental (incluidos algunos de los trastornos mentales más graves).

Además, **los estilos de apego condicionan la capacidad de pedir y recibir ayuda**, incluidas las situaciones de problemas de salud mental. Es evidente que un niño, niña o adolescente con un estilo seguro puede acudir a sus figuras de apego, o incluso a otras personas adultas, con la expectativa de que recibirá el apoyo que necesita. Por el contrario, quien presenta un estilo más evitativo no recurrirá a nadie, con el riesgo de que el problema se agrave, en especial si vive una soledad muy intensa. Por otro lado, alguien con un estilo más ambivalente recurrirá, por hábito, a la manipulación y a la exigencia, haciendo más difícil que las personas proporcionen la ayuda de manera relajada. Y un niño, niña o adolescente que haya desarrollado un estilo desorganizado tendrá mucha desconfianza hacia las figuras adultas, por las experiencias que ha vivido, y será difícil que acepte ayuda de manera consistente sin una intervención segura a largo plazo.

LOS ESTILOS DE APEGO
CONDICIONAN LA
CAPACIDAD DE PEDIR Y
RECIBIR AYUDA, INCLUIDAS
LAS SITUACIONES DE
PROBLEMAS DE SALUD
MENTAL.

Una puntualización importante respecto a la salud mental es que **la flexibilidad en los estilos de apego es fundamental para una vida integrada:** no es necesario (ni conveniente) generar una relación segura con todas las personas. Lo fundamental es que las relaciones más cercanas, esas relaciones vinculares que se establecen en la infancia con las figuras de apego y después se amplían a amistades y parejas, sean lo más seguras posibles, basadas en el respeto y en el cuidado mutuo. Al mismo tiempo, puede haber muchas otras relaciones en las que puede convenir mostrar otros estilos de tipo inseguro, por la inseguridad que introducen en la interacción las otras personas. Así, por ejemplo, ante un profesor frío y exigente, lo que mejor que puede hacer una alumna es mostrarse evitativa, resolver sus dudas por sus propios medios o recurriendo a otras personas, para no sufrir el comportamiento duro del docente. Y, por el

contrario, con una compañera que tenga un estilo ambivalente y manipulativo, no le interesará mostrarse auténticamente, sino que quizás tendrá que fingir una simpatía que no siente para evitar problemas dentro del grupo. Por eso es importante que los niños, niñas y adolescentes interactúen con muchas personas diferentes, para que puedan ver otras maneras de comportarse y así incorporar estilos diferentes a su abanico de posibilidades de comportamiento.

Una cuestión que está preocupando últimamente es la constatación de que **los dispositivos electrónicos y las redes sociales pueden cubrir las funciones del apego, pero sin relación real**. Si nos fijamos en las funciones del apego, los medios digitales se pueden utilizar para 1) dar seguridad emocional, 2) calmar la angustia y 3) fomentar la exploración: cubren, básicamente, las mismas funciones del apego. Sin embargo, hay una diferencia crucial: el apego sano se basa en una relación real, entre personas que interactúan con todo lo que son (cuerpo, mirada, expresiones, contacto físico...), mientras que los dispositivos digitales no proporcionan una intimidad real ni mutua: las empresas tecnológicas tienen sus objetivos de aumentar el consumo (“tiempo de pantalla”) que se puede vender a empresas (para la creación de anuncios). Analizaremos esto en más detalle en el **Capítulo 10. Las Tecnologías de la Información y Comunicación y la salud mental**, valorando los usos constructivos de las nuevas tecnologías en comparación con sus usos dañinos, pero en un capítulo como este es importante destacar que si las figuras adultas no proporcionan la atención necesaria (por falta de conciliación, de tiempo, de fuerzas...), el recurso hacia el que van a tender los niños, niñas y adolescentes es lo digital.

Así que, si las relaciones que ofrecemos las personas adultas son tan importantes para la salud mental, ¿qué pasa con nuestros propios estilos de apego como figuras de referencia para los niños, niñas y adolescentes? Lo veremos en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO 3 LAS CONDICIONES QUE PERMITEN ABORDAR LA SALUD MENTAL: LOS ENTORNOS SEGUROS Y PROTECTORES Y LA AFECTIVIDAD CONSCIENTE

La salud mental y sus problemas se dan en unos entornos determinados y en unas relaciones concretas, de modo que su abordaje requiere una visión amplia. Existen distintas metodologías para implantar sistemas de lo que llamaremos protección integral, y en este capítulo veremos los modelos de **Entornos Seguros y Protectores** y la **Afectividad Consciente**. Además, como condición fundamental para la prevención y la detección, revisaremos algunas claves para cultivar una **escucha** que facilite que los niños, niñas y adolescentes puedan comunicar las situaciones de violencia y los problemas de salud mental que les afectan. Abordaremos también **el Principio de Ricitos de Oro en la intervención con niños, niñas y adolescentes**, para mantener la flexibilidad y la personalización apropiadas.

La protección integral, la violencia y la salud mental

Los sistemas de protección de la infancia han ido evolucionando desde una posición inicial básica de detectar la violencia y actuar al respecto hacia una comprensión mucho más amplia. Así, por ejemplo, la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPVI), de aplicación estatal en España, la describe en los siguientes términos:

La ley tiene por objeto garantizar los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes a su integridad física, psíquica, psicológica y moral frente a cualquier forma de violencia, asegurando el libre desarrollo de su personalidad y estableciendo medidas de protección integral, que incluyan la sensibilización, la prevención, la detección precoz, la protección y la reparación del daño en todos los ámbitos en los que se desarrolla su vida (art. 1).

Desde esta concepción, la **protección integral** hacia los niños, niñas y adolescentes aplicada a los centros educativos consiste en minimizar los riesgos y en maximizar las capacidades de prevención, detección, derivación y acompañamiento de las situaciones que pongan en riesgo su bienestar. La legislación autonómica, lógicamente, recoge este concepto de protección integral, así como el de entornos seguros, en la Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid, y del mismo modo ocurre en aquellas comunidades autónomas que han desarrollado leyes específicas de protección de la infancia después de la aprobación de la LOPIVI.

Originariamente dirigida al abordaje de la violencia, actualmente la protección integral tiende a incluir cada vez más la salud mental entre sus objetivos por dos motivos. Por un lado, muchos problemas de salud mental, cuando se detectan, tienen situaciones de violencia como origen (como el trauma producido por el acoso entre iguales) o como consecuencia (como las agresiones fruto de pérdidas del control emocional por cualquier tema de salud mental). Por otro lado, las situaciones de violencia, cuando se identifican, requieren un seguimiento para poder determinar su posible impacto en la salud mental de todas las personas afectadas (también quienes las han contemplado, desde iguales hasta miembros del profesorado que pueden haber sufrido algún impacto). Como estamos viendo, los problemas de salud mental han surgido ante algún desequilibrio, alguna desconexión, alguna relación inadecuada, de modo que, para poder abordarlos, será necesario crear las condiciones necesarias para abordar la salud mental: una seguridad suficiente, unas conexiones que favorecen la vida y unas relaciones saludables y de confianza.

Los Entornos Seguros y Protectores y su aplicación en el ámbito escolar

La protección integral conlleva una mirada global a todo lo que afecta, para bien o para mal, al bienestar de los niños, niñas y adolescentes. Uno de los elementos clave son los espacios, de modo que cada vez se insiste más en el concepto de **entornos seguros**, con distintas formulaciones. La LOPIVI, mencionada en el apartado anterior, ofrece la siguiente definición:

Se entenderá como entorno seguro aquel que respete los derechos de la infancia y promueva un ambiente protector físico, psicológico y social, incluido el entorno digital (LOPIVI, art. 3.m).

La metodología de **Entornos Seguros y Protectores**, creada por Pepa Horno (2018a) originariamente para entidades con programas de protección de la infancia, ha sido aplicada posteriormente en centros de protección (Horno, Romeo, Ferreres et al., 2017), en el ámbito deportivo (Romeo y Horno, 2018d; 2022a), en las actividades socioeducativas y de ocio y tiempo libre (UNICEF España, 2020) y en general en cualquier espacio en el que participan niños, niñas y adolescentes (Romeo y Horno, 2021, cap. 5-7), y es la que seguiremos en este manual.

El desarrollo pleno de una persona en todas sus facetas: cognitivo, social, afectivo y físico, solo es posible si se desarrolla y convive en entornos seguros y protectores. Estos entornos son los que le brindan la seguridad afectiva, base para el desarrollo pleno. Desarrollarse en espacios seguros y protectores es necesario tanto para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes como para los adultos y adultas. Solo cuando una persona se siente segura y a salvo es capaz de estudiar, trabajar, relacionarse, relajarse o esforzarse a pleno rendimiento (Horno, 2018a, p. 6).

En el marco de este proyecto “Escuelas que protegen y cuidan la salud mental”, existe una publicación dedicada específicamente a profundizar en la aplicación de los Entornos Seguros y Protectores en los centros educativos, *Las paredes educan. Los centros educativos como entornos seguros y protectores* (Romeo, 2025a). Resumiendo mucho lo que se presenta en esa publicación, el modelo plantea una serie de cuestiones para mejorar la seguridad y la protección dentro de los colegios y de las instituciones educativas, a través de cuatro niveles y su relevancia para la salud mental no solo del alumnado sino también de todos los equipos educativos:

- Los entornos tienen que ser **seguros y protectores a nivel físico**, para evitar que se den situaciones de riesgo o incluso de violencia, y que cuando estas suceden, se detecten rápidamente, previniendo su impacto continuado en la salud mental.
- Los entornos han de ser **seguros y protectores a nivel emocional**, para facilitar la búsqueda de ayuda cuando aparecen problemas de cualquier tipo y para favorecer la recuperación de estas situaciones.

- Es fundamental contar con **personas adultas conscientes** en todos los puestos (desde los cargos directivos y docentes hasta la conserjería, la supervisión de comedor y patio y las actividades extraescolares), para que con sus competencias humanas y profesionales puedan actuar de una manera segura y protectora de forma consistente, y que puedan detectar y actuar (derivando y pidiendo orientaciones) ante problemas de salud mental.
- Es necesario disponer de la **participación de toda la comunidad educativa, incluidos los alumnas y alumnos**, para identificar las temáticas relevantes y para incorporar sus propuestas y opiniones, y en este sentido hay metodologías relativamente sencillas (Horno y Romeo, 2021) que proporcionan resultados muy valiosos, como se puede observar en el **Anexo. Un diagnóstico participativo sobre la situación de la salud mental del alumnado en centros educativos**.

Los niños, niñas y adolescentes pasan gran parte de su tiempo en los centros educativos, de modo que lo que sucede en ellos tiene un impacto relevante en su salud mental, fomentándola a través de relaciones seguras y de procesos de aprendizaje saludables o dañándola cuando existen interacciones preocupantes y experiencias inadecuadas. Los colegios y las instituciones educativas, en su gran mayoría, tienen un interés por el desarrollo completo de la persona, y han ido incorporando nuevas metodologías y procedimientos innovadores para mejorar en distintos aspectos. Así, en las últimas décadas se han creado desde programas de inteligencia emocional y de trabajo en equipo hasta sistemas de protección de la infancia y proyectos de mediación (Romeo, 2024), sin olvidar que muchos equipos docentes y colegios han encontrado formas de trabajar muchas dimensiones de la vida interior y de las relaciones a lo largo de la historia.

La Afectividad Consciente

Para ampliar y concretar los procedimientos individuales y organizacionales del tercer nivel del modelo de Entornos Seguros y Protectores, las personas adultas conscientes, Pepa Horno (2018b) acuña el concepto de **Afectividad Consciente**, que en siguientes publicaciones recibe precisiones respecto a la definición de consciencia (Horno, 2021), las responsabilidades profesionales e institucionales (Romeo y Horno, 2021, cap. 6) y el coste emocional de trabajar desde la consciencia con niños, niñas y adolescentes que sufren por cualquier

motivo (violencia, dificultades vitales, problemas de salud mental...) (Horno, 2023).

Aunque la exposición completa se encuentra en esas publicaciones, es relevante explicar brevemente cada una de las competencias de la Afectividad Consciente, relacionadas en concreto con la atención a los problemas de salud mental del alumnado:

- **La afectividad expresa.** El primer paso para un desarrollo saludable es que el niño, niña o adolescente perciba la calidez y la cercanía de las personas que le proporcionan cuidados, incluidos sus referentes educativos. Esta competencia se observa de manera generalizada en profesionales de Educación Infantil, y también se puede ver a menudo en Primaria, pero va disminuyendo su frecuencia en Secundaria y ciclos posteriores. Sin embargo, sin esa afectividad sistemática, muchos niños, niñas y adolescentes no llegarán a sentir la seguridad y el bienestar necesarios para aprender al máximo de sus capacidades a nivel académico, y mucho menos serán capaces de pedir y recibir ayuda cuando presenten problemas de salud mental.
- **La construcción de vínculos afectivos sanos.** Al comportarse de manera afectiva, las personas adultas pueden facilitar que algunos niños, niñas y adolescentes (no todos, lógicamente) se vinculen con ellas. Es responsabilidad de esas nuevas figuras vinculares cuidar del vínculo, proporcionando un modelo seguro, como hemos visto en el **Capítulo 2. Las relaciones que nos definen: vínculo, apego y salud mental.** Por su especial vulnerabilidad, los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental necesitan relaciones especialmente claras y sanas, y es responsabilidad de cada profesional conseguirlo.
- **La planificación y el desarrollo de los procesos con consciencia.** La dinámica escolar conlleva una planificación continua, desde los procesos más amplios, como un curso escolar, hasta las actividades más breves, como una clase. Y, sin embargo, esa planificación no siempre pone consciencia en las necesidades y capacidades concretas de los niños, niñas y adolescentes que participan en ellas. Con la ampliación de la Educación Especial en todos los niveles, cada vez hay mayor atención a los inicios y los cierres, y es necesario extender esa sensibilidad a todos los perfiles. Un niño, niña o adolescente con un problema de salud mental puede vivir con mucha más ansiedad procesos que parecen cotidianos, y la previsibilidad genera estructura y orden, lo cual proporciona seguridad.

- **Una mirada consciente y respetuosa hacia los niños, niñas y adolescentes y sus familias.** Cada vez se cuida más la conceptualización de las historias de vida y de las situaciones, y es fundamental desarrollar una mirada consciente especialmente hacia quienes sufren y quienes han tenido trayectorias vitales complicadas (Horno, Echeverría y Juanas, 2017). Desde esta posición de respeto, los niños, niñas y adolescentes “tienen” problemas, no “son” problemas, y los diagnósticos, informales o formales, no pueden convertirse nunca en etiquetas, sino que es necesario refrescar esa mirada continuamente para ver a la persona completa en su complejidad. Cuando hay problemas de salud mental, puede haber profesionales que intenten distanciarse mediante expresiones técnicas o un lenguaje aparentemente objetivo (pero que en realidad convierte a la persona en un objeto). Las buenas prácticas recomiendan mantener esa mirada cálida, incluso ante las manifestaciones más difíciles de comprender, sabiendo que debajo de esas situaciones hay un niño, niña o adolescente que está sufriendo y que, por su dignidad, merece respeto.
- **El abordaje positivo de los conflictos.** Se ha avanzado mucho para trabajar los conflictos en entornos escolares, con múltiples metodologías, de modo que solo apuntaremos la atención a este apartado. Los conflictos, entendidos como situaciones donde dos o más personas o grupos aspiran a obtener resultados diferentes, forman parte de la vida cotidiana y, bien manejados, ayudan a crecer en habilidades sociales y en confianza, mientras que, si no se gestionan bien, pueden encadenarse en un ciclo muy destructivo. Los problemas de salud mental en los niños, niñas y adolescentes pueden aumentar el nivel de conflictos, así como su sensibilidad a provocarlos o a padecerlos, y un ambiente de conflictividad no resuelta permanente puede afectar negativamente a la salud mental, de modo que resulta evidente la importancia de contar con profesionales que sepan abordar los conflictos de manera constructiva, manteniendo la seguridad para todas las partes implicadas y ayudando a que se alcancen soluciones duraderas.

Para terminar este apartado, es evidente que todas las competencias de la Afectividad Consciente requieren un desarrollo intencionado, tanto por parte de cada profesional como por parte de las instituciones. Es un proceso exigente que merece la pena, y su implementación es indispensable para la salud mental de los niños, niñas y adolescentes (y para la de los equipos de docentes y del resto de profesionales).

La escucha adecuada: un acompañamiento que puede ayudar a salvar vidas

Los niños, niñas y adolescentes que tienen problemas de salud mental están sufriendo y necesitan ayuda de sus figuras de referencia, y para lograrlo primero necesitamos que quieran acercarse y contarnos lo que les sucede. No vale cualquier forma de escucha, se trata de ofrecerles una presencia y una atención que les facilite la comunicación en momentos difíciles, de modo que las figuras de referencia cuenten con la información necesaria para dar los siguientes pasos. Existen distintos modelos que ayudan a cultivar una comunicación más segura y protectora para los niños, niñas y adolescentes (y también para las personas adultas), que ayudan a desarrollar de manera consciente la escucha. Aunque este manual no puede entrar en detalle en ninguno de ellos, es recomendable leer y formarse en una o varias de las siguientes propuestas.

ES RECOMENDABLE FORMARSE EN DISTINTAS FORMAS DE ESCUCHA A LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, PARA QUE QUIERAN ACERCARSE A SUS FIGURAS DE ADULTAS DE REFERENCIA Y CONTAR LO QUE LES SUCEDE

La primera referencia obligada es Carl Rogers, que define las cualidades de la escucha en la intervención psicoterapéutica (1957) así como el modelo de relación que permite el cambio en la psicoterapia (1961/2023, caps. II y V especialmente), proporcionando unas claves que se pueden trasladar a la comunicación en entornos educativos. Su influencia va a ser fundamental en las tres siguientes líneas de trabajo, por haberse formado sus autores originales con Carl Rogers, desarrollando sus propias metodologías. Como aplicación en el entorno educativo es útil retener la idea de que el niño, niña o adolescente con cualquier tipo de sufrimiento tiene muchas más posibilidades de mejorar si se le atiende con una mirada positiva como persona y con una escucha empática. Eso se logra comprendiendo que todas las vivencias, incluso las más patológicas, tienen su lógica interna, y que mientras no entendamos el mundo desde su punto de vista no podremos ayudarles a dar pasos hacia un modo de vivir más saludable.

Eugene Gendlin se formó con Carl Rogers y colaboró con él en distintas investigaciones que hicieron avanzar las metodologías de ambos. Gendlin desarrolla el Focusing como una forma de involucrar la escucha a la persona completa a través de sus sensaciones corporales, tanto a nivel individual (1978/2021) como en psicoterapia (1999). Este tipo de escucha con una dimensión corporal se puede aplicar incluso en marcos terapéuticos

más amplios y variados, como plantea Ann Weiser Cornell (2016), y tiene adaptaciones para la intervención individual y grupal con niños, niñas y adolescentes tanto en entornos terapéuticos como escolares, en las líneas que presentan Marta Stapert y Erik Verliefde (2011). Aunque es una metodología que exige una preparación especial para aplicarla en profundidad, el Focusing aporta las claves de que 1) el cuerpo es una dimensión fundamental de la persona (no hay una mente separada del cuerpo en abstracto), que acumula muchas claves sobre las situaciones que la afectan, y 2) si ayudamos al niño, niña o adolescente a crear una relación con sus vivencias, deja de identificarse completamente con ellas y adquiere una perspectiva mejor, que le permite tomar decisiones más constructivas.

Marshall Rosenberg, tras su formación con Carl Rogers, aspira a crear un sistema de comunicación que permita llevar a las interacciones cotidianas (fuera de la consulta) las condiciones relacionales que permiten el cambio constructivo en psicoterapia (Rogers, 1957). La Comunicación NoViolenta (“NoViolenta” en una sola palabra) plantea (Rosenberg, 1999/2022) una forma de comunicación basada en las observaciones (como punto de partida objetivo), los sentimientos (como vivencias interiores), las necesidades (como universales comunes a todas las personas, que permiten la expresión y la escucha empática) y las estrategias (como acciones prácticas que permiten resolver la situación o seguir avanzando la comunicación) como marco, aunque la amplitud de este proceso solo se entiende con lecturas más detalladas de las referencias recomendadas. Esta metodología se aplica a todas las relaciones humanas, incluida la comunicación con niños, niñas y adolescentes en entornos educativos (Rosenberg, 2003/2022), con una visión adaptada por Sura Hart y Victoria Kindle Hodson primero a las relaciones familiares (2020) y después a los entornos escolares (2004; 2008). También tiene aplicaciones para el trabajo de las emociones, en especial las “Pistas de Baile CNV” desarrolladas por Bridget Belgrave y Gina Lawrie (2013) y con una aplicación específica en entornos educativos de cierta complejidad (Belgrave, 2006). Este modelo, aunque funciona mejor aplicado en su totalidad, proporciona estrategias que se pueden aplicar de manera aislada tales como el principio de que las necesidades profundas son compartidas por todos los seres humanos, y que prestarles atención durante la escucha, por debajo de juicios y formulaciones desagradables, ayuda a darles una forma más orgánica y que permite unas acciones positivas a continuación.

Thomas Gordon, formado también con Carl Rogers, crea su propio modelo de comunicación para distintos entornos, con gran éxito en las relaciones parentofiliales (2006 en papel y traducción con español de España; 2014a en

versión digital y traducción con español de México) que lleva a su adaptación también para la formación del profesorado (2014b). Una de sus aportaciones más conocidas es su formulación de los obstáculos a la comunicación (2006, capítulo 1; 2014a, capítulo 1; 2014b, capítulo 3), que son todas esas expresiones marcadas por los estilos personales y culturales, pero que bloquean una comunicación efectiva: desde acciones más evidentes, como criticar, ordenar, amenazar o sermonear, hasta expresiones más sutiles, como aconsejar, intentar enseñar (sin haber acabado de escuchar) y hasta elogiar o utilizar el humor (sin haber validado la vivencia de la persona). Dentro de todo un abanico de herramientas, Gordon proporciona como claves básicas para una comunicación más efectiva cuatro ideas fundamentales, cada una más avanzada que la siguiente (y por eso requiere más formación en la figura adulta), pero todas pueden ser útiles según el momento: 1) escuchar en silencio, 2) las respuestas de reconocimiento (mensajes poco intrusivos, pero que revelan un interés, como “¡Vaya!” o “Hmm...”), 3) las invitaciones a hablar (como preguntas sobre lo que se va comentando) y 4) lo que Gordon llama la “escucha activa”, como una forma de proporcionar retroalimentación. Con estas orientaciones se puede mejorar de forma significativa nuestra capacidad de escucha a los niños, niñas y adolescentes.

En una línea similar a la de Gordon, Adele Faber y Elaine Mazlish (2006; 2013) plantean una serie de claves orientadas a las relaciones parentofiliales que son útiles también en el ámbito escolar. Lo más novedoso es el trabajo de la validación de las vivencias de los niños, niñas y adolescentes tanto a través de la fantasía (reformulando expresiones dolorosas como *“Te encantaría que viniese un hada y cambiase todo esto”*) como de una mirada constante a lo positivo del niño, niña o adolescente, incluso en situaciones de conflicto (*“Veo que a pesar de que tienes mucho enfado has querido contármelo antes de estallar más adelante, muchas gracias”*). En comparación con los autores anteriores, se basan más en ejemplos concretos que en un modelo general, lo cual ayuda a que cada persona desarrolle un estilo propio que le resulte orgánico.

Miguel Costa y Ernesto López (1996) plantean una recopilación de prácticas para mejorar la escucha desde la intervención social, que son muy útiles también en entornos escolares. Así, en el primer tomo se centran en el desarrollo de “Habilidades de comunicación en la relación” de ayuda, mientras que en el segundo plantean cómo “enfrentar situaciones”. Con muchos ejercicios, tal vez su mayor aportación consiste en generar la consciencia de que la comunicación con niños, niñas y adolescentes es una competencia

que se puede y se debe desarrollar de manera activa, y que la práctica en lo cotidiano es imprescindible para avanzar.

Una última referencia es el trabajo de Gabor Maté y Gordon Neufeld (2004/2024), que proporciona dos ideas muy relevantes. Por un lado, frente a las creencias populares (e incluso algunas teorías científicas) de que los niños, niñas y adolescentes, según van creciendo necesitan cada vez menos a sus figuras de referencia (madres, padres y familiares en el ámbito doméstico, y docentes en el ámbito educativo), Maté y Neufeld argumentan que, al contrario, unas relaciones sanas con esas personas adultas favorecen mucho más el desarrollo que volcarse en las relaciones con sus iguales. Y por otro, está la constatación (Maté y Neufeld, 2004/2024, cap. 14) de que mientras que son bebés lo primero para las personas adultas es crear y mantener la relación (les hacemos gestos simplemente para construir esa relación, no para obtener resultados), según van creciendo cada vez cuidamos menos la interacción y nos fijamos más en aspectos prácticos (desde evitarles peligros hasta conseguir que realicen ciertas tareas). Por tanto, si queremos proporcionarles un apoyo verdadero especialmente cuando avanzan en su infancia y llegan a la adolescencia, debemos tomarnos tiempo para crear esa conexión: a menudo basta con unos segundos, una mirada cálida y un comentario que revele que nos importan, aunque habrá que consolidar su confianza en nuestras buenas intenciones.

Para concluir este apartado, es importante recordar que la comunicación (y en especial la escucha) depende de un conjunto de competencias que se deben cultivar de modo consciente, en especial porque la mayoría de personas no hemos recibido formación explícita al respecto y, sin embargo, hemos incorporado muchos sistemas que bloquean la comunicación. Todos los modelos presentados ponen en su centro el valor del niño, niña o adolescente como persona completa (no “en proyecto”), pero para lograr reconocerlo necesitamos tiempos y espacios. Y escuchar y comprender a un niño, niña o adolescente no significa obedecer lo que dice, sino entender su punto de vista desde el respeto y desde una relación sana, y eso a veces puede conllevar marcar límites, pero siempre desde la calidez. La consciencia es la clave para poder avanzar en nuestra capacidad de escucha, sabiendo que puede marcar una diferencia fundamental en la vida de los niños, niñas y adolescentes.

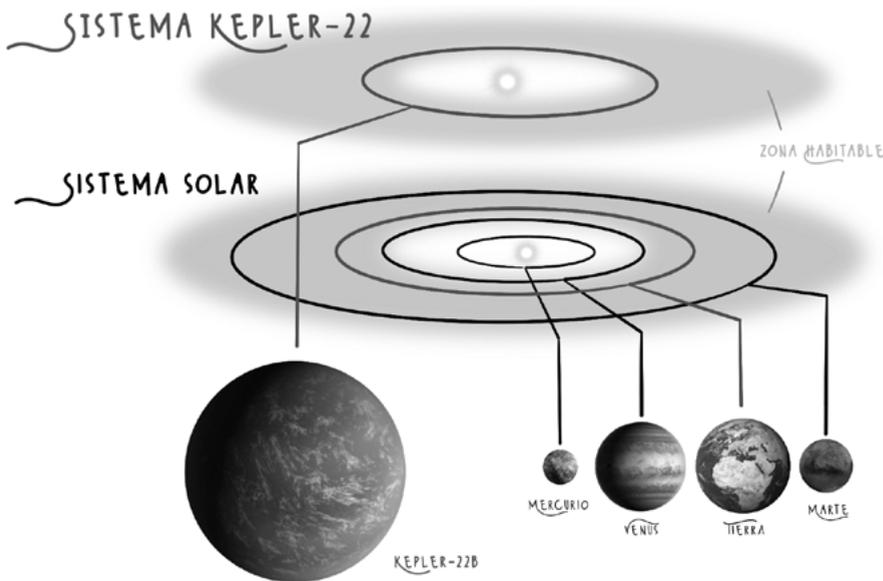
El principio de Ricitos de Oro en la intervención con niños, niñas y adolescentes

Las ciencias que estudian el espacio (en especial la astronomía y la astrobiología) han acuñado el concepto de la “zona de Ricitos de Oro” o “zona habitable”, que se puede aplicar también a la intervención con niños, niñas y adolescentes. El concepto original se basa en el cuento tradicional inglés que cuenta la historia de una niña de cabello rubio ensortijado, llamada Ricitos de Oro, y sus acciones al perderse en el bosque y llegar a la casa de tres osos, Papá Oso, Mamá Osa y el Osito hijo de ambos. En el cuento, Ricitos de Oro pasa por tres series de tres elementos (la comida, la silla y la cama), y en cada serie hay un elemento que está en un extremo (demasiado caliente, demasiado ancha, demasiado dura), otro presenta el extremo opuesto (demasiado fría, demasiado estrecha, demasiado blanda) y el tercero se encuentra en el punto adecuado para ella, haciendo uso del elemento (tomando la comida, sentándose en la silla y durmiendo en la cama), hasta que es descubierta. Cuando se empezaron a detectar planetas orbitando otras estrellas, se creó el concepto de la “zona de Ricitos de Oro” como aquella que, relativa a la intensidad y tamaño de la estrella, permite la existencia de agua líquida en la superficie, de modo que no hace ni demasiado calor (lo que causaría la evaporación del agua) ni demasiado frío (lo que ocasionaría que el agua se quedase atrapada en forma de hielo), sino que hay la temperatura justa. El concepto ha ido ampliándose para incorporar otras cuestiones que afectan a la habitabilidad, desde la posibilidad de fotosíntesis hasta la rotación o la inclinación. La clave es que no hay una distancia óptima en abstracto: dependiendo de cada estrella (su tamaño, su tipo, su edad...) y de cada planeta (su tamaño, su composición, su órbita...), la zona habitable varía, y es necesario conocer todas esas variables para poder estimar esa zona de Ricitos de Oro.

EL PRINCIPIO DE RICITOS DE ORO EN LA INTERVENCIÓN BUSCA OFRECER LA CERCANÍA ADECUADA, ADAPTÁNDOSE A LAS NECESIDADES DE CADA NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE Y OFRECIÉNDOLE LA CALIDEZ JUSTA, NI “DEMASIADO FRÍA” NI “DEMASIADO INTENSA”

La misma consideración se puede aplicar en lo que podemos llamar el **Principio de Ricitos de Oro en la intervención con niños, niñas y adolescentes**. Recopilando todos los criterios que hemos visto en este capítulo, este principio invita a la personalización en las acciones sobre los entornos y sobre las relaciones, teniendo en cuenta las características de las personas implicadas de todas las edades, para lograr la intervención adecuada (ni “demasiado fría” ni “demasiado caliente”) en cada situación. Así,

al pensar en los espacios, resulta tan inadecuado tener ilustraciones infantiles en Secundaria como tener aulas de Infantil minimalistas en tonos blancos y cremas, sin otros colores. O, valorando la importancia de contar con luz natural, no tienen el mismo efecto unas cristaleras amplias cuando tienen árboles delante que filtran la luz que cuando están en clases que reciben muchas horas de sol directo (con el calor excesivo que ocasiona en los meses cálidos y con el deslumbre que produce cuando el cielo está despejado).



Basado en la imagen de dominio público de la NASA comparando las zonas habitables del sistema solar y del sistema Kepler-22. <https://www.nasa.gov/image-article/kepler-22b-comfortably-circling-within-habitable-zone/>

Este principio es especialmente relevante en las relaciones interpersonales: forma parte del nivel de personas adultas conscientes de los Entornos Seguros y Protectores, está dentro de las competencias de la Afectividad Consciente y es un elemento imprescindible para conseguir una escucha adecuada. Además, en el ámbito relacional se trata de ofrecer la **cercanía adecuada**, sin una distancia que genere alejamiento emocional y al mismo tiempo sin una implicación afectiva que resulte agobiante, con la calidez justa. De nuevo, podemos constatar que hay prácticas que resultan adecuadas de manera general, como la mirada, la sonrisa y la escucha, y también que hay otros temas que es necesario adecuar al niño, niña o adolescente o al grupo (no

se motiva igual a una clase de Infantil que a una de Secundaria, pero ambas necesitan motivación). Y, por supuesto, se trata también de mantener nuestra consciencia y nuestra presencia, porque acompañamos con la persona que somos (más imágenes y metáforas sobre el acompañamiento en Romeo, 2021b).

Los niños, niñas y adolescentes que tienen problemas de salud mental pueden mostrar sensibilidades muy diferentes de las esperadas para su desarrollo evolutivo, desde un exceso de autonomía y de riesgo en Infantil hasta un nivel de dependencia inadecuado para Primaria o Secundaria, y también pueden presentar comportamientos difíciles de gestionar en el aula, desde la agresividad hasta el retraimiento. En cualquier caso, el Principio de Ricitos de Oro pretende atender sus necesidades reales (no sus deseos) a la vez que respeta el grado de autonomía apropiado, pero sabiendo que la protección a fin de cuentas es responsabilidad de las figuras adultas y de las instituciones. Las adaptaciones requeridas para proporcionar al niño, niña o adolescente las condiciones adecuadas pueden ir más allá del trato interpersonal del equipo educativo, y pueden conllevar adaptaciones curriculares porque, en muchos casos, los problemas de salud mental van a implicar necesidades educativas especiales, independientemente de lo que esté previsto originalmente en los sistemas de evaluación y baremación del momento.

Para profundizar

Horno, P. (2018b). *La afectividad consciente como competencia profesional en Aldeas Infantiles SOS América Latina y el Caribe*. Aldeas Infantiles SOS Oficina Regional de América Latina y el Caribe. <https://www.espiralesci.es/guia-la-afectividad-consciente-como-competencia-organizacional-en-aldeas-infantiles-sos-en-america-latina-y-el-caribe-de-pepa-horno/> Este manual desarrolla en profundidad el concepto de Afectividad Consciente.

Romeo, F. J. (2025a). *Las paredes educan. Los centros educativos como entornos seguros y protectores*. Escuelas Católicas de Madrid. <https://www.espiralesci.es/guia-las-paredes-educan-los-centros-educativos-como-entornos-seguros-y-protectores-f-javier-romeo-escuelas-catolicas-de-madrid> Esta guía recoge el sistema de indicadores de Entornos Seguros y Protectores aplicado a los centros educativos con una consideración especial hacia los elementos que favorecen la salud mental.

Romeo, F. J. (2021b). *Acompañamos con la persona que somos*. Iniciativa *Renovando desde dentro*. *Siete retos y propuestas de mejora del sistema de protección de la infancia en España*. <https://www.espiralesci.es/articulo-acompanamos-con-la-persona-que-somos-de-f-javier-romeo-para-la-iniciativa-renovando-desde-dentro/> Este artículo plantea una serie de metáforas para mantener una relación adecuada con los niños, niñas y adolescentes, especialmente cuando están pasando por momentos difíciles, desde la consciencia.

UNA TIPOLOGÍA BÁSICA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Las dificultades en la estructuración de los problemas de salud mental y su diagnóstico

Los problemas de salud mental han recibido distintas interpretaciones a lo largo de la historia, influidas por campos tan variados como la filosofía, la medicina, la biología, la religión, la moral y las creencias populares. Sin embargo, su estudio científico sistemático tiene menos de dos siglos de trayectoria, comenzando la Psiquiatría a mediados del siglo XIX y la Psicología poco después. Si a esto se añade que la comprensión del sistema nervioso humano es todavía limitada, y que hay modelos que explican bien unos fenómenos, pero no otros, el resultado es una variedad de teoría y de prácticas. Esto no significa que no haya bases científicas sólidas para muchos planteamientos e intervenciones, pero sí que conlleva que el panorama resulte complejo para cualquier persona que se acerque a esta temática sin una especialización en este campo.

Como este manual está dirigido a equipos educativos que no necesariamente cuentan con titulaciones en Psicología o Psiquiatría, se ha optado por **realizar una clasificación que resulte práctica en la vida escolar**. De este modo se logran dos objetivos: por un lado, servir para la derivación de situaciones de manera ágil, con agrupaciones generales que pueden ser útiles en entornos educativos; y, por otro lado, evitar la tentación de realizar diagnósticos sin una formación especializada, que puede causar más daño que bien. Así, los centros podrán organizar la información de cada derivación con unos elementos mínimos, que los equipos de salud mental externos (tanto públicos como privados) podrán utilizar para realizar el diagnóstico de manera segura y apropiada.

Una propuesta de tipología básica de problemas de salud mental

Como se explica en el **Anexo. Un diagnóstico participativo sobre la situación de la salud mental del alumnado en centros educativos**, antes de realizar la formación de la que surge este manual, se vio conveniente conocer

de primera mano las preocupaciones y las opiniones de quienes ven y viven la realidad escolar actual. Las sesiones formativas con grupos focales tanto con estudiantes como con profesionales sirvieron, además de para sensibilizar sobre la temática y dinamizar las conversaciones dentro de los centros, para identificar cuáles eran las temáticas que les preocupaban más, y sus propuestas para abordarlas, así como qué temas no se detectaban. A partir de estas sesiones se llegó a la formulación de esta propuesta de tipología básica de salud mental, que se presenta con las siguientes consideraciones:

- **Se basa en las preocupaciones manifestadas en los distintos grupos focales** (como se explica en el Anexo) **y en la formación respecto a la salud mental de los niños, niñas y adolescentes dentro de los centros educativos**, de modo que se han abordado las temáticas más relevantes, por gravedad o por frecuencia, que coinciden también con los problemas identificados por organismos internacionales que trabajan en este ámbito (OPS, 2022 y 2023; UNICEF, 2022) y en publicaciones específicas de salud mental infantojuvenil en España (Espinosa-Fernández, García-López y Muela Martínez, 2019a; Fernández-Hermida, y Villamarín-Fernández, 2021; Fonseca-Pedrero et al., 2023; Ramos et al., 2024; UNICEF España, 2020b).
- **No se centra en clasificaciones clínicas estrictas, sino en orientaciones para la intervención desde lo escolar**, entendiéndose la intervención como derivación a los servicios de salud mental correspondientes y al acompañamiento en el centro educativo con las pautas que aquellos proporcionen.
- **Pone el foco en la persona entera**, en cómo está el niño, niña o adolescente y cuál es su sufrimiento, **no en el diagnóstico** (que debe realizar un equipo especializado en salud mental).
- **Utiliza como guía de referencia el modelo de los tres tipos de conexión (interior, con otras personas y con la vida, el mundo y la trascendencia)** para explorar los distintos tipos de situaciones, de modo que se amplíe la mirada a todas las dimensiones del niño, niña o adolescente. En esta línea, se pueden utilizar también como procedimiento de orientación el análisis según el modelo biopsicosocial (buscando dónde empiezan los problemas, en lo biológico, en lo psicológico o en lo social, y cómo afectan a los otros ámbitos) y la atención al modelo del psiquismo humano (“cabeza, corazón y tripas”) vistos en el **Capítulo 1. Una visión global de la salud mental**.

**Cuadro resumen
de la tipología básica de problemas de salud mental**

Temas graduales (Capítulo 5)

- Ansiedad y estrés (incluye exigencia).
- Bajo estado de ánimo y falta de motivación (hasta la depresión).
- Baja autoestima.
- Dificultades con la gestión de las emociones (especialmente la frustración).
- Dificultades con la atención.

Temas extremos (Capítulo 6)

- Problemas de alimentación (incluyendo trastornos de la conducta alimentaria).
- Comportamientos autolesivos (incluyendo intentos de suicidio).
- Comportamientos adictivos.
- Somatizaciones y otros problemas fisiológicos.
- Trastorno del Espectro del Autismo.
- Problemas asociados a la discapacidad intelectual.
- Y trauma (Capítulo 7).

Temas relacionales (Capítulo 8)

- Sufrir o ejercer violencia.
- Relaciones insuficientes o dañinas con las figuras parentales.
- Relaciones insatisfactorias o dañinas con otras figuras adultas.
- Relaciones insatisfactorias o dañinas con sus iguales.
- Aislamiento.

Temas sociales, culturales y estructurales (Capítulo 9)

- Estructuras familiares que generan inseguridad.
- Desventaja social.
- Discriminación social.
- Referentes sociales inadecuados.

Una conceptualización práctica de cada temática

Como se ha comentado anteriormente, el propósito de este manual es ofrecer claves para la detección de los temas de salud mental en el alumnado desde los colegios, su derivación a los servicios adecuados y su acompañamiento en el ámbito educativo. En este sentido, cada temática se abordará a través de los siguientes elementos:

- **Conexiones:** siguiendo el apartado **Un modelo de salud mental basado en conexiones sanas** del capítulo 1, este punto describe cuáles son los tipos de conexiones más afectadas cuando aparece esa temática, la conexión interior, la conexión con otras personas o la conexión con la vida, el mundo y la trascendencia.
- **Indicadores:** aquellos indicios o “síntomas” que apuntan hacia la temática abordada, especialmente cuando aparecen varios de ellos. Sin embargo, debido a que este manual no es una obra clínica, se deberá utilizar este punto con precaución, derivando la situación a los servicios competentes para que realicen un diagnóstico válido a nivel clínico.
- **Narrativa:** el relato que vive el niño, niña o adolescente, su vivencia, que a veces puede expresar verbalmente, y que en otras situaciones transmite como sensación a las figuras adultas que se preocupan por su bienestar (*“Parece que este niño está diciendo X, Y y Z con su forma de estar en clase”*). Este punto pretende arrojar luz sobre el hecho de que el comportamiento suele tener una lógica interna, y que, al entender la narración interna o la experiencia del alumno o alumna, sus acciones cobran sentido y la intervención puede ser más apropiada, porque aborda las causas profundas y no solo las acciones preocupantes.
- **Acompañamiento:** incidiendo siempre en recibir orientaciones completas de los servicios de salud mental, los colegios pueden seguir ciertas pautas para acompañar a nivel educativo a los niños, niñas y adolescentes que presentan la problemática analizada (y también al resto del centro, incluyendo los equipos profesionales).
- **La situación llevada al extremo:** solo en los temas graduales y dentro de su amplia variabilidad, recoge las situaciones que, por su gravedad, suponen una preocupación por problemas serios de salud mental.

- **Para profundizar:** se plantean algunos recursos disponibles por internet de administraciones públicas o de entidades sólidamente establecidas para profundizar en la temática desde una perspectiva profesional (para equipos educativos) y en algún caso familiar, pero sin entrar en materiales puramente clínicos

¿Y los temas más complicados?

En el listado anterior podemos echar en falta ciertos problemas de salud mental especialmente complicados, desde problemas de salud mental muy específicos, como el trastorno obsesivo compulsivo o la vigorexia (la obsesión por realizar ejercicio físico extremo para modificar la apariencia física) hasta trastornos mentales, como el trastorno bipolar, la esquizofrenia o el trastorno límite de personalidad. En este manual, que tiene una orientación divulgativa e introductoria no los abordaremos por tres motivos. En primer lugar, son **mucho menos frecuentes** que los que sí que analizamos, y, de hecho, como se recoge en el Anexo, casi no han aparecido en los grupos focales, frente a la abundancia de referencias a las temáticas que sí que están entre los contenidos de este manual. Por otro lado, son **mucho más complejos**, suelen tener una variabilidad de manifestaciones mucho mayor que los temas analizados, y su abordaje se deberá llevar a cabo a nivel individual con un intenso acompañamiento por los equipos de salud mental que coordinen la intervención con el niño, niña o adolescente afectado y su familia, con pautas específicas para cada caso. Por último, **son numerosos los trastornos mentales que requieren un diagnóstico diferencial**, que en muchos casos no se puede completar en la infancia porque es necesario verificar si son situaciones temporales o si se consolidan como formas de sentir y de comportarse en la edad adulta. Por todo esto la mejor opción es apoyarse en los servicios de salud mental que estén llevando cada caso, y seguir sus indicaciones para acompañar a cada niño, niña o adolescente y a su familia.

LOS TEMAS MÁS
COMPLICADOS NO SE
ABORDAN EN EL MANUAL
POR TRES MOTIVOS:

- SON MUCHO MENOS
FRECUENTES.

- SON MUCHO MÁS
COMPLEJOS.

- EN NUMEROSOS CASOS
REQUIEREN UN DIAGNÓSTICO
DIFERENCIAL.

Conceptualización de los temas graduales

El primer bloque de temas de salud mental recoge las principales **problemáticas que se dan en un continuo, desde las incomodidades propias de una vida cotidiana sana hasta problemas graves**. La dificultad de este grupo de temas reside precisamente en que son graduales, de modo que no resulta fácil, sin una formación específica, determinar el punto en el que una experiencia pasa de ser natural y esperable a inapropiada y dañina. Si nos detenemos un poco, en general podemos reconocer que las personas adultas a veces sentimos nervios y estrés, o perdemos la motivación, o nos da la sensación de que no valemos lo suficiente para algo, o tenemos momentos en que no conseguimos concentrarnos, y cada cual tiene algunas emociones que le cuesta manejar más que otras. Una personalidad integrada es la que tiene todas esas vivencias, pero recupera el equilibrio en un tiempo razonable. De hecho, es preocupante cuando una persona nunca ha pasado por esas vivencias (imaginémonos que alguien nos dijese que jamás se ha preocupado por nada, o que nunca se ha desanimado ante algo, y podremos observar que resulta extraño y sospechoso). Y también es claro el riesgo ante las manifestaciones extremas, que sí que tienen diagnósticos clínicos. Lo difícil es identificar los puntos intermedios, cuando las experiencias dejan de ser naturales y empiezan a ser dañinas. Por eso es necesario poner una mirada atenta a las manifestaciones de malestar, y actuar adecuadamente, desde proporcionar pautas educativas cuando las vivencias entran dentro de la normalidad hasta la derivación cuando el malestar sea grave.

Los temas graduales tienen que ver, siguiendo el modelo de conexiones sanas presentado en el capítulo 1, con la **conexión interior**, pero dependen mucho de la **conexión con otras personas** y de la **conexión con la vida, el mundo y la trascendencia**. La persona pierde una conexión adecuada con sus vivencias anteriores, sintiéndose desbordada o desconectada, pero a menudo esas experiencias provienen de carencias en las relaciones interpersonales, o de dificultades vitales. Por eso el acompañamiento incluirá siempre una dimensión relacional (la conexión con otras personas) y de encontrar un encaje mejor en la dimensión trascendente (la conexión con la vida, el mundo y la trascendencia).

Los niños, niñas y adolescentes, por su especial desarrollo evolutivo, pueden desbordarse más fácilmente ante estas vivencias, y parte de su crecimiento

consiste en recibir el apoyo necesario por parte de sus figuras adultas de referencia (en la familia, en el colegio...) para ir desarrollando habilidades para afrontarlas. Cuando se identifican estos problemas en un grado leve o moderado, es importante intervenir antes de que se cronifiquen. Y, si se detectan los extremos, será necesario incorporar la asistencia profesional de equipos de salud mental especializados.

Para concluir esta introducción, es fundamental tener en cuenta que **las temáticas dentro de este grupo se influyen entre sí**. Por ejemplo, la ansiedad puede provocar dificultades con la atención y pérdidas de control de las emociones, la baja autoestima suele ser un componente del bajo estado de ánimo, y, en general, cuando se identifica una de estas temáticas de manera grave, el resto suelen aparecer en mayor o menor medida. Por eso, aunque analizaremos cada una de manera separada, la valoración de cada niño, niña o adolescente deberá incluir todos los elementos.

Ansiedad y estrés

La ansiedad y el estrés tienen su base en la capacidad del sistema nervioso humano para **anticiparse a posibles amenazas** y para **activarse ante riesgos percibidos** (sean o no reales), proporcionando recursos para afrontarlos. Estos recursos pueden ser fisiológicos, como un corazón que late más rápido para suministrar sangre a los músculos para una posible huida o para un enfrentamiento, o como un aumento de las hormonas que favorecen respuestas rápidas, como la adrenalina y el cortisol. También se activan capacidades psicológicas, como una atención más amplia para detectar peligros adicionales o una focalización del pensamiento en la situación, valorando distintas opciones.

LA ANSIEDAD Y EL
ESTRÉS TIENEN SU BASE
EN LA CAPACIDAD DEL
SISTEMA NERVIOSO PARA
ANTICIPARSE A POSIBLES
AMENAZAS Y PARA
ACTIVARSE ANTE LOS
RIESGOS PERCIBIDOS

Las clasificaciones clásicas del estrés diferencian entre el “**estrés adaptativo**” (*eustress*), que aparece cuando la persona cuenta con recursos para superar la situación, y el “**estrés dañino**” (*distress*), que surge cuando la persona se siente desbordada e incapaz de gestionar lo que está sucediendo. La vivencia en el primer tipo es de reto y cierta satisfacción al ir progresando en la resolución de la situación, mientras que en el segundo tipo la sensación de riesgo inasumible puede conducir a bloqueos o pérdida de control de las emociones.

Y es importante destacar que, si bien hay situaciones que van a ser estresantes para la mayoría de las personas (accidentes, agresiones...), muchas de las condiciones de la vida cotidiana van a despertar respuestas muy diferentes. Así, la perspectiva de jugar un partido de fútbol puede ser emocionante para una niña que entrena regularmente y aterradora para otra a la que no le gusta ese deporte. La idea de ser protagonista de una obra en el colegio puede resultarle una satisfacción e incluso un reconocimiento a un adolescente y una carga inasumible para otro. Incluso la falta de actividad puede generar reacciones diversas, y un niño puede disfrutar de pasar una tarde tranquila en casa leyendo mientras que para otro la perspectiva de no salir a correr y emplear su energía en actividades físicas puede generarle mucha incomodidad. Las dos claves para interpretar el estrés son la sensación de la persona de tener **recursos para afrontar la situación** y la **vivencia de seguridad**, de que si sucede algo desagradable habrá un apoyo consistente por parte del entorno.

En cualquier caso, **el estrés se da en un continuo**, desde lo fácilmente asumible, como darse prisa para llegar a tiempo a clase, hasta la ansiedad más difícil. Lo que es importante es que **mientras el sistema nervioso está dedicado a gestionar la ansiedad, las capacidades cognitivas se ven disminuidas**. Por eso, en *Las paredes educan. Los centros educativos como entornos seguros y protectores* (Romeo, 2025a) lograr esa seguridad en los entornos es imprescindible para un desarrollo pleno y para un aprendizaje satisfactorio.

Conexiones

La ansiedad y el estrés provienen del miedo y la inseguridad ante exigencias y riesgos (reales o percibidos, presentes o anticipados) de la vida y de otras personas, que se interiorizan. Esto implica que los problemas con la **conexión interior**, en especial con la capacidad de calmarse y autorregularse, son centrales en esta problemática, pero que su origen está en la **conexión con la vida** y con otras personas. Así, la ansiedad aparece cuando la conexión con la vida en sus distintas experiencias (familiar, escolar, de amistades, de actividades de ocio...) genera sensaciones de inseguridad, de impotencia y de falta de capacidad. Al mismo tiempo, la **conexión con otras personas** puede conducir a la ansiedad por vivencias de violencia (maltrato, acoso escolar, barrios peligrosos...), la exigencia de las figuras parentales y de otros referentes adultos en distintos ámbitos (la educación, el deporte, las actividades artísticas, sociales y culturales...), e incluso de sus iguales y de la presión grupal (para pertenecer a los grupos con los que se identifican).

Indicadores

Los indicadores de ansiedad y estrés se pueden agrupar en cuatro grandes grupos:

- **Síntomas de nerviosismo.** Son los más evidentes, y los que se asocian más claramente con esta problemática. Incluyen **manifestaciones fisiológicas** (sudoración, respiración acelerada, pulso elevado, temblores...), **comportamentales** (movimiento excesivo, miradas a distintos puntos, acciones para liberar la tensión...) y **verbales** (expresión de malestar y desbordamiento).
 - **Funciones fisiológicas alteradas.** Resultan más difíciles de identificar, porque muchas se dan en la esfera privada del niño, niña o adolescente, pero la observación en la vida escolar permite identificar elementos como los **problemas de sueño** (por dificultades para dormir o por exceso de sueño), las **alteraciones en los procesos de eliminación** (necesitar ir al servicio en exceso, y también estreñimiento mantenido) y **problemas de alimentación** (que pueden acabar en trastornos de la conducta alimentaria si no se abordan adecuadamente).
 - **Cansancio.** La activación constante del sistema nervioso conduce al agotamiento, que aumenta si tampoco se consigue descansar bien. A veces la falta de actividad puede provenir, aunque parezca contrario a lo esperable, de un exceso de ansiedad.
 - **Dificultades en el manejo emocional y cognitivo.** La sobrecarga del sistema nervioso puede ocasionar unas respuestas menos adecuadas en las emociones y su expresión, así como en el funcionamiento cognitivo. Las pérdidas de control emocional y los bajos resultados académicos pueden tener su origen en la ansiedad, entre otras causas.
- Indicadores

Narrativa

La ansiedad y el estrés configuran una narrativa interna de falta de recursos para superar la situación que a veces se expresa en voz alta, en la línea de “*No soy suficiente*” o “*Esta situación no es segura y no tengo recursos para superarla*”. Según la narrativa, a veces se combina con una visión de baja autoestima e incluso de bajo estado de ánimo (hasta la depresión).

Y a menudo la formulación aparece de forma condicional, planteando una exigencia para lograr cierta forma de control (en muchos casos sin conseguirlo) que, lógicamente, aumenta la ansiedad, como en *“Si estudio toda la noche, habré dedicado más horas a aprender así que me saldrá mejor el examen de mañana”* (lo cual es falso, ya que el cansancio acumulado disminuirá la atención y la concentración), o *“Si saco buenas notas, mis padres me querrán más”* (un intento de cubrir una carencia emocional que no depende de lo que haga el niño, niña o adolescente, sino de la disponibilidad de sus figuras parentales), o *“Si hago reír, lo mismo me aceptan mejor en clase”* (perdiendo la gracia natural que tiene el humor relajado, y generando tal vez mayor aislamiento y sensación de “reírse de” en vez de “reírse con”).

“NO SOY SUFICIENTE”
 “ESTA SITUACIÓN NO
 ES SEGURA Y NO
 TENGO RECURSOS PARA
 SUPERARLA”

Acompañamiento

Las situaciones de estrés van a llegar a la vida de todos los niños, niñas y adolescentes, en mayor o menor medida, de modo que es imprescindible proporcionarles el acompañamiento necesario para que las reconozcan y puedan pedir ayuda. El acompañamiento básico se estructura en torno a cuatro acciones:

- **Poner en valor a la persona.** Cada ser humano tiene un valor y una dignidad inherentes, simplemente por el hecho de ser una persona. El trabajo para crear esa sensación consistente de valor es imprescindible para la salud mental. Y se puede diferenciar entre esa dignidad global (*“Tú vales”, “Mereces la pena”*) y un valor “más específico” (*“Se te dan bien las matemáticas y te cuesta la ortografía, pero como persona vales lo mismo”,* o *“Tu compañera es la líder de la clase, y a ti te cuesta hablar en público, pero como personas, vuestras vidas son igual de valiosas”*). Lógicamente, el funcionamiento en el centro educativo debe demostrar la equidad en esa valía, evitando los favoritismos y las animadversiones al mismo tiempo que ofrece unas evaluaciones académicas ajustadas a la realidad (se pueden transmitir las calificaciones con objetividad y calidez a la vez, sin cuestionar el valor de la persona, del mismo modo que se puede corregir el comportamiento respetando su dignidad).
- **Regulación fisiológica (relajación y actividad física).** Hay muchos ejercicios que se pueden practicar en clase para regular la activación fisiológica a partir de respiraciones profundas, visualizaciones y otras

técnicas básicas. Son prácticas sencillas que se pueden incluir en el día a día durante unos minutos, de modo que los niños, niñas y adolescentes puedan incorporarlas en su repertorio de respuestas posibles ante situaciones estresantes. Al mismo tiempo, la actividad física ayuda a liberar el estrés y facilita la regulación del sistema de nervioso, de modo que es recomendable facilitar dinámicas que incluyan el movimiento, como los deportes, la danza en cualquiera de sus tipos y los juegos físicos.

- **Regulación emocional.** Como seres humanos, el sistema nervioso tranquilo de otra persona suele tener un efecto calmante. Y los niños, niñas y adolescentes, como tienen su sistema nervioso en desarrollo, necesitan aún más esa ayuda externa para gestionar sus emociones. De hecho, la presencia de figuras adultas seguras y protectoras hace que el niño, niña o adolescente pase de una heterorregulación (por parte de esas personas conscientes que proporcionan pautas para el manejo de las emociones) a una autorregulación (interiorizando esas pautas).
- **Revisar las narrativas y las exigencias.** Los niños, niñas y adolescentes detectan, o al menos construyen su interpretación de las expectativas de otras personas que les importan, en especial de sus figuras parentales, de los equipos educativos y de sus iguales. Y con frecuencia esas narrativas son poco realistas e incluso dañinas. Poner en perspectiva ese tipo de exigencias puede arrojar luz sobre las creencias irracionales y ayudar a desmontarlas o, al menos, a flexibilizarlas.

La situación llevada al extremo

Según estudios recientes, como el análisis de Fonseca-Pedrero et al. (2023, pp. 9-10), *“el 14% de los adolescentes manifestaba una sintomatología ansiosa moderada-grave y grave [en los últimos quince días]. Si contextualizamos estos resultados en una clase de 25 alumnos, se podría estimar que aproximadamente 4 estudiantes tendrían una sintomatología de tipo ansiosa con un nivel de alto de gravedad”*.

Y es importante tener en consideración que la ansiedad llevada al extremo puede presentarse con distintas manifestaciones, incluidos el **trastorno de ansiedad generalizada**, los **ataques de pánico** y otros fenómenos que deben ser diagnosticados a nivel clínico (Espinosa-Fernández, García-López y Muela Martínez, 2019b). Como indicadores de especial gravedad de la ansiedad y el estrés están las **somatizaciones** (ver el apartado correspondiente en el

capítulo siguiente). El nivel excesivo de activación del sistema nervioso puede conducir también al **trauma** (ver el **Capítulo 7. Problemas de salud mental (III): el trauma**).

Por último, es importante prestar atención a las vivencias que tienen los niños, niñas y adolescentes respecto a sus respuestas emocionales iniciales, las **metaemociones** o “**emociones sobre las emociones**” (ver un resumen de las distintas teorías que utilizan este concepto, de maneras sutilmente diferentes en Mitmansgruber et al., 2009). Así, “sentir nervios” ante un examen puede ser normal, pero “sentir nervios por estar sintiendo nervios” (o, de forma más grave, “tener miedo a tener miedo”) puede estar apuntando a una situación grave que necesita un diagnóstico especializado. A nadie le gusta sentir miedo (incluso a quienes les gustan las películas de terror les encaja un tipo de miedo que pueden manejar), pero el problema es grave cuando el niño, niña o adolescente tiene miedo precisamente a sentir sus propias emociones, ya que puede entrar en un bucle de retroalimentación y en ese caso probablemente necesitará ayuda para salir de él.

Para profundizar

Espinosa-Fernández, L., García-López, L. J., y Muela Martínez, J. A. (2019b). Una mirada hacia los jóvenes con trastornos de ansiedad. *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 11-24. https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/1_una_mirada_hacia_los_jovenes_con_trastornos_de_ansiedad.pdf Presenta una conceptualización muy amplia con distintos elementos clínicos valiosos (aunque en la intervención faltarían por mencionar enfoques que incluyan lo relacional de manera más integral).

Fonseca-Pedrero, E., Calvo, P., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., y Al-Halabí, S. (2023). *La salud mental de los adolescentes en contextos educativos: reflexiones derivadas del estudio PSICE*. Consejo General de la Psicología de España. <https://www.infocop.es/wp-content/uploads/2023/06/ESTUDIO-PSICE.pdf> Un análisis de la prevalencia de la ansiedad en población adolescente española, con su relación con la depresión y la ideación suicida, con unos datos claros y preocupantes en un lenguaje asequible.

Bajo estado de ánimo y falta de motivación, hasta la depresión

Las pérdidas son una parte (dolorosa e inevitable) de la vida. Pueden ser pequeñas, como no conseguir algo deseado, o un cambio de planes; o grandes, como fallecimientos de seres cercanos, o la desaparición de las rutinas habituales por cambios en la familia a través de enfermedades graves, separaciones, divorcios, o cambio de domicilio e incluso de lengua y cultura. **La**

tristeza es una emoción natural que ayuda a reducir la actividad y recuperar la energía mientras se procesan esas pérdidas. Además, tiene una función social de despertar la empatía y el apoyo del entorno, y también de desarrollar la capacidad de comprender el malestar y el dolor en otras personas (y seres, como los animales).

LA TRISTEZA ES UNA EMOCIÓN NATURAL QUE AYUDA A REDUCIR LA ACTIVIDAD Y RECUPERAR LA ENERGÍA MIENTRAS SE PROCESAN LAS PÉRDIDAS, PERO TIENE UN EFECTO PERJUDICIAL CUANDO SE CONSTITUYE EN LA FORMA PRINCIPAL DE ESTAR EN EL MUNDO

Sin embargo, **cuando la tristeza se constituye en la forma principal de estar en el mundo, el efecto es claramente perjudicial.** Y, contra lo que algunas personas adultas creen, evitarle la tristeza natural a un niño, niña o adolescente no le protege, sino que le debilita, impidiéndole elaborar sus pérdidas, descubrir nuevos recursos en su interior y en el apoyo de su entorno, y desarrollar una alegría verdadera (Horno, 2017,

pp. 115-117). Pero tampoco se trata de causarle malestar intencionadamente, pues ya traerá la vida su carga de experiencias dolorosas. La clave está en la flexibilidad interior, para ir fluyendo con lo que vaya llegando, preferiblemente con el apoyo de los referentes afectivos.

Cuando el niño, niña o adolescente experimenta muchas situaciones de pérdida sin resolución (y sin acompañamiento de sus referentes afectivos), la tristeza se instala en la vida del niño, niña o adolescente y aparece un bajo estado de ánimo y la falta de motivación. Y es necesario diferenciar, por un lado, la falta de motivación por tareas concretas (es esperable que ciertas actividades no les interesen inicialmente, desde los ejercicios de clase hasta recoger y ordenar sus pertenencias), que se puede trabajar con pautas educativas, y, por otro, la desmotivación generalizada, cuando nada les interesa ni les genera curiosidad, y que requiere una intervención clínica.

Conexiones

Los problemas de bajo estado de ánimo, incluyendo desde la falta de motivación hasta la depresión, tienen como foco problemas en la **conexión con la vida**, pero su gravedad está muy relacionada con la **conexión interior** y también de forma especial **con otras personas**. La sensación de falta de propósito o de sentido, del lugar de la persona en su propia vida, a menudo correlaciona con una conexión interior desequilibrada, en la que todo gira en torno a los sentimientos y pensamientos propios, sin una capacidad de salir de sí y de abrirse al mundo y a la trascendencia. Porque antes de poder orientarse a la vida, la persona necesita sentir la conexión con otras personas, que es importante y valiosa para sus seres queridos. Sin embargo, el tono vital bajo y las verbalizaciones desesperanzadas pueden dificultar que reciba el apoyo que tanto necesita, por la negativa de quien padece la depresión, o por la falta de capacidades para sostener el proceso por parte de esos referentes afectivos. Por eso la intervención, que empieza fuera, es más eficaz cuando se orienta a fortalecer las relaciones interpersonales, lo cual ayuda a reconectar con otros proyectos y con la vida en general.

Indicadores

Los indicadores de bajo estado de ánimo, de falta de motivación y de depresión más relevantes en entornos educativos son los siguientes:

- **La tristeza y el bajo estado de ánimo.** Reconociendo que es natural y saludable sentir tristeza en ciertos momentos, lo preocupante es cuando se convierte en la emoción predominante o única. El bloqueo en cualquier emoción es indicador de desequilibrio y de desconexión interior, pero en el caso de la tristeza es especialmente preocupante.
- **La incapacidad de experimentar satisfacción (anhedonia).** Contrario a la creencia general, lo que caracteriza a la depresión no es la tristeza que, como hemos visto, es una emoción esperable en la vida diaria, y que es comprensible en los duelos como forma de procesar las pérdidas. Lo más relevante es la dificultad para experimentar emociones placenteras, con un estado de ánimo bajo, y sin fuerzas para iniciar actividades satisfactorias. Si al niño, niña o adolescente no

solo no le interesa nada del colegio ni de sus iguales, sino que esa falta de interés se manifiesta en el resto de facetas de su vida, hace falta una valoración clínica urgente.

- **La rabia subyacente y la agresividad.** La depresión en la infancia no encaja necesariamente con la imagen del niño, niña o adolescente llorando sin energía en un rincón, sino que puede aparecer también a través de rabias descontroladas e incluso en estallidos de ira y agresiones, y esos comportamientos no invalidan la necesidad que tiene de consuelo y apoyo. Los duelos sin procesar llevan a la frustración, a un enfado con la vida (“¿Por qué me ha pasado esto a mí?”), con otras personas (“No siento que le importe a nadie, así que escojo que no me importen a mí”) e incluso en su propio interior (“Será que tengo un defecto general, y por eso no puedo estar bien. Ojalá fuera yo diferente, no me gusto así”). También la rabia ayuda a conectar con algo de energía, aunque la forma de expresarla pueda dañar las relaciones y las perspectivas de mejora. En cualquier caso, el bloqueo en la rabia permanente también indica un malestar serio que hay que evaluar en profundidad.
- **La pérdida de relaciones y el aislamiento en general.** Aunque analizaremos esto más en detalle en el capítulo 8, la soledad, aparte de una dimensión de falta de habilidades sociales o de actividades que faciliten la relación, puede aparecer también debida a un componente depresivo. Por eso el aislamiento, incluso cuando hay intentos de relación tanto por parte de figuras adultas como de iguales, es un indicador grave de salud mental en riesgo.

Narrativa

La frase más frecuente en esta situación, “No me apetece”, a veces revela su carácter real en formulaciones del tipo “¿Para qué hacer esto? Nada tiene sentido”. En muchos casos aparece una narrativa que indica que, a pesar de lo intentado, el niño, niña o adolescente ha interpretado que nada va a proporcionar unos resultados satisfactorios, lo que se llama a nivel técnico “indefensión aprendida”.

Es crucial recordar que la depresión (y los procesos previos) no son lógicos, sino emocionales. Por eso, intentar argumentar desde la razón (“*No es tan grave*”, “*Hay alternativas*”...) suele causar un malestar mayor, primero, porque aumenta en el niño, niña o adolescente la sensación de soledad y de incompreensión por parte de las figuras adultas (“*Claro, como no te pasa a ti, no sabes lo que estoy sufriendo*”), y, segundo, porque puede consolidar esas mismas creencias negativas (“*¿Cómo que no es importante? Pues me voy a fijar mucho más en todo lo que falla en mi vida, para poder argumentarte mejor la próxima vez*”). La clave, como veremos a continuación, está en la activación a través de las vivencias de cercanía, calidez y propósito.

Acompañamiento

La totalidad de niños, niñas y adolescentes pasan por estados de ánimo bajo, y las acciones que sirven para esos momentos pueden ayudar también en las situaciones más graves (además de la intervención especializada que sea necesaria), de modo que es conveniente incluirlas en las actividades habituales:

- **Activación emocional a través de conexiones con otras personas.** La tristeza, con su foco en el mundo interior del niño, niña o adolescente, puede conducir a cierto aislamiento. La salida, por tanto, incluye relaciones significativas con otras personas, tanto figuras adultas como iguales. Por eso son tan importantes las actividades de tutoría, la formación de estudiantes en mediación entre pares y otras actividades lúdicas como salidas y excursiones para fomentar la creación y el mantenimiento de esas conexiones entre iguales. En paralelo, es necesario también que las figuras adultas ofrezcan una escucha cálida y segura que ayude a los niños, niñas y adolescentes a salir de su bloqueo interior y a recibir el apoyo externo que sea necesario. Por eso, las tutorías individuales y otros espacios de escucha similares, sin ser psicoterapia (que puede ser necesaria en ciertos casos), son fundamentales para que los niños, niñas y adolescentes sientan que se les ve y que le importan a alguien, que es el primer paso para contrarrestar las narrativas internas de falta de sentido.
- **Activación física a través del movimiento.** El sedentarismo no solo tiene efectos negativos en la salud física (sobrepeso y obesidad, problemas cardiovasculares, diabetes...), sino que afecta también al bienestar psicológico. La actividad física adecuada a la edad y a las características personales (no extenuante) es un factor de protección frente a los problemas de salud mental, en especial a los relacionados con trastornos del estado

de ánimo. Por eso es imprescindible que los niños, niñas y adolescentes realicen actividades físicas a diario, con un tono positivo dentro del esfuerzo. La variedad es amplia, desde formas más estructuradas, como los deportes o la danza, hasta actividades más libres, como los juegos en el patio, los ejercicios con música y baile no dirigido o el teatro. La clave es que la actividad física se experimente como un espacio constructivo, y que no sea un nuevo lugar de crítica, comparaciones y desánimo. Además, cuando sus figuras de referencia participan también en esas actividades, aumenta la confianza hacia ellas (pensemos en el interés que despiertan los partidos entre docentes y estudiantes, o el clima que se genera en el grupo cuando su tutora y el profesor de inglés bailan en pareja en una actividad grupal).

- **Elaboración de duelos pendientes.** La función de la tristeza es apuntar a un procesamiento emocional de una pérdida que todavía no se ha completado. Cuando los niños, niñas y adolescentes son conscientes de que abordar esos duelos puede servirles, aunque sea duro, pueden empezar a salir del estado de ánimo bajo. Y también les ayuda ponerle palabras y darse cuenta de que, en algunos casos, necesitarán acompañamiento profesional, que deberán asumir las figuras parentales con las orientaciones del colegio.
- **Trascendencia para encontrar sentido.** Como hemos visto, esta problemática cristaliza en una narrativa de *“Nada tiene sentido”*. Por eso, las actividades que promueven la trascendencia ayudan a salir de ella. Entendemos “trascendencia” como **todo aquello que hace salir del interior, “ir más allá”**. Y eso puede producirse a través de las relaciones interpersonales, mencionado anteriormente, pero también a través de otros proyectos que vinculan al niño, niña o adolescente con algo mayor, como puede ser el arte, la naturaleza (en especial creando relaciones con animales, plantas y espacios naturales en concreto), el cambio social o la espiritualidad. A veces es más fácil recuperar el interés por algo en lo que puede aportar (con sus dibujos o canciones, cuidando de animales en un refugio, movilizándose para abordar situaciones como las suyas, y encontrando una dimensión más profunda a la realidad) que en las relaciones del día a día, donde ya hay bloqueos.

La situación llevada al extremo

La tristeza sostenida en el tiempo y en soledad puede conducir con mucha facilidad a **episodios depresivos**, que son mucho más frecuentes de lo

detectado. Así, Fonseca-Pedrero et al. (2023, pp. 7-8) detectan una prevalencia seria en el estudio PSICE en España, recogiendo que “*el 16% de los adolescentes manifestó una sintomatología depresiva moderada-grave y grave durante las últimas dos semanas. Si contextualizamos estos resultados en una clase de 25 alumnos, se podría estimar que aproximadamente 4 estudiantes tendrían una sintomatología depresiva grave*”, y reflejan que, en los procesos más graves, la depresión puede conducir a la ideación suicida (ver el capítulo siguiente).

Pero incluso una sintomatología más leve puede tener consecuencias serias, ya que, una vez que el niño, niña o adolescente pierde la motivación, ya sea por las tareas académicas como por el ocio o por las relaciones, puede entrar en un bucle de retroalimentación que le haga perder el bienestar y que dificulte retomar un ritmo saludable en todos esos aspectos.

Para profundizar

Fonseca-Pedrero, E., Calvo, P., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., y Al-Halabí, S. (2023). *La salud mental de los adolescentes en contextos educativos: reflexiones derivadas del estudio PSICE*. Consejo General de la Psicología de España. <https://www.infocop.es/wp-content/uploads/2023/06/ESTUDIO-PSICE.pdf> Un análisis de la prevalencia de la depresión y la ideación suicida amplio y actual, con unos datos claros y preocupantes en un lenguaje asequible y con una visión también de la ansiedad.

Voltas, N., y Canals, J. (2019). La depresión en la adolescencia: ¿Un problema enmascarado? *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 25-43. https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/2_la_depresion_en_la_adolescencia_un_problema_enmascarado.pdf Una presentación técnica de los problemas de salud mental relacionados con la depresión, sus tipos y los enfoques terapéuticos actuales.

Baja autoestima

El término “**autoestima**” se suele utilizar para nombrar el **conjunto de creencias y valoraciones que tiene una persona respecto a sí misma, sus capacidades y su valía individual**. En principio, una autoestima baja tiende a apuntar hacia un estado de salud mental inadecuado, pero, dependiendo de cómo se analice, lo contrario no siempre es cierto (puede haber una autoestima

aparentemente muy alta con problemas psicológicos serios, como analizamos más adelante). Aunque la baja autoestima es más un indicador de otros temas de salud mental que una categoría clínica en sí misma, la frecuencia con la que se ha identificado como problemática de salud mental tanto en el análisis previo (ver el Anexo) como durante la formación presencial, así como el amplio uso en entornos educativos y sociales, justifica la asignación de este apartado a la temática.

La autoestima se suele referir, pues, en general como la capacidad de la persona de valorarse de manera positiva, e incluye componentes como el autoconcepto (cómo se entiende a sí misma), autovaloración (cómo se valora), autoaceptación (en qué grado se acepta como es, o si rechaza algún aspecto suyo) y varios otros según los modelos. Durante mucho tiempo se ha considerado la autoestima alta como un predictor de buena salud mental, ya que es claro que una persona que no se aprecia a sí misma siente mayores niveles de malestar psicológico e inseguridad personal, puede tener relaciones menos satisfactorias (basadas, por ejemplo, en la sumisión o en el control) y puede encontrarse con más dificultades para sentirse integrada dentro de su vida y del mundo. Sin embargo, durante las últimas décadas se han cuestionado ciertos aspectos de la autoestima, especialmente cuando “quererse a uno mismo” conduce a despreciar a otras personas, llegando al narcisismo clínico (la persona se centra en sí misma, negando el valor de otras, a las que utiliza como medios para alcanzar sus propios fines). Desde una perspectiva

clínica, esa autoestima aparentemente excesiva se puede entender como una compensación de una autoestima que en realidad es baja, y que la persona no es capaz de asumir, optando por una negación de su vivencia profunda.

AUNQUE NO TODAS LAS SITUACIONES DE ALTA AUTOESTIMA INDICAN BUENA SALUD MENTAL, LA BAJA AUTOESTIMA TIENDE A APUNTA A UNA MALA SALUD MENTAL

Una alternativa al concepto de autoestima que ha ido ganando relevancia es la autocompasión, tanto en intervención clínica (Gilbert, 2015; Gilbert y Simos, 2022; Neff, 2003; Neff, 2011; Araya y Moncada, 2016) como en la difusión para público general (Gilbert, 2018;

Neff, 2016). Lo relevante de estos modelos es que la autocompasión, entendida como la **capacidad de la persona de tener una mirada benevolente y comprensiva hacia sí misma, aceptando sus errores y carencias como prueba de sus limitaciones como ser humano**, tiene un fuerte componente relacional, reduciendo los juicios hacia uno mismo y hacia otras personas y fomentando la sensación de pertenencia a una especie, la humana, con dificultades comunes.

La autoestima y la autocompasión se configuran desde la infancia, incorporando los mensajes de las personas del entorno, ya sean valoraciones positivas, o bien miradas críticas y comparaciones, o bien una mezcla. Esos mensajes pueden provenir de los referentes afectivos (familias y otras figuras de cuidado), de profesionales de la educación y de otros ámbitos, de sus iguales y también de espacios más sociales (discriminación, redes sociales, modelos en los medios de comunicación...). Y en las situaciones educativas los niños, niñas y adolescentes pueden aprender formas dañinas de valorarse, especialmente cuando se centran en la comparación de los resultados académicos, deportivos y sociales, independientemente de sus logros. De hecho, los buenos resultados obtenidos se pueden vivir como una amenaza para la autoestima, desencadenando la ansiedad de volver a replicarlos e interpretando que, sin esos éxitos, no tendrán ningún valor como persona.

LA AUTOCOMPASIÓN,
ENTENDIDA COMO
LA CAPACIDAD DE LA
PERSONA DE TENER UNA
MIRADA BENEVOLENTE Y
COMPENSATIVA HACIA SÍ
MISMA, ACEPTANDO SUS
ERRORES Y CARENCIAS,
PARECE QUE PREDICE
MEJOR UNA BUENA SALUD
MENTAL

Conexiones

Los problemas relacionados con la autoestima y con la compasión se identifican claramente como dificultades en la **conexión interior**, ya que el niño, niña o adolescente no logra establecer una relación positiva con sus distintos aspectos (en especial con sus limitaciones, reales o imaginadas). Sin embargo, tienen su origen en la **conexión con otras personas** (en especial las figuras adultas que transmiten una mirada crítica o excesivamente exigente) y repercuten también en la conexión con el resto de personas. Así, desde la falta de confianza en su valor, el niño, niña o adolescente puede entrar en relaciones poco saludables con sus iguales, aceptando un trato inapropiado y generando interacciones de control. Además, la falta de seguridad puede tener repercusiones en la integración social, al mostrar una imagen de distancia o de poco interés por posibles amistades. La sensación de falta de valía conduce a menudo a una falta de **conexión con la vida, el mundo y la trascendencia**, ya que el niño, niña o adolescente no le encuentra sentido a una existencia en la que siente que no tiene ningún valor.

Indicadores

- **Expresiones de minusvaloración.** Suele ser el indicador más detectado, cuando se escucha que el niño, niña o adolescente manifiesta sus bajas expectativas o su desprecio hacia su propia persona y capacidades. Pero también se puede detectar en actividades escritas, especialmente cuando suponen alguna forma de reflexión que incluye sus opiniones y sus proyecciones de futuro.
- **Evitación de situaciones de posible crecimiento.** El desarrollo solo es posible asumiendo riesgos apropiados, con aprendizajes positivos incluso aunque la experiencia en sí sea desagradable (por ejemplo, si una niña se apunta a una actividad y descubre que no le gusta, se dan a la vez la sensación de rechazo hacia la actividad, pero también el descubrimiento de una faceta más de su personalidad e incluso cierta satisfacción por haber sido coherente consigo misma). La baja autoestima, sin embargo, hace que el niño, niña o adolescente no se vea capaz de asumir ningún riesgo, su zona de confort es demasiado reducida como para atreverse a conocer a otra persona o a apuntarse a una extraescolar, e incluso para realizar tareas escolares como un trabajo en grupo o una presentación en clase. La falta de activación apunta a una confianza baja.
- **Aislamiento.** Como consecuencia de los indicadores previos, es frecuente que la baja autoestima esté relacionada con el aislamiento, retroalimentándose mutuamente. Así, un niño que se ha incorporado a mitad de curso tendrá más dificultades para integrarse en los grupos de su clase, y eso puede causar baja autoestima (*“Como no consigo que me acepten, será que no valgo”*), lo cual hará que no se atreva a proponer juegos en el patio ni unirse a algún equipo, y el ciclo continúa.
- **Falta de compasión.** Una buena integración emocional requiere un nivel adecuado de compasión, tanto de la persona hacia sí misma como hacia otras, como hemos visto hablando de la autocompasión. Cuando los niños, niñas y adolescentes pierden la capacidad de empatía (como se mencionó en algunos grupos en el Anexo) y muestran signos de indiferencia o incluso de crueldad hacia otras personas, animales o cosas (es necesario prestar atención hacia el maltrato hacia muñecos y mascotas como indicador de mucho daño), la autoestima no está en un punto adecuado.

Narrativa

La baja autoestima y la falta de autocompasión suelen aparecer con una narrativa en la línea de *“No soy una persona valiosa, no valgo”*, normalmente con una valoración global o muy poco matizada y con mensajes muy duros respecto a las capacidades o cualidades propias.

“NO SOY UNA PERSONA VALIOSA, NO VALGO”

“SOLO VALGO SI LOGRO X”

Pueden presentarse también narrativas condicionales, pero, a diferencia del caso de la ansiedad, en el que los mensajes tienen una función interior de intentar alcanzar una situación de seguridad, como *“Solo valgo si logro X”* (y existe la creencia de que se puede alcanzar, de una forma más o menos basada en la realidad), en las situaciones de baja autoestima las narrativas condicionales son una condena, ya que apuntan a objetivos que el niño, niña o adolescente considera inalcanzables, tanto con motivos (como en *“Solo valdría si yo no fuese de tan corta estatura/de una complexión tan robusta/si tuviese una apariencia física distinta/si no sintiese tanta timidez...”*, con elementos básicos a nivel físico y psicológico que no se pueden cambiar) como sin ellos (como en *“Solo valdría si aprobase el curso/si se me diese bien esta actividad”*, que entra dentro de sus capacidades, pero que se ve incapaz de alcanzar, aunque necesite ayuda para conseguirlo). A menudo las narrativas son mucho más duras y absolutas, como *“No valgo nada”*, *“Soy horrible”*, *“Nunca conseguiré nada”* o *“Nadie me querrá nunca”*.

Acompañamiento

El trabajo para fomentar una autoestima equilibrada, con una autocompasión adecuada, debería ser una tarea sistemática en todas las etapas educativas, antes de que aparezcan problemas. En cualquier caso (también cuando se detectan problemas de autoestima), las principales acciones son las siguientes:

- **Poner en valor a la persona desde la humanidad común y la compasión.** Como en las pautas para manejar la ansiedad y el estrés, es fundamental que cada niño, niña o adolescente sienta que tiene valor por ser quien es, independientemente de sus resultados académicos o de su éxito social, deportivo o artístico. El mensaje básico debe ir en la línea de reforzar que toda persona es valiosa de manera global, aunque su desempeño sea mejor o peor en ciertos ámbitos. Y para eso lo mejor es desarrollar la empatía hacia otras personas e incluso otros seres (la naturaleza, los animales, las

plantas...), saliendo de lo interior hacia alguien o algo externo. De hecho, a veces los niños, niñas y adolescentes con problemas de autoestima tienen menos dificultades en cuidar de una mascota o de ciertas plantas que en tratarse mejor, pero pueden desarrollar las habilidades de autocuidado y de autocompasión haciéndose cargo, aunque sea temporal, de otras criaturas bajo supervisión adulta.

- **Activación emocional.** La baja autoestima tiende a causar aislamiento, de modo que estimular las conexiones con otras personas puede ayudar a contrarrestar sus efectos. Por un lado, sencillamente la escucha de las figuras adultas transmite un mensaje de valor (como recoge el dicho habitual en pautas de crianza, con palabras distintas según las versiones, “*Te quiero’ en lenguaje infantil se traduce en ‘Paso tiempo contigo prestándote atención’*”). Además, todas las actividades que se puedan impulsar desde el centro educativo, desde las tutorías, pero también con trabajos en clase que favorezcan la participación de todos los niños, niñas y adolescentes y el conocimiento mutuo, pueden ayudar a la creación y el desarrollo de conexiones saludables. La pertenencia mejora la autoestima. Por eso, es fundamental realizar este tipo de acciones cuando hay estudiantes que, por su historia personal o características (discapacidad, timidez, origen social diferente del resto del grupo, haberse incorporado recientemente, por contar con medidas de protección...) pueden sentir (y tener) más dificultades para encajar inicialmente con sus iguales.
- **Foco en tareas con éxito.** Si la autoestima es baja por una sensación de fracaso continuo, lograr el éxito al menos en algunas actividades concretas puede ayudar a flexibilizar las creencias. Por eso, es importante plantear acciones que, al menos una vez al día en cada alumno o alumna, produzcan la satisfacción de completarlas adecuadamente. Y esto no implica lasitud ni relajar todos los estándares académicos, sino que pone el foco en que cada estudiante pueda hacer bien una cosa diariamente (y será distinta para cada niño, niña o adolescente, para uno será entregar una actividad, para otra será responder a una pregunta en clase, para un tercero será ser capitán en un juego en el patio, y así con todo el grupo). Es importante tener en cuenta que estas actividades, a pesar del logro objetivo, no siempre tienen el efecto deseado, y pueden aparecer mensajes destructivos cuando las creencias personales son muy negativas (“*Sí, he resuelto bien el problema, pero sigo sin valer nada. Es más, solo valgo porque hago bien algún ejercicio de vez en cuando*”). En cualquier caso, al fomentar estas acciones se pueden detectar mejor estas carencias (y derivarlas a atención especializada).

- **Revisar las narrativas.** Una vez que las narrativas están consolidadas es difícil transformarlas, y a menudo requieren una intervención psicoterapéutica. Sin embargo, el trabajo regular de las narrativas, promoviendo mensajes inclusivos y compasivos, ayuda a un desarrollo emocional más positivo mientras hay flexibilidad al respecto. En este sentido, es importante no encasillar a los niños, niñas y adolescentes, ni en lo positivo (“*El alumno brillante*”, “*La alumna siempre amable*”) ni en lo negativo (“*El repetidor*”, “*La rebelde*”), permitiéndoles manifestar su complejidad interna (y corrigiendo las acciones pertinentes, sin cuestionar el valor intrínseco de cada persona).

La situación llevada al extremo

La autoestima baja no es una categoría clínica en sí, pero cuando es extrema apunta a casi siempre a problemas serios de **depresión** y a menudo también a temas de **ansiedad**. En cualquier caso, es importante valorar regularmente los niveles de autoestima del alumnado en general, ya que los problemas en este ámbito afectan tanto al desempeño académico como a todo el desarrollo social y relacional.

Para profundizar

Araya, C., y Moncada, L. (2016). Auto-compasión: Origen, concepto y evidencias preliminares. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 67-78. https://www.researchgate.net/publication/299656241_Auto-Compasion_Origen_concepto_y_evidencias_preliminares Una introducción al concepto de autocompasión y de las principales referencias al respecto.

Dificultades con la gestión de las emociones

De entre todos los animales, el ser humano es al nacer, en muchos sentidos, el que tiene el sistema nervioso con mayor cantidad de hitos evolutivos pendientes. En los primeros meses y años de vida se va configurando, dependiendo de una multitud de factores biológicos, psicológicos y relacionales, pero la estabilidad solo se alcanza (si va todo suficientemente bien) en la edad adulta, y aun así no todo el tiempo (honestamente, ¿quién no ha gestionado mal alguna emoción en las últimas semanas?). Por tanto, el hecho de que los niños, niñas y adolescentes

tengan dificultades con la gestión de las emociones puede ir desde la completa normalidad de un desarrollo sano (a pesar de que resulte una experiencia incómoda para todas las partes implicadas) hasta problemas serios de salud mental. Y en esa variabilidad reside la complejidad de identificar si las experiencias emocionales de un niño, niña o adolescente en concreto son normales, levemente inapropiadas o realmente preocupantes.

LAS DIFICULTADES EN LA GESTIÓN DE LAS EMOCIONES SON ESPERABLES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA, Y PUEDEN IR DESDE UN DESARROLLO SANO (AUNQUE INCÓMODO EN EL MOMENTO) HASTA PROBLEMAS SERIOS DE SALUD MENTAL

Es necesario valorar si la gestión que tienen los niños, niñas y adolescentes de sus emociones es apropiada o no para su edad y qué capacidades de gestión emocional son esperables a nivel evolutivo, llamados también “hitos del desarrollo”. Sin entrar en muchos más detalles, ya que no es el objetivo de este manual, en general los equipos educativos entienden que un mismo hecho (por ejemplo, llorar de frustración al no ser capaz de completar una tarea de clase) puede ser esperable a los cuatro años, sorprendente a los diez y preocupante a los dieciséis. Y, aunque esta temática se suele identificar de manera aislada en un primer momento, como un problema específico (“*Lo que le pasa a esta niña es que no sabe gestionar sus emociones*”, “*El problema de este niño es que se enfada sin motivo*”), es importante recordar que **la mayoría de dificultades serias con la gestión de las emociones tiene que ver con otras problemáticas de salud mental**, desde la ansiedad y la depresión hasta el trauma y otros trastornos graves, y pueden tener origen en temas relacionales (especialmente en situaciones de violencia) y en temas sociales, culturales y estructurales.

Conexiones

Las **emociones** son experiencias que se analizan mejor desde una **perspectiva biopsicosocial**. Tienen una **dimensión fisiológica** innegable, con orígenes y consecuencias detectables en el sistema nervioso y en el resto del cuerpo. Al mismo tiempo, dependen de la interpretación de las situaciones que hacemos las personas, tanto desde la cognición como desde aspectos menos conscientes, con una clara **dimensión psicológica**. Y su expresión y manejo depende de la **dimensión social**, desde los comportamientos aceptables e inaceptables dentro de una familia o una clase hasta las pautas culturales esperadas. Esto hace que aprender a manejarlas sea un proceso lento, difícil

y lleno de errores. Si en la edad adulta a veces nos cuesta saber qué sentimos y cómo gestionarlo (y si tenemos dudas, podemos preguntar a nuestros seres queridos, que rápidamente nos indicarán ejemplos de nuestras limitaciones), es lógico que el proceso pueda ser mucho más complicado en la infancia o adolescencia. Con un sistema nervioso en desarrollo (y en cambio continuo), y con toda una serie de pautas sociales y culturales por aprender, los niños, niñas y adolescentes pueden expresar sus emociones de maneras que generen malestar y conflicto, perjudicando su propio bienestar y el de otras personas. La **conexión interna** no es sencilla, y se va adquiriendo de manera gradual.

Y la manera de ir desarrollando el manejo de las emociones depende de la **conexión con otras personas**, especialmente con las figuras parentales y familiares y con los equipos educativos en cualquier ámbito. Son estos referentes afectivos quienes, desde la conexión y el cuidado, ayudan a que el niño, niña o adolescente entienda 1) **qué está sintiendo**, 2) **qué sentido tiene en su interior** y 3) **cómo manejarlo** (como, por ejemplo, en “1) *Parece que estás muy enfadado* 2) *con lo que te ha pasado con tu amigo*, 3) *¿te parece sentarte aquí conmigo y contarme un poco más para ver qué podemos hacer?*”; o en “1) *Te veo desanimada*, 2) *¿es por el examen que tenías hoy?*, 3) *a veces las cosas no salen como esperamos y tenemos que buscar otras opciones*”; o en “1) *Te veo con mucha ilusión* 2) *por la fiesta de mañana, y si sigues 1) con este nivel de nervios creo que* 2) *no tendrás fuerza para disfrutarla*, 3) *¿cómo podrías hacer para bajar el ritmo y guardar energías para mañana?*”). También los iguales pueden ser apoyos en la gestión de emociones, a veces con enfoques más positivos (“*Descansa, que estás que saltas por nada*”, “*Anímate, vente a estudiar conmigo esta tarde*”) y otras con ideas menos recomendables (“*Yo cuando tengo un examen me tomo cafés y así me paso la noche estudiando, ¿por qué no lo pruebas?*”, “*Pues a mí esa persona también me enfada mucho, a ver cómo se la devolvemos*”).

También es importante tener en cuenta que la **conexión con la vida, el mundo y la trascendencia** tiene un impacto importante en la gestión de las emociones. Por ejemplo, la naturaleza y el arte a menudo nos ayudan a regularnos mejor, e incluso a comprender lo que sentimos y a identificar los siguientes pasos. Y cuando suceden tragedias que revelan nuestra vulnerabilidad como seres humanos, tanto ante catástrofes (incendios, inundaciones, accidentes) como ante situaciones sociales devastadoras (conflictos sociales, guerras...), la gestión de las emociones puede ser mucho más complicada.

Para concluir este apartado es fundamental recordar que **la gestión de las emociones no debe consistir en reprimirlas**, especialmente aquellas que

son más desagradables. La conexión interior consiste en **reconocerlas y en encauzarlas de manera constructiva**. Se trata de que el niño, niña o adolescente sea capaz de establecer una relación apropiada con sus reacciones emocionales y de expresarlas de manera apropiada.

Indicadores

Comprendiendo que la dificultad con la gestión de las emociones no es una categoría diagnóstica, sino una situación que se puede manifestar de formas muy distintas en niños, niñas y adolescentes que están sufriendo temáticas de salud mental muy variadas, nos limitaremos a abordar cuatro indicadores básicos:

- **Desconocimiento interno.** El niño, niña o adolescente no es capaz de identificar lo que siente, cómo se relaciona eso con su funcionamiento en la vida diaria ni cómo gestionarlo. La falta de expresiones variadas respecto a su mundo interior puede apuntar hacia esta situación (por ejemplo, que la respuesta a “¿Cómo estás hoy?” no salga de “Bien”/“Mal”, sin más matices en ningún contexto). En la adolescencia puede aparecer cierta reserva a compartir las vivencias con las figuras adultas, lo problemático es cuando no hay más vocabulario en ningún otro espacio, ni siquiera entre iguales.
- **Desregulación emocional.** La pérdida de control respecto a las emociones propias es más preocupante cuanto mayor sea la edad del niño, niña o adolescente. Se suelen identificar (como aparece en el Anexo) tres vivencias en especial. Por un lado está la **frustración**, normalmente dirigida hacia las tareas escolares, por la dificultad percibida por el niño, niña o adolescente o por no obtener los resultados esperados, con cierta presión por la inmediatez. Por otro, aparece también la **rabia**, con comportamientos inadecuados que dañan las relaciones e incluso la convivencia en el aula. Y la tercera es el **aburrimiento**, que puede ir desde una emoción saludable que invita a la creatividad y a la acción (pero que el mundo digital no permite, con su estimulación constante) hasta un indicador de falta de motivación e incluso de depresión. A todo esto se puede añadir además la presencia de “**metaemociones**”, **emociones que surgen respecto a otras emociones**, y que a veces alteran más que la emoción original. Por ejemplo, el “miedo al miedo”, cuando un niño, niña o adolescente nota que tiene miedo a una situación, puede asustarse más de su propia reacción, de modo

que, aunque cambie la situación, el “miedo al miedo” sigue activado y causando desajuste. De manera similar, la “rabia por sentir rabia” (“*Me enfada mucho que esto me moleste, sé que es una tontería, ¿no tendría que ser así, yo tendría que estar de buen humor!*”) añade una emoción de segundo nivel que es más difícil de canalizar que la primera.

- **Comportamientos disruptivos.** Una consecuencia de la falta de regulación emocional es que el niño, niña o adolescente puede reaccionar o actuar de formas inapropiadas, que perjudiquen su bienestar, el de otras personas y el clima en el aula y en el colegio. Es importante recordar que los comportamientos disruptivos, con lo perniciosos que pueden resultar, no son más que el indicador de que algo está dañado a nivel emocional, de modo que, mientras no se aborde ese daño, las probabilidades de cambiar el comportamiento son bajas (aunque hay que poner medios para que no vuelva a producirse).
- **Dependencia emocional.** Una consecuencia de la falta de conocimiento de las emociones propias es vincularse con otras personas de manera poco sana, dependiendo de ellas para la gestión de las emociones. Esto ocurre en la sobreprotección, cuando el niño, niña o adolescente es incapaz de realizar actividades apropiadas a su edad por una dependencia de las figuras adultas. Pero también sucede cuando el niño, niña o adolescente, con tal de agradar y lograr pertenecer a algún grupo, actúa en contra de sus deseos, emociones e intereses (desafortunadamente, sus iguales lo detectan rápidamente y puede sufrir rechazo o incluso abuso de su confianza por parte de pares).

Narrativa

En las dificultades con la gestión de las emociones el desconocimiento interior puede ser tan grande que ni siquiera exista una narrativa explícita al respecto, y en muchos casos es la mirada adulta la que nombra la vivencia. El nivel más básico es “*No sé lo que me pasa*” (“*No sabe lo que le pasa*”, formulado desde la mirada adulta), no poder nombrar la experiencia emocional en sí misma (lo que genera, además, angustia). En este sentido, el trabajo con las emociones principales es imprescindible para proporcionar un vocabulario y un marco desde el cual poder expresarse.

Y en un nivel más práctico la narrativa es “*Sé más o menos lo que siento, pero no sé qué hacer con ello*”, que indica un nivel de consciencia más protector. La sensación de no comprenderse puede ser muy desconcertante, por eso la presencia adulta puede ayudar simplemente poniendo en palabras su interpretación de lo que el niño, niña o adolescente está viviendo. Porque, mientras tenga la sensación de que las emociones le desbordan, el niño, niña o adolescente no podrá dar demasiados pasos para recuperar el equilibrio en todos los ámbitos.

“NO SÉ LO QUE ME PASA”

“SÉ MÁS O MENOS LO QUE SIENTO, PERO NO SÉ QUÉ HACER CON ELLO”

Acompañamiento

Partiendo de que todos los niños, niñas y adolescentes, por tener sistemas nerviosos en desarrollo, tienen dificultades con el manejo de al menos alguna emoción (como, si lo reconocemos con honestidad, también nos sucede a las personas adultas), lo más adecuado es plantear actividades para todo el alumnado, apropiadas para cada grupo de edad. Algunas acciones serían las siguientes:

- **Trabajar la Afectividad Consciente entre las figuras adultas.** Como hemos analizado en el **Capítulo 3. Las condiciones que permiten abordar la salud mental: los Entornos Seguros y Protectores y la Afectividad Consciente**, la Afectividad Consciente es una competencia que deben desarrollar tanto a nivel individual cada profesional como a nivel organizacional todas las entidades que trabajan con infancia y adolescencia. Sus cinco elementos (la afectividad expresa, la construcción de vínculos afectivos sanos, la planificación y el desarrollo de los procesos con consciencia, la mirada consciente y respetuosa, y el abordaje positivo de los conflictos) sirven para estructurar todas las dimensiones afectivas de los equipos profesionales, que sirven de modelos emocionales suficientemente integrados, y para proporcionar seguridad a los niños, niñas y adolescentes (Horno, 2018b). Gran parte de las emociones difíciles surgen en los momentos de cambio de procesos (de una actividad a otra, del patio a la clase...), de modo que será especialmente importante cuidar los comienzos y los cierres.
- **Abordar el trabajo emocional en el aula y en otros espacios educativos.** Igual que se desarrollan competencias prácticas para la vida como leer, escribir, entender el mundo y hablar distintos idiomas, en los centros

educativos se pueden trabajar las emociones tanto a través de actividades explícitas como mediante las experiencias del día a día. Existen multitud de programas, que van desde la inteligencia emocional hasta ejercicios para tutorías y actividades sobre valores y espiritualidad.

- **Mentalización.** El concepto de la mentalización ha sido desarrollado en el ámbito de la psicoterapia general por Peter Fonagy y colaboradores (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002; Bateman y Fonagy, 2016) y se ha aplicado también a la intervención psicoterapéutica con niños, niñas y adolescentes y sus familias (Midgley, Ensink, Lindqvist, Malberg y Muller, 2020). Definida como “la capacidad de comprender las acciones tanto de los demás como de uno mismo en términos de nuestros pensamientos, sentimientos, deseos y anhelos” (Bateman y Fonagy, 2016, 28), la mentalización puede resultar muy valiosa para los niños, niñas y adolescentes cuando sus referentes afectivos la emplean para ayudarles a comprender sus propias emociones (por ejemplo, *“Veo que estás respirando fuerte y apretando los puños, así que creo que te estás enfadando, y que tal vez necesitarías contarme qué te está pasando, ¿es así?”*, o *“Has leído el ejercicio y has soltado el lápiz y el papel con cara de desánimo, ¿necesitas que te explique algo, o solo respirar hondo y leerlo un par de veces más?”*).
- **Trabajar el paso de la heterorregulación a la autorregulación.** En línea con la mentalización, pero con una explicación más simbólica, las personas adultas podemos hacerles un “préstamo de córtex prefrontal” (la parte del cerebro que asume las funciones cognitivas superiores, incluido el control de impulsos) a los niños, niñas y adolescentes, ayudándoles a que alcancen la regulación con nuestra ayuda (heterorregulación). Cuando este proceso se repite en el tiempo, en una relación de confianza que consigue un mayor bienestar y con claves de cómo funciona el proceso (*“¿Ves?, al principio te irritabas cuando un ejercicio no te salía bien, y ahora eres capaz de notar que te estás enfadando, respiras hondo, vuelves a mirarlo y puedes identificar qué es lo que no entiendes y pedir ayuda; has avanzado mucho”*), los niños, niñas y adolescentes van incorporando actitudes y prácticas que aumentan su autorregulación.

La situación llevada al extremo

Gestionar las emociones propias es un proceso que dura toda la vida, y hay ciertas habilidades que tardan años en desarrollarse. Sin embargo, hay tres grupos de situaciones extremas de manejo inadecuado de las emociones que,

por sus graves consecuencias, requieren una intervención especializada. En primer lugar está la **impulsividad** (relacionada con el punto siguiente sobre las dificultades de la atención), que puede tener consecuencias relacionales en el niño, niña o adolescente (pérdidas de amistades) e incluso sociales (aislamiento, que se le evite por su imprevisibilidad). El desarrollo de la autorregulación y de las habilidades sociales es imprescindible para lograr una buena integración en su grupo de iguales. En segundo lugar, **a veces se desdibujan los límites entre los problemas con las emociones y los trastornos de conducta**, y en esos extremos es necesario un diagnóstico y un abordaje por parte de especialistas. Y, en tercer lugar, como veremos en el **Capítulo 7. Problemas de salud mental (III): el trauma**, una de las consecuencias del **trauma** es precisamente el desbordamiento emocional, incluso sin motivo identificable. En ese caso no bastará con educación psicoemocional, sino que será necesaria también una intervención especializada en trauma.

Una reflexión final importante es que las dificultades en el **manejo de las emociones pueden ir más allá de quienes las sufren**, afectando seriamente a otros niños, niñas y adolescentes, tanto a nivel individual (ante los estallidos de rabia dirigidos a personas concretas) como a nivel grupal y de todo el centro educativo (ante la imprevisibilidad de situaciones de riesgo real). Por eso se debe insistir en el abordaje de las situaciones cuanto antes, con el objetivo de llegar a las causas de los desbordamientos emocionales y ponerles remedio efectivo, que puede incluir marcar límites para la seguridad de toda la comunidad educativa, pero que no puede quedarse en ningún caso en medidas punitivas.

Para profundizar

Save the Children El Salvador. (2020). *Fortalezcamos nuestras competencias socioemocionales: Una guía para los docentes bajo el marco de CASEL*. Save the Children El Salvador. https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/guia_socioemocional_docentes_alta_calidad_paginas_04122020-1.pdf/ (cuadernillos de trabajo: <https://resourcecentre.savethechildren.net/es/document/social-emotional-learning-distance-learning-activity-pack/>) Un ejemplo de trabajo de las emociones en el ámbito educativo para distintas edades, con un marco teórico y técnico protector.

Dificultades con la atención

La capacidad del sistema nervioso para prestar atención a distintos elementos depende de muchos factores. Algunos de esos factores son generales y nos afectan a todas las personas: a nivel físico, cuando hemos dormido mal o tenemos hambre nos cuesta más concentrarnos; a nivel emocional, después de una pérdida significativa la mente divaga más; o después de toda una jornada laboral de trabajo intenso nos resulta difícil mantener la atención. Y hay factores específicos que tienen que ver con el propio estado evolutivo de los niños, niñas y adolescentes, ya que el sistema nervioso va desarrollando las capacidades de concentración y de atención a lo largo de los años y de las distintas experiencias. Todo esto apunta a que hay una variabilidad esperable y “normal” en la atención a lo largo del día y de las situaciones vitales, y también a que, cuando hay extremos, puede indicar problemas más serios.

En el ámbito escolar, la atención es necesaria para el **aprendizaje consciente**, especialmente cuando se plantean conceptos, competencias y procedimientos nuevos. Pero también es importante ser capaz de **mantener la atención en las relaciones interpersonales**, ya que es difícil crear una amistad con alguien que no presta atención a lo que se comparte, especialmente si es privado e íntimo. Por todo esto, las dificultades con la atención son una temática que preocupa a toda la comunidad educativa (incluidos los propios alumnos y alumnas, como se refleja en el Anexo).

Sin embargo, el aprendizaje exige que el sistema nervioso perciba unas condiciones mínimas de seguridad y bienestar. Como vimos en el **Capítulo 3. Las condiciones que permiten abordar la salud mental: los Entornos Seguros y Protectores y la Afectividad Consciente**, sin una seguridad física y psicológica, el sistema nervioso estará más pendiente de lograr mejorar las condiciones, sin recursos para las funciones cognitivas más complejas. En espacios inseguros, donde se esperan situaciones de violencia, la atención se dedicará a la supervivencia física y emocional, quedando pocos recursos cognitivos para el aprendizaje académico. Así que antes de analizar las situaciones individuales de los niños, niñas y adolescentes con dificultades con la atención, es imprescindible garantizar que el centro educativo es un entorno seguro y protector.

LA ATENCIÓN VARÍA
DEPENDIENDO DE
MUCHOS FACTORES,
PERO ES NECESARIA
PARA DOS ACCIONES
FUNDAMENTALES EN EL
ENTORNO EDUCATIVO:

- EL APRENDIZAJE
CONSCIENTE
- MANTENER
RELACIONES
INTERPERSONALES
SATISFACTORIAS

Al mismo tiempo, **no todos los problemas de atención entran dentro de la categoría de Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH)**. El diagnóstico de este trastorno, que es real y grave y merece una atención apropiada, puede dejar de lado la detección de otras muchas realidades, desde el desarrollo evolutivo natural hasta problemas de salud mental más profundos. En esta línea se manifiesta Carlos Mas Pérez (2009, p. 253):

En estos casos no es nada extraño, sino que incluso es lo más frecuente, que una vez realizada la correspondiente evaluación concluyamos que, en lugar de un TDAH nos encontremos con un amplio abanico de alteraciones o comportamientos inadaptados que se expliquen mejor por la existencia de trastornos específicos de los aprendizajes, dispedagogías, bajas tolerancias a la frustración parentales, progenitores agotados por interminables jornadas de trabajo, niños muy solos que reclaman su salario mínimo de contacto afectivo con sus padres aunque sea a través del conflicto escolar, niños que ejercen de niños, o simplemente problemas de mala crianza y mala educación en algunos de ellos. Convertir cualquiera de estos problemas en uno de carácter sanitario tiende a aliviar de manera significativa, aunque sea momentánea, a cierto sector de padres y educadores. Son casos en que la designación de afectado por el síndrome cumple una importante función desculpabilizadora y desresponsabilizante, en la misma medida que ocurrió en su momento con la disfunción cerebral mínima o la dislexia, la cual quizás fue un tanto sobredimensionada en su momento.

Por todo esto, la mirada hacia las dificultades con la atención en los centros educativos debe ser amplia y considerar diferentes posibilidades de interpretación, derivando siempre que sea necesario a los servicios competentes para realizar un diagnóstico diferencial que proporcione claves para la intervención.

Conexiones

Las dificultades con la atención pueden tener un impacto en todas las conexiones, pero suelen tener su origen en problemas con la **conexión interior**. El niño, niña o adolescente no es capaz de mantener la atención en tareas académicas, de ocio o sociales porque algo en su interior se lo impide, desde el cansancio y el sueño (más físico) hasta la preocupación o la ansiedad (más emocional) e incluso el trauma y la disociación (con una dimensión fisiológica del daño psicológico). En este sentido es fundamental comprender que la **“falta de atención”** tiene más que ver con la **“presencia”** de otros elementos más urgentes para el sistema nervioso (como buscar una salida a la situación estresante o lograr descansar) que con una **“carencia”**.

El enfoque desde la “falta de atención” puede resultar demasiado limitado, centrado exclusivamente en el comportamiento (*“Que este alumno haga el ejercicio”, “Que esta alumna no distraiga a su compañera”*), ya que para conseguir recuperar la atención es necesario descubrir qué es lo que la impide (las vivencias físicas, fisiológicas, emocionales o cognitivas que se interponen en su uso en las tareas deseadas). Por eso, en muchos casos, recuperar la conexión interior puede mejorar la atención, como, por ejemplo, cuando se acompaña al niño a que llegue a la formulación de *“Ah, ahora estoy nervioso por el examen y noto que estoy mirando a muchos sitios, pero he aprendido que en general me sé los contenidos y que si empiezo por la primera pregunta al llegar a la tercera estaré más tranquilo, así que voy a ver qué pone ahí”*.

Al mismo tiempo, los problemas con la atención pueden estar relacionados también con la **conexión con otras personas**, tanto en el ámbito escolar (vemos el efecto desmotivador de ciertas prácticas pedagógicas, que hacen que la mayoría del alumnado no aprecien ciertas asignaturas, y todo lo contrario, cuando un profesor despierta el interés de toda la clase, incluso aunque la materia sea difícil y exigente, a través de su pasión y de su dinamismo) como en dimensiones más familiares (resulta claro que un niño, niña o adolescente que está sufriendo un divorcio conflictivo se concentra mucho menos en clase, pero también en sus amistades) o relacionales con sus iguales (las tensiones en relaciones de amistad y las rupturas de pareja en la adolescencia pueden tener consecuencias en muchos otros ámbitos).

Y también, la falta de atención puede provenir de una **conexión inadecuada con la vida**, especialmente cuando no hay una sensación de proyecto vital que dé sentido (si nada tiene sentido, desde luego prestar atención en clase o escuchar a las amistades, tampoco).

Indicadores

- **Problemas con la atención y la concentración.** Suele ser el indicador principal de las dificultades con la atención, y el principal motivo de petición de ayuda, tanto de las familias como de los equipos educativos. Sin embargo, siendo a menudo observaciones genéricas, es necesario precisar más para poder determinar la problemática concreta.
- **Elementos que pueden apuntar a las posibles causas de las dificultades con la atención.** Es necesario identificar las circunstancias que pueden estar causando la falta de atención, que pueden ir desde situaciones puntuales y leves (cansancio en una semana muy intensa, pérdida de hábitos después de un periodo vacacional...) hasta condiciones graves y mantenidas (ansiedad, Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, trauma...) pasando por fases normales del desarrollo evolutivo (desde la capacidad de atención reducida en la primera infancia hasta el impacto de la activación hormonal en la adolescencia).
- **Impulsividad.** Relacionada con el apartado anterior, **Dificultades con la gestión de las emociones**, la impulsividad, es decir, actuar sin tener en cuenta las consecuencias, puede indicar problemas con la atención, e incluso puede ser una de las manifestaciones del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad.

Narrativa

La narrativa principal es sencilla, e incluso a veces aparece formulada así por los propios niños, niñas y adolescentes: *“No puedo concentrarme o seguir estas instrucciones”*. Sin embargo, la clave para avanzar en el proceso radica en descubrir el motivo, la narrativa más elaborada, que apuntará a la problemática concreta en cada caso. Así, no recibirá el mismo enfoque *“...porque no he dormido bien porque tuvimos visita en casa”* (que indica cansancio físico puntual) que *“...porque me preocupa si se van a burlar de mí en el patio”* (que refleja ansiedad por una situación de posible violencia) o que *“...porque nada tiene sentido”* (que dirige hacia una posible depresión) o que *“...porque me desconcentro sin más motivo, parece que mi cerebro no puede seguir la clase”* (que exige determinar si hay un Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad o no). Las propuestas de autoconocimiento personal presentadas en el apartado anterior, **Dificultades con el manejo de**

las emociones, pueden ayudar a los niños, niñas y adolescentes a elaborar mejor sus vivencias y a pedir ayuda de manera más concreta.

Acompañamiento

El desarrollo de la atención sostenida durante largos periodos de tiempo es una competencia que se va desarrollando según va madurando el sistema nervioso y también a partir de experiencias de aprendizaje de las capacidades propias. Una de las funciones del sistema educativo es fomentar esta capacidad general de prestar atención, que se puede aplicar en distintos ámbitos de la vida y que, como competencia general, es necesaria para todos los niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, para prevenir y abordar de manera integral los problemas de atención hay que llevar a cabo cuatro acciones fundamentales:

- **Garantizar entornos seguros y protectores. Sin seguridad física y emocional el sistema nervioso no está en plenas capacidades para el aprendizaje**, como vimos en el **Capítulo 3. Las condiciones que permiten abordar la salud mental: los Entornos Seguros y Protectores y la Afectividad Consciente** y como se desarrolla en la aplicación de los Entornos Seguros y Protectores en los centros educativos, *Las paredes educan. Los centros educativos como entornos seguros y protectores* (Romeo, 2025a). Por eso es imprescindible lograr que los entornos del centro educativo (las clases, pero también los pasillos, los servicios, el patio y el comedor) sean de verdad seguros y protectores para todos los niños, niñas y adolescentes. Mientras haya estudiantes con preocupaciones respecto a su seguridad física o emocional, la atención se enfocará a intentar alguna forma de control de la situación, sin dejar recursos cognitivos para lo académico.
- **Lograr un diagnóstico diferencial.** El siguiente paso ante una situación de este tipo es identificar exactamente cuál es el origen de las dificultades con la atención de los niños, niñas y adolescentes afectados y plantear líneas de intervención individuales, familiares y escolares. Ese diagnóstico deberán realizarlo equipos especializados que, además de las funciones cognitivas, evalúen todos los demás ámbitos de la vida del niño, niña o adolescente, en especial aspectos emocionales y psicológicos, en concreto la posible presencia de trauma y disociación.
- **Pautas de regulación emocional.** Como hemos visto en el apartado anterior, **Dificultades con el manejo de las emociones**, las actividades de trabajo con las emociones y de autoconocimiento favorecen la conexión

interior y proporcionan claves para gestionar las vivencias internas y para pedir ayuda cuando hay dificultades. Todos los niños, niñas y adolescentes se pueden beneficiar de ellas, pero resultan especialmente indicadas para quienes tienen dificultades con la atención, ya que les ayudan a organizar su narrativa y a pedir apoyos, a la vez que se mantiene una sensación de valor, sin afectar negativamente a la autoestima. Saber que *“El sistema nervioso lo está haciendo lo que mejor que puede en cada momento, y que se le puede ayudar haciendo A, B y C”* es una estrategia operativa que fomenta la autonomía de la mayoría de estudiantes, y en especial de quienes tienen las situaciones más graves.

- **Estrategias de gestión de la atención.** En la línea de la acción anterior, se pueden utilizar pautas que deberán estar adaptadas a las necesidades de cada estudiante. Hay aspectos que funcionan para la mayoría, por ejemplo, estudiar siempre con las mismas condiciones ambientales, y que sean seguras y protectoras, mientras que otras serán específicas para alumnas y alumnos en concreto. Estas estrategias pueden partir de lo comportamental (*“Cuando noto que me despisto, hago A y B”*), incluyendo lo físico y el movimiento. De hecho, hay estudiantes que entienden mejor si pueden moverse, y en ciertos casos refieren que caminar les ayuda a concentrarse, por ejemplo, o que memorizan mejor ciertos procesos desplazándose por el espacio, creando una especie de *“pistas de baile”* (Belgrave, 2006). Pero también habrá otras estrategias a nivel emocional, en la línea del apartado anterior, o incluso siguiendo las pautas que estén trabajando en psicoterapia, según la causa de la falta de atención, y que se deberán apoyar desde el centro educativo.

La situación llevada al extremo

La tendencia general es que el extremo de las dificultades con la atención se centra en el **Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad**, siendo una de sus vertientes a nivel clínico la impulsividad. Y, aunque esta puede ser un diagnóstico adecuado en ciertos casos, puede haber muchas otras causas, e incluso existe mucha variabilidad dentro de la misma categoría, como indican Núria Voltas y Josefa Canals (2021, p. 140):

A pesar de la existencia de los síntomas nucleares, la clínica del TDAH es amplia y heterogénea debido a los diferentes tipos de presentación, a la alta comorbilidad con otros problemas psicológicos, a las diversas expresiones de los síntomas a lo largo

del desarrollo y a la variable nivel de severidad del perfil sintomatológico.

Es más, los problemas de atención no se deben confundir con otros diagnósticos graves también, como es el **trauma**. Abordaremos algunas de las claves en el **Capítulo 7. Problemas de salud mental (III): el trauma**, pero basta indicar aquí que en esta línea concluyen su artículo Aguirre Sánchez, Sidera-Caballero, Rostan-Sánchez, y Onandia-Hinchado (2022, p. 17):

[...] El presente estudio ha puesto de relieve la existencia de una sintomatología compartida entre el TDAH y el TEPT[Trastorno por Estrés Post-Traumático]/trauma, así como los posibles errores diagnósticos a los que esta puede llevar. De este modo se requiere del desarrollo de herramientas de evaluación y diagnósticas que permitan una discriminación mejor entre el TDAH y el TEPT.

Por todo esto, los extremos de dificultades con la atención pueden apuntar a muchas problemáticas subyacentes, muy distintas unas de otras, y con abordajes que pueden resultar casi diametralmente opuestos, de modo que en los casos graves es siempre necesario un diagnóstico adecuado teniendo en cuenta la situación global del niño, niña o adolescente.

Para profundizar

Aguirre Sánchez, M., Sidera-Caballero, F., Rostan-Sánchez, C., y Onandia-Hinchado, I. (2022). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su relación diagnóstica con el Trastorno por estrés postraumático infantil: Una revisión sistemática. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 9(1), 9-19. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2022.09.1.1> Una comparación entre el posible solapamiento entre el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad y el trauma, apuntando a elementos para el diagnóstico diferencial.

Mas Pérez, C. (2009). El TDAH en la Práctica Clínica Psicológica. *Clínica y Salud*, 20(3), 249-259. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/f8c1f23d6a8d8d7904fc0ea8e066b3bb> Una revisión crítica del diagnóstico de TDAH, destacando los usos cuestionables o inapropiados y validando los enfoques válidos y protectores.

Voltas, N., y Canals, J. (2021). El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). En Fernández-Hermida, J. R., y Villamarín-Fernández, S. (Eds.), *Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1* (pp. 139-148). Consejo General de la Psicología de España. <https://www.cop.es/pdf/LibroBlanco-Volumen1.pdf> Un análisis actual de la situación del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, con un enfoque en los aspectos más clínicos y de base fisiológica.

Conceptualización de los temas extremos

El segundo bloque de temas de salud mental se caracteriza por incluir problemáticas que, independientemente de contar con un diagnóstico preciso en un primer momento, **cuando aparecen los primeros indicios ya son graves**, frente a la gradualidad de los problemas del capítulo 5. Así, haciendo un paralelismo con ese capítulo, un estado de ánimo bajo puede ir desde lo saludable (la situación de desánimo puntual por haber suspendido un examen a pesar de habérselo preparado bien, que impulsa a estudiar más y que se supera en un tiempo corto), pasando por lo difícil pero esperable (la tristeza que dura unos días ante el fallecimiento de una mascota), hasta lo preocupante (la situación de divorcio conflictivo en la familia hace que el niño, niña o adolescente se encuentre triste en muchos momentos) y lo clínicamente grave (el niño, niña o adolescente no presenta motivación por nada, manifestando un desánimo permanente durante días e incluso semanas). Sin embargo, no hay “un poco de anorexia” que sea saludable, ni unas “ideas autolíticas esperables para la edad”: al identificarlas, llegamos ya tarde. Y es tarde porque **estos problemas de salud mental se han ido configurando, en la mayoría de casos, a lo largo de un tiempo prolongado, durante el cual el niño, niña o adolescente ha ido manifestando indicadores sutiles de malestar que no se han detectado**. Por eso en todas estas situaciones la intervención desde el centro educativo pasará necesariamente por derivar a servicios de salud mental especializados en cada temática, hacerle el acompañamiento necesario a la familia, y seguir las pautas específicas que sean convenientes en cada caso (y en cada etapa).

Por su impacto en toda la persona, **los temas extremos afectan a todas las conexiones**: la conexión interior, la conexión con otras personas y la conexión con la vida, el mundo y la trascendencia. Por ese motivo la intervención ha de incorporar cuidar cada una de esas conexiones, dando pasos concretos en paralelo en cada uno de esos ámbitos.

LOS TEMAS EXTREMOS SE CARACTERIZAN POR EL HECHO DE QUE CUANDO APARECEN LOS PRIMEROS INDICIOS YA SON GRAVES: ESTOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL SE HAN IDO CONFIGURANDO A LO LARGO DE UN TIEMPO PROLONGADO, CON INDICADORES DE MALESTAR QUE NO SE HAN DETECTADO

Por último, **los problemas de salud mental de este grupo suelen estar combinados con otros graduales** del capítulo 5, que se han descontrolado llevando a temas extremos, y será necesaria una **intervención integral** con el niño, niña o adolescente en su totalidad, para abordar todas las causas (aunque en una primera fase se puedan priorizar los elementos más peligrosos). Por ejemplo, podemos encontrarnos con una adolescente que presenta anorexia, pero que tiene también problemas de ansiedad, bajo estado de ánimo y baja autoestima, y la intervención se dirigirá con prioridad a establecer una alimentación saludable, y en paralelo a lograr una mayor estabilidad emocional y una buena motivación para avanzar en la recuperación. O podemos reconocer que un niño concreto que presenta ideación suicida también tiene dificultades para sentir satisfacción por las tareas que realiza y se siente solo y aislado (como veremos en el **Capítulo 8. Problemas de salud mental (IV): temas relacionales**), de modo que la actuación global incluirá no solo eliminar los intentos autolíticos, sino también recuperar la conexión con la vida y con otras personas. En este sentido será fundamental que los servicios especializados intervengan con el niño, niña o adolescente como una persona completa y compleja, como indican las buenas prácticas, evitando centrarse solo en un ámbito o en una única patología.

Problemas de alimentación (incluyendo trastornos de la conducta alimentaria)

En este manual consideraremos problemas de alimentación, como recoge Josefa Canals (2021, p. 128), cualquier *“alteración persistente del comportamiento relacionado con la alimentación, que conduce a cambios en la ingesta o absorción de los alimentos, y a la aparición de conductas para controlar el peso”*. De este modo, la definición se basa en **cualquier comportamiento que afecta al proceso de alimentación**, tanto por **exceso (trastorno por atracones**, cuando la persona come compulsivamente, afectando a su masa corporal) como por **defecto (anorexia nerviosa**, cuando la persona deja de comer intencionadamente) y también por **conductas que impiden el procesamiento de los alimentos** (en la **bulimia nerviosa**, cuando la ingesta puede ser normal e incluso excesiva, pero los vómitos inducidos o las evacuaciones provocadas por laxantes impiden su asimilación), **y pone el foco en la relación de la persona con su propio peso y apariencia corporal**. Debido a que son problemáticas muy complejas, en este apartado solo apuntaremos algunas consideraciones relevantes, dejando para los equipos especializados el diagnóstico y las orientaciones en cada caso.

Los problemas de alimentación, en especial los trastornos de la conducta alimentaria, son especialmente preocupantes, por varios motivos. Por un lado, está la **dificultad para las personas adultas del entorno de comprender la lógica interna** (“¿Qué le pasa a este niño, niña o adolescente para haber dejado de comer, o para hacer estas cosas inexplicables con la comida?”), con una responsabilización excesiva y poco realista del niño, niña o adolescente, que en realidad ha perdido el control respecto a su alimentación, y no es un tema de “esforzarse en comer mejor”, como se puede plantear desde el desconocimiento.

Por otro lado, los trastornos de la conducta alimentaria suponen un **riesgo real y concreto** para los niños, niñas y adolescentes que los sufren: no solo afecta a su **aparición física**, sino que el **daño a sus distintos sistemas fisiológicos** (desde el sistema nervioso a la circulatorio, con efectos también en el sistema reproductivo y pérdida del periodo, hasta la pérdida de masa muscular e incluso de masa ósea) es muy real, y especialmente peligroso en un momento fundamental de su desarrollo como es la infancia y la adolescencia, ya que algunos problemas se pueden configurar para el resto de la vida.

Además, este tipo de problemas pueden conllevar un **foco en el síntoma** (el trastorno de la conducta alimentaria en concreto), olvidando que la causa no es, como se atribuye erróneamente, solo “una llamada de atención” o “una manía”, sino que casi siempre hay una serie de vivencias complejas que incluyen relaciones dañinas. Así, se ha establecido la **correlación entre los trastornos de la conducta alimentaria y haber sufrido distintas formas de maltrato infantil**. Como recogen estudios recientes (Barrero y Sánchez-Sandoval, 2022; Behar y De la Barra, 2021), en los análisis aparecen indicadores que relacionan los distintos trastornos de la conducta alimentaria con experiencias de maltrato en la infancia, en especial el abuso sexual infantil, pero también diversas formas de violencia psicológica y negligencia. Evidentemente, intervenir en estos trastornos sin haber identificado los motivos que han impulsado su aparición puede ser no solo ineficaz sino también dañino, al fijarse exclusivamente en el síntoma, sin abordar sus causas más profundas.

Otro motivo de preocupación respecto a estos problemas es su **aparición cada vez más temprana y más frecuente, y la comorbilidad (la presencia simultánea) con otros problemas de salud mental relevantes**, aumentando el riesgo para la salud mental e incluso para la supervivencia. Así, como indica María Calado (2024, p. 20):

[...] los trastornos alimentarios se están iniciando a edades cada vez más tempranas. La mayoría de los casos diagnosticados continúan produciéndose durante la adolescencia y son infrecuentes los casos que se inician en la edad adulta. López-Gil, García-Hermoso, Smith et al. (2023), en un trabajo de metaanálisis internacional, encuentran que más de uno de cada cinco adolescentes muestra signos de trastorno alimentario: el 30 % de las mujeres frente al 17 % de hombres. A su vez, la presencia de los trastornos alimentarios en jóvenes se relaciona con enfermedades mentales en la edad adulta como la ansiedad, la depresión, el abuso de drogas y comportamientos autolesivos (Micali, Solmi, Horton et al., 2015). Finalmente, cabe apuntar que los trastornos alimentarios son las enfermedades mentales con mayor cronificación y mortalidad, con el suicidio como una de las causas más prevalentes de mortalidad (Hudson, Hiripi, Pope y Kessler, 2007).

Una última consideración relevante es la **influencia de elementos externos** en la aparición y consolidación de problemas de alimentación. Por un lado, influye mucho la **presión social por cuerpos de una forma muy específica** (para mujeres, delgados y estilizados, y para hombres, musculosos y sin grasa), que solo muy pocas personas (con una genética específica y con mucha dedicación) pueden alcanzar. Por otro, existen **movimientos en las redes sociales que fomentan las prácticas de riesgo** (como grupos de adelgazamiento o de ejercicio intensivo). La dimensión social y cultural afecta de manera muy relevante en la configuración de estos problemas, y afecta más a niñas y adolescentes mujeres (aunque también hay casos en niños y adolescentes hombres, que, como son menos frecuentes, muchas veces pasan desapercibidos y no llegan a detectarse) y el abordaje debe tener en consideración también estos elementos, tanto desde la prevención como cuando sea necesario el acompañamiento.

Conexiones

Los problemas de alimentación, y en especial los trastornos de la conducta alimentaria, indican una pérdida importante de la **conexión interior**, ya que el niño, niña o adolescente se desconecta de su sensación de hambre (y eso le permite dejar de comer) o de su sensación de saciedad (y eso hace que se dé atracones). Como hemos revisado ya, esa desconexión puede ser una forma de apartar de la consciencia el sufrimiento causado por las **conexiones dañinas con otras personas** (con distintas formas de violencia, en especial psicológica y sexual), pero también puede tener relación con la **conexión con la vida**, en especial en un mundo en el que la presión por tener un cuerpo ideal inalcanzable puede desbordar en la infancia y adolescencia.

En muchos casos los trastornos de la conducta alimentaria son el espacio emocional donde se actúan los **juegos de poder**, con unas conexiones dañadas que se activan una y otra vez desde la presión (por ejemplo, una adolescente consigue la atención que necesita de sus figuras parentales a partir de controlarlas mediante la tensión de si come o no come, en vez de recibir el afecto cercano y consciente que habría necesitado desde hace ya años; un adolescente fuerza sus límites fisiológicos para encajar en un grupo que no le va a aceptar de ningún modo, por mucho que mejore su apariencia física, ya que es un tema de uso de poder entre iguales, no de físico...). El restablecimiento de conexiones sanas de los tres tipos será crucial para la recuperación, en un trabajo a largo plazo.

Indicadores

Los indicadores más relevantes que se pueden detectar desde los centros educativos que apuntan a problemas de alimentación, incluidos los trastornos de la conducta alimentaria, son los siguientes:

- **Los indicadores asociados con trastornos de la conducta alimentaria.** Sabiendo que estas problemáticas se detectan normalmente cuando el problema está muy avanzado, se debe prestar atención a cambios abruptos en el peso (cuando el problema está empezando), pero también indicadores de masa corporal inapropiados, tanto por exceso como por defecto, incluso cuando haya una causa fisiológica identificada

(como un problema con las hormonas, cuyo tratamiento puede afectar también). El sedentarismo y la mala alimentación (por ejemplo, con productos elaborados con muchas grasas y azúcares) pueden provocar también obesidad que no tenga su origen en problemas de alimentación (aunque la percepción de peso excesivo pueda conducir a su aparición).

- **El control o la pérdida de control de la ingesta.** El comportamiento fundamental en estos problemas se estructura en torno a la ingesta, de modo que es necesario fijarse en cuando el niño, niña o adolescente actúa desde el control, por exceso de restricciones (negarse a comer en público, saltarse comidas, seguir dietas extremas, realizar actividades físicas de modo compulsivo para quemar calorías...). Y la cuestión del control está también presente, pero de forma diferente, cuando lo pierde (en atracones que generan culpabilidad y malestar), ya que en esas situaciones puede intentar recuperar esa sensación de control induciéndose vómitos, utilizando laxantes o ejercitándose aún más. Recordemos que **el control es lo contrario a la seguridad**: en ausencia de esta, que es una sensación física y emocional de protección y bienestar, el control, que surge desde el miedo y la ansiedad, proporciona una sensación (falsa) de poder evitar lo temido. La aparente autosuficiencia de muchos niños, niñas y adolescentes que sufren trastornos de la conducta alimentaria es en realidad la manifestación de su inseguridad y de la falta de confianza en su valía y en el afecto de otras personas.
- **La interiorización de la rabia.** La mayoría de los problemas de alimentación, y en especial de los trastornos de la conducta alimentaria, provienen de una interiorización de la rabia sentida hacia otras personas, cuando los niños, niñas y adolescentes han sentido que no pueden pedir ayuda o que, si lo hacen, no recibirán el apoyo y la validación que necesitan. Esa rabia que no pueden exteriorizar, por miedo a perder el afecto de sus figuras de cuidado familiares o profesionales o de sus iguales, se dirige hacia su propio cuerpo, castigándolo con excesos o carencias. Por eso es frecuente que estos problemas aparezcan en niños, niñas y adolescentes que aparentemente “siempre lo hacen todo bien”, como una forma de dar salida a su ansiedad por una presión insostenible, aunque también pueden darse en niños, niñas y adolescentes con otros perfiles por distintos motivos. En cualquier caso, el trabajo con la rabia (a veces disfrazada de exigencia hacia su propia persona y hacia otras) será imprescindible para comprender cada situación concreta y para acompañarla.

Narrativa

La frase que más se escucha en los problemas de alimentación, en especial en los trastornos de la conducta alimentaria es *“No me gusta mi cuerpo”*, con continuaciones que pueden variar mucho, como, por ejemplo, *“...y por eso intento adelgazar”* (en la anorexia) frente a *“y a pesar de eso sigo comiendo”* (en el trastorno por atracones). Como veremos más adelante, en el apartado relativo a las somatizaciones, en muchos casos los problemas de otros niveles se pueden expresar a través del cuerpo, y parte de esta narrativa es, de manera más sutil, *“Digo que no me gusta mi cuerpo, pero en realidad lo que no me gusta es mi vida, y, como tengo la sensación de que no puedo cambiarla, al menos cambio mi cuerpo, que eso sí que puedo hacerlo”*.

Sin embargo, al profundizar, en muchos casos hay una narrativa en la línea de *“Mi cuerpo no es seguro”*. Por ejemplo, ante ciertas formas extremas de violencia, en especial ante los abusos sexuales en la infancia, puede haber un mensaje inconsciente pero muy fuerte respecto a posibles formas de protección. Así, el sistema nervioso de una niña que ha sufrido abusos a los diez años puede construir una narrativa (inconsciente) del tipo *“Mi cuerpo no es seguro así, sin desarrollarse plenamente, no quiero imaginarme cómo será cuando desarrolle los caracteres sexuales, de modo que prefiero quedarme lo más delgada posible, para no atraer nuevos abusos”*, configurando una anorexia o una bulimia. Pero el mensaje puede ser también el contrario, como el que un niño puede construir, también de manera inconsciente, en la línea de *“Mi cuerpo no es seguro así, con tan poco volumen, de modo que voy a aumentar mi tamaño, para ser más grande o para resultar menos deseable y así evitar que vuelvan a abusar de mí o a agredirme”*.

Una puntualización en este caso en concreto es que, debido a las tendencias hacia el control, los niños, niñas y adolescentes pueden calcular mucho cómo se expresan y qué comparten, de modo que, a menudo, darán explicaciones aparentemente normalizadas, ocultando sus vivencias reales. Saber que las narrativas en realidad son más complejas y dolorosas puede ayudar a las personas adultas a tener una mirada más compasiva y respetuosa hacia quienes sufren este tipo de problemas.

Acompañamiento

Los problemas de alimentación, en especial los trastornos de la conducta alimentaria, son muy complejos y normalmente se detectan cuando ya

están muy asentados en la vida del niño, niña o adolescente, de modo que la intervención puede llevar mucho tiempo en dar sus frutos. Algunas claves para el acompañamiento son las siguientes:

- **Derivar a los servicios especializados correspondientes y seguir las pautas que proporcionen**, tanto en la vida diaria como ante situaciones de crisis (pueden ser diferentes para distintos niños, niñas y adolescentes, según sus características).
- **Fomentar relaciones seguras**. En los casos en los que estos problemas hayan surgido de relaciones inseguras o directamente dañinas, los niños, niñas y adolescentes se benefician mucho de experimentar relaciones seguras, de confianza y relajación, tanto con figuras adultas (familiares o profesionales) como con sus iguales. El centro educativo puede facilitar esas relaciones seguras, sabiendo que se tardará en ganar la confianza de los niños, niñas y adolescentes, sobre todo si han tenido experiencias previas de violencia y maltrato en cualquier entorno. Intentarlo puede marcar una diferencia en su proceso.
- **Canalizar la rabia de manera segura**. Una forma de crear relaciones seguras es precisamente proporcionarles a los niños, niñas y adolescentes formas de reconocer y expresar de forma segura la rabia que muchas veces está en el origen de los problemas de alimentación. La mejora puede ser importante cuando sienten, tanto en espacios grupales como actividades individuales, que su rabia puede ser legitimada (aunque las formas de expresarla y de gestionarla necesiten evolucionar a formas que no hagan daño a nadie). La mera validación de esa vivencia puede flexibilizar sus respuestas y facilitar que admitan que necesitan ayuda, para ese problema o para otros, como un primer paso para reconducir la situación.
- **Trascendencia: salir de sí**. En los problemas de alimentación, y en especial en los trastornos de la conducta alimentaria, el niño, niña o adolescente ha caído en un vórtice centrado en su cuerpo y en sus propias vivencias como forma de gestionar su sufrimiento. Por tanto, a veces las actividades que le hacen salir de sí pueden ser pasos positivos en la recuperación. Y aquí estamos utilizando el término “trascendencia” en su sentido más amplio y filosófico, como “aquello que hace ir más allá de la propia persona”. En este sentido, pueden ser trascendencia los aspectos más elevados de la humanidad, como la **espiritualidad** (que orienta hacia Algo mayor y universal) o los **valores** (que conectan con el resto de seres humanos), pero también de manera más práctica otras actividades, como el arte (que

conecta a la vez con lo expresado o representado y con toda la tradición artística en la que se basa) o los **deportes de equipo** (que ponen el énfasis en el trabajo grupal y en la coordinación entre personas), y en especial las **relaciones, con otras personas** (sanando relaciones familiares, creando nuevas amistades...) pero también con **otros seres** (por ejemplo, al cuidar de animales o de plantas los niños, niñas y adolescentes pueden conectar con su propia necesidad de cuidarse y de recibir cuidados).

- **Proporcionar modelos saludables.** Los niños, niñas y adolescentes con problemas de alimentación necesitan modelos sanos en muchos ámbitos. No solo los necesitan, como es evidente, en cuanto a la alimentación para que sea saludable, equilibrada y apropiada para sus necesidades fisiológicas, también tienen que aprender a relacionarse con su propio cuerpo y con sus vivencias de otras formas, y eso pasa a menudo por establecer, como hemos mencionado, relaciones interpersonales sanas también en su vida diaria. Además, cuando interiorizan esos modos de hacer y de relacionarse más saludables, es más fácil que sean capaces de pedir ayuda cuando noten que pierden el equilibrio psicológico.
- **Conectar con placeres seguros.** Un tema que es difícil de comprender en los problemas de alimentación, y que son especialmente frecuentes en los trastornos de la conducta alimentaria, es que las acciones que llevan a cabo los niños, niñas y adolescentes dentro de su problemática les resultan placenteras en algún sentido. La ausencia de alimentación puede desencadenar reacciones fisiológicas de energía (originalmente establecidas para que el organismo busque urgentemente alimento, pero que se pueden manipular para mantener una actividad alta sin alimentarse), y eso da satisfacción. La reducción de peso también genera una sensación de logro personal. Y los atracones, en el momento, suponen el placer de comer, aunque conlleven después culpabilidad y otras acciones como vómitos. Con las pautas que indiquen los equipos especializados, para la recuperación puede ser fundamental cultivar sensaciones placenteras que tengan que ver con el autocuidado (como el uso de cremas corporales), con la alimentación adecuada (saboreando los alimentos, y que sean sanos) y con la activación corporal agradable (como en juegos o por medio del baile).
- **Trabajo de autocompasión.** Los problemas de alimentación surgen de una narrativa muy negativa de los niños, niñas y adolescentes hacia sus cuerpos y sus vivencias, de modo que el trabajo en la autocompasión (ver el apartado relativo a la baja autoestima en el capítulo 5) puede ayudarles a construir relatos más realistas y más compasivos hacia su valía como

personas y hacia sus propias capacidades. Sin embargo, este paso se debe dar solo cuando se haya empezado a trabajar la rabia, porque, si no, se corre el riesgo de que el niño, niña o adolescente, bajo la apariencia de compasión, vuelva a ocultar sus vivencias de enfado y de malestar.

Para profundizar

Canals, J. (2021). Trastornos del comportamiento alimentario. En Fernández-Hermida, J. R., y Villamarín-Fernández, S. (Eds.), *Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1* (pp. 128-138). Consejo General de la Psicología de España. <https://www.cop.es/pdf/LibroBlanco-Volumen1.pdf> Un artículo breve pero con una visión muy amplia de los trastornos del comportamiento alimentario, sus tipologías, las causas tanto individuales como sociales y algunas claves para su comprensión.

Barrero, P., y Sánchez-Sandoval, Y. (2022). Maltrato infantil y trastornos de la conducta alimentaria en la adultez: una revisión sistemática. *Psychology, Society & Education*, 14(1), 55-65. <https://doi.org/10.21071/psyse.v14i1.14174> Un artículo para profundizar en las causas interpersonales (violencia en la infancia y adolescencia) de los trastornos de la conducta alimentaria.

Behar, R., y De la Barra, F. (2021). Abuso sexual infantil y adolescente y su relación con trastornos alimentarios. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 59(4), 308-320. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272021000400308> Un análisis más detallado de la relación entre el abuso sexual en la infancia y adolescencia y los trastornos de la conducta alimentaria, favoreciendo su abordaje integral.

Comportamientos autolesivos (incluyendo intentos de suicidio)

Los comportamientos autolesivos de los niños, niñas y adolescentes despiertan, lógicamente, una gran preocupación entre las personas adultas del entorno por el **riesgo** que suponen, por la **gravedad** que indican, por la **complejidad** que conllevan y por la **visibilidad** y **frecuencia** del fenómeno en los últimos años. Cada uno de estos elementos exige un análisis más profundo.

El **riesgo** de los comportamientos autolesivos es importante, y se puede graduar según las formas que toman, que pueden ser muy variadas y estructurarse en distintas clasificaciones (Castellví-Obiols y Piqueras, 2019, pp. 46-48; Montés y Jiménez, 2023, pp. 4-5). En general se suele distinguir entre conductas suicidas y conductas no suicidas, pero la valoración es compleja.

Las **conductas suicidas** pueden aparecer con una gradación desde la **ideación suicida** (que supone pensamientos recurrentes como una forma de gestionar el malestar), la **planificación** (que implica considerar distintas opciones y estructurarlas mentalmente), la **acción suicida** (que conlleva realizar acciones concretas, aunque no siempre con consecuencias fatales) y el **suicidio consumado** (que consiste en alcanzar la muerte, incluso cuando a veces hay unos momentos de arrepentimiento y de querer seguir viviendo).

En cuanto a las **conductas no suicidas**, las más evidentes son los **comportamientos autolesivos sin intención suicida**, con los que el niño, niña o adolescente se causa daño (principalmente cortes o quemaduras, aunque hay otras manifestaciones) como una forma de controlar el sufrimiento (con verbalizaciones del tipo “*Mientras me corto experimento un dolor que puedo controlar, porque si aprieto más, me duele más, mientras que si dejo de cortarme me duele menos, y esa sensación me ayuda para manejar el otro sufrimiento que no puedo controlar*”) y otras finalidades asociadas (Grupo de trabajo del OPBE, 2022b, pp. 7-8), pero también **ciertas conductas de riesgo** pueden entrar en este grupo, dependiendo de las circunstancias (por ejemplo, cuando realiza acciones peligrosas con poco cuidado por su integridad física, a raíz de no valorar su seguridad en el momento concreto). En cualquier caso, el comportamiento concreto de un niño, niña o adolescente puede conllevar un riesgo elevado incluso en las formas aparentemente menos graves, ya que un error de cálculo en un comportamiento autolesivo puede ser fatal y algo que era una ideación abstracta puede precipitarse en un suicidio consumado en un momento de desbordamiento emocional.

La **gravidad** de este tipo de ideas o prácticas, incluso en sus formas más superficiales es evidente, y hay que valorarlas siempre como muy preocupantes. La frase “*Lo hace por llamar la atención*” indica una falta de sensibilidad y de conocimiento tal que debería eliminarse de cualquier conversación sobre este

LOS
COMPORTAMIENTOS
AUTOLESIVOS SON
PREOCUPANTES POR:

- EL RIESGO QUE SUPONEN
- LA GRAVEDAD QUE INDICAN
- LA COMPLEJIDAD QUE CONLLEVAN
- LA VISIBILIDAD Y FRECUENCIA DEL FENÓMENO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

tema (Grupo de trabajo del OPBE, 2022b, p. 26; Montés y Jiménez, 2023, p. 8). Incluso aunque un niño, niña o adolescente expresase su ideación suicida o comenzase acciones autolíticas por algo parecido a “llamar la atención”, esa situación ya indicaría un nivel de daño y de desesperanza tal que merecería la atención más seria y dedicada, porque cuando la persona solo encuentra como medio de expresión hacerse daño a sí misma está indicando un nivel extremo de sufrimiento y una alarmante desconexión de su bienestar físico. Pero en la

mayoría de los casos los niños, niñas y adolescentes llegan a estos comportamientos después de mucho tiempo de sufrimiento sin que nadie haya detectado o atendido su malestar: no ven salida, y no creen que a nadie le vaya a importar en un futuro próximo cómo se sienten. Por eso tomarse en serio cualquier manifestación de este tipo es fundamental para abordar el padecimiento real del niño, niña o adolescente y para evitar que se ponga más en peligro.

DEBERÍA
ELIMINARSE LA FRASE
“LO HACE POR LLAMAR
LA ATENCIÓN” DE LAS
REFERENCIAS A LOS
COMPORTAMIENTOS
AUTOLESIVOS: LOS NIÑOS,
NIÑAS Y ADOLESCENTES
LLEGAN A ELLOS TRAS
MUCHO TIEMPO DE
SUFRIMIENTO SIN QUE
NADIE HAYA DETECTADO
SU MALESTAR, DE
MODO QUE HAY QUE
TOMARSE EN SERIO ESTAS
MANIFESTACIONES

La **complejidad** de los comportamientos autolesivos puede desbordar hasta a los equipos especializados, ya que, a primera vista, puede resultar difícil comprender por qué un niño, niña o adolescente que tiene toda la vida por delante puede pensar en causarse daño hasta la muerte. Sin embargo, cuando se le escucha atentamente se puede entender que ante un sufrimiento continuado que parece que no tiene fin, acabar con la vida propia es visto como una opción

válida para dejar de sufrir. Y ese sufrimiento puede venir de múltiples **causas**, desde **personales** (como otros temas de salud mental, duelos o pérdidas significativas) y **relacionales** (en especial cualquier forma de maltrato) hasta **sociales** (discriminación) y **estructurales** (falta de perspectivas vitales). Todos estos elementos se pueden estructurar como factores de riesgo (y, por oposición, como factores de protección) de distintas formas (Castellví-Obiols y Piqueras, 2019, pp. 49-51; Fundación ANAR, 2022, pp. 38-46; Montés y Jiménez, 2023, pp. 10-15; OPS, 2014, pp. 28-42). El abordaje, por tanto, tendrá que incorporar acciones respecto a la mayoría de esos factores para que el niño, niña o adolescente retome la confianza en que le merece la pena vivir su propia vida (a pesar de las limitaciones internas y externas que haya).

Por último, la **visibilidad** de esta temática ha aumentado en estos últimos años, con un incremento de las peticiones de ayuda al respecto tanto por parte de

los propios niños, niñas y adolescentes como de sus familias y de las figuras profesionales que les atienden (Andrade, Guadix, Rial y Suárez, 2021, pp. 21 y 80; Fundación ANAR, 2022). Frente a los posicionamientos dañinos de la evitación de la temática (“*De esto no se habla, porque facilita que las personas intenten suicidarse*”) en un extremo y del relato morboso detallado en algunos medios de comunicación o incluso la promoción del suicidio en redes sociales en el otro extremo (Amnistía Internacional, 2023; Ministerio de Juventud e Infancia, 2024, pp. 89-90), la recomendación generalizada es **abrir espacios de información y de escucha**, desde una mirada respetuosa y consciente: no se trata de no hablar, sino de hablar adecuadamente, ya que muchas veces los niños, niñas y adolescentes recurren a los comportamientos autolesivos ante la falta de otros recursos y espacios para hacer frente a sus problemas emocionales (Montés y Jiménez, 2023, p. 8; OPS, 2014, p. 65).

Conexiones

Los comportamientos autolesivos aparecen cuando hay un deterioro grave de los tres tipos de conexiones, relacionadas entre sí. La pérdida de la **conexión interior** es evidente porque para que el niño, niña o adolescente recurra a hacerse daño, tanto con autolesiones como con ideas o intentos de suicidio, tiene que haber sufrido un distanciamiento de su propio cuerpo y de su bienestar físico: su ser mismo es, desde su punto de vista, el problema principal, o una parte muy importante de él.

Pero en muchos casos esa conexión interior dañada viene de **conexiones dañinas con otras personas**, en especial cualquier forma de violencia y maltrato, pero también el aislamiento y la soledad, con la sensación de no importarle a nadie.

Y en otras situaciones (o en paralelo a lo anterior), la **conexión con la vida** está muy debilitada, especialmente cuando el mundo resulta difícil para la realidad del niño, niña o adolescente. Por ejemplo, ante una discapacidad que la sociedad ignora o rechaza, o ante una identidad u orientación sexual que el grupo margina, o ante unos elementos sociales que la cultura desprecia, la sensación de no pertenencia puede ser tan dolorosa que el suicidio puede parecer una opción adecuada, y por esa razón esos colectivos presentan unas tasas mayores de comportamientos autolesivos. Teniendo todo esto en consideración, la intervención tendrá que plantear la recuperación de conexiones saludables en los tres ámbitos: la interior, con otras personas y con la vida y el mundo.

Indicadores

Debido a la multitud de formas que pueden presentar los comportamientos autolesivos, la variedad de indicadores es también muy amplia, apuntando cada uno con mayor relevancia hacia una de esas formas en concreto. Algunos de los más relevantes son los siguientes:

- **Autolesiones.** No son fáciles de detectar, ya que el niño, niña o adolescente las utiliza en la mayoría de casos para gestionar su malestar emocional en privado, y trata de ocultarlas. Cuando se detectan se ha de actuar siempre, con procedimientos que supongan un apoyo para el niño, niña o adolescente y no una nueva forma de malestar (ver, por ejemplo, Montés y Jiménez, 2023).
- **Rumiación.** La ideación suicida aparece a menudo como consecuencia de pensamientos recurrentes de desesperación y asume también esta forma, de planear una y otra vez los pasos para el suicidio. Por eso, al detectar que un niño, niña o adolescente tiende a quedarse atascado en sus pensamientos de forma repetida, con bucles de los que no logra salir, hay que verificar si está habiendo ideas autolíticas (y derivar adecuadamente).
- **Acciones de despedida y cierre.** Uno de los indicadores más llamativos son los gestos que pueden apuntar a acciones de despedida y cierre por parte de los niños, niñas y adolescentes, como mensajes especialmente emotivos sin otras motivaciones (especialmente cuando son aparentemente positivos después de un tiempo de estado de ánimo muy bajo) y regalos de objetos con alto valor emocional (por ejemplo, cuando no son comprados, sino que forman parte de sus pertenencias personales desde siempre, como un colgante que siempre lleva, o un objeto al que tiene mucho aprecio). La acción en estos casos tiene que ser muy rápida, ya que a menudo indican que el planteamiento para la ejecución es muy corto, probablemente de horas.
- **Intentos de suicidio.** A veces la situación se descubre muy tarde, cuando el niño, niña o adolescente ya ha realizado un intento de suicidio. Evidentemente, es un indicador de mucho daño, y necesitará un acompañamiento especializado por parte de los equipos de salud

mental correspondientes, pero también de pautas específicas cuando vuelva al centro educativo.

- **Aislamiento.** Los comportamientos autolesivos son, en muchos casos, la forma de gestionar el malestar emocional causado o potenciado por la soledad, especialmente cuando los niños, niñas y adolescentes sienten que no le importan a nadie o que incluso son una carga para los demás. Por eso (y por otras muchas razones, como vemos en el **Capítulo 8. Problemas de salud mental (IV): temas relacionales**) el aislamiento necesita un abordaje integral, haya o no comportamientos autolesivos. Pero el hecho de que los niños, niñas y adolescentes tengan aparentemente una amplia red social tampoco garantiza que no haya ideación suicida, ya que a veces pueden vivir una “soledad rodeada de personas”, especialmente con perfiles muy perfeccionistas (que presentan también una alta autoexigencia de mostrarse siempre socialmente aceptables, sin vulnerabilidad, y eso hace que en realidad sientan un profundo aislamiento detrás de todas las sonrisas que dan para que se les acepte).
- **Posible relación con depresión, ansiedad y trauma.** Los motivos que pueden empujar a un niño, niña o adolescente a considerar los comportamientos autolesivos como una solución para sus dificultades puede ser muy variados. Sin embargo, una proporción muy relevante (aunque hay otros motivos que se deberían valorar con una mirada más detallada que la que podemos presentar en esta obra) tiene que ver con problemas de **depresión** (bajo estado de ánimo ligado a la falta de esperanza y la dificultad para disfrutar de la vida), de **ansiedad** (sensación de desbordamiento constante, con exigencias a las que no puede llegar) y de **trauma** (saturación del sistema nervioso por vivencias dolorosas extremas). Por eso, cuando se detectan comportamientos autolesivos hay que derivar a servicios especializados para evaluar adecuadamente todas estas situaciones, y viceversa, cuando se identifican estas situaciones hay que prestar atención a posibles comportamientos autolesivos, que pueden estar en fase de ideación todavía, o que los niños, niñas y adolescentes pueden estar realizando ya en formas discretas u ocultas.

Narrativa

Las verbalizaciones en los comportamientos autolesivos no son frecuentes, y a veces se pueden inferir más que escuchar directamente. Una formulación que pueden manifestar los niños, niñas y adolescentes (más con gestos que con palabras) estaría en la línea de “*No puedo seguir con mi vida así*”, que refleja el desbordamiento emocional a la vez que la sensación de falta de opciones.

Una verbalización especialmente grave sería “*El mundo estaría mejor sin mí*”, que revela en el niño, niña o adolescente una sensación de soledad y de falta de reconocimiento de su propia valía que puede tener un correlato real en el mundo (por ejemplo, con la desvalorización que supone el maltrato en casa o el acoso por parte de iguales en el centro educativo), pero que puede ser también una distorsión (a pesar de contar con una familia atenta y de un grupo de iguales que le apoya). Estas narrativas aparecen más en actividades creativas (redacciones libres, proyectos artísticos, juegos de representación) que en las tareas académicas habituales, de modo que crear esos espacios de expresión puede ayudar a detectar este tipo de situaciones tan graves.

Acompañamiento

Dependiendo de la situación y de su gravedad, el acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes con comportamientos autolesivos puede adoptar formas muy variadas en el centro educativo, y siempre se debe contar con el asesoramiento de equipos especializados de salud mental. Algunas de las orientaciones más básicas son las siguientes:

- **Derivar a los servicios especializados correspondientes y seguir las pautas que proporcionen**, tanto en la vida diaria como ante situaciones de crisis (pueden ser diferentes para distintos niños, niñas y adolescentes, según sus características y el momento del proceso). Los comportamientos autolesivos pueden ser tan graves que siempre se debe contar con el asesoramiento concreto para cada caso de los equipos especializados que les hacen el seguimiento. Así, pueden plantear pautas de observación, o de comportamientos recomendados, o de precauciones (especialmente cuando hay prescripción de medicamentos, ya que en algunos procesos farmacológicos el estado de ánimo mayor puede facilitar que algunos niños, niñas y adolescentes tengan las fuerzas suficientes para intentar el suicidio, cosa que no ocurriría cuando estaban con un estado de ánimo muy bajo). Se debe recabar también el apoyo oficial de las administraciones

competentes (en especial de la inspección educativa y de los servicios sociales correspondientes).

- **Contar con un protocolo sobre comportamientos autolesivos para todo el centro.** La realidad actual es que los comportamientos autolesivos están mucho más presentes, de modo que cada centro educativo ha de contar con un protocolo que aborde estas situaciones. Un protocolo adecuado debería contemplar desde la prevención (realizar actividades para facilitar que los niños, niñas y adolescentes eviten estas situaciones o que pidan ayuda cuando aparecen), la detección (desde las formas más sutiles hasta las más evidentes), la derivación (a servicios especializados cuando se identifican casos) y la actuación general ante intentos o suicidios consumados (tanto para las personas adultas que se encuentran en la situación como para los niños, niñas y adolescentes del entorno y el resto de la comunidad educativa, en el momento, y en las semanas siguientes). Igual que existen protocolos antiincendios, que rara vez se utilizan, pero que son imprescindibles cuando aparece un incendio, los protocolos de actuación ante comportamientos autolesivos e intentos de suicidio son fundamentales no solo para salvar la vida de los niños, niñas y adolescentes que pueden realizar estas acciones, sino también para garantizar el menor impacto posible en el resto de la comunidad educativa (el resto de niños, niñas y adolescentes del colegio, profesionales y familias).
- **Restablecer las conexiones en general.** Si los comportamientos autolesivos suponen una pérdida de conexiones en todos los niveles (interior, con otras personas y con la vida, el mundo y la trascendencia), favorecer esas conexiones es un paso fundamental para que el niño, niña o adolescente sienta que tiene un lugar entre sus personas cercanas y en el mundo y que puede conectar con sus vivencias interiores de manera más segura. Y esto se puede trabajar con todos los niños, niñas y adolescentes en múltiples actividades cotidianas, sin que tenga que ser una sesión específica para esta temática.
- **Garantizar relaciones seguras con otras personas.** Los niños, niñas y adolescentes llegan a los comportamientos autolesivos habitualmente después de mucho tiempo de sufrimiento emocional, durante el cual no han recibido el apoyo que habrían necesitado. Favorecer que establezcan relaciones seguras con otras personas (adultas, tanto en la familia como con los equipos educativos, y con otros niños, niñas y adolescentes) es una forma de contribuir tanto a eliminar su sensación de aislamiento con un apoyo real y concreto como a generar proyectos incompatibles con

los comportamientos autolesivos (con una sensación de pertenencia a un proyecto de familia o de amistad, que se extiende en el tiempo).

- **Canalizar la rabia.** Gran parte de los niños, niñas y adolescentes que llevan a cabo comportamientos autolesivos tienen en el fondo una profunda rabia: hacia personas que sienten que les han fallado, o que realmente les han agredido, hacia una sociedad que no les acepta como son, hacia un mundo que les ha arrojado a todo tipo de situaciones desbordantes... Debajo de la desesperación, pues, a menudo hay un profundo enfado, a veces no reconocido por el propio niño, niña o adolescente. Encontrar formas de canalizar la rabia (siempre con indicaciones de los equipos especializados, para evitar problemas inesperados) puede ser recomendable en muchas situaciones (aunque no en todas).
- **Acompañar el afrontamiento de la rabia y la ansiedad.** Cuando el niño, niña o adolescente es consciente de su rabia (habiendo hecho el proceso del punto anterior o por sus propios medios) y de su ansiedad, necesita desarrollar habilidades para gestionarlas de manera saludable, de modo que no recurra a los comportamientos autolesivos para controlarlas. De nuevo, las pautas las deben fijar los servicios especializados, y desde el centro educativo se deben seguir, pero también identificar otras formas cotidianas de afrontar la rabia y la ansiedad, como nuevas opciones para el niño, niña o adolescente.
- **Acordar acciones incompatibles con el comportamiento autolesivo.** Una vez más, con la supervisión de los equipos especializados, hay niños, niñas y adolescentes que se benefician de la creación de acuerdos respecto a acciones que sean incompatibles con las conductas peligrosas: por ejemplo, no quedarse a solas en los servicios, o comprometerse a comentar a una persona cuando les aparezcan ideas suicidas. También pueden ser útiles acuerdos que amplíen en plazo: “¿Qué te parece si durante este mes pruebas X y valoramos cómo te ha ido a principios del mes siguiente?”. En este sentido, los acuerdos deben ser conocidos no solo por quienes los establecen (los equipos especializados y alguna figura docente) y por la familia, sino también por el resto de equipos educativos que interactúen con el niño, niña o adolescente, para detectar incumplimientos e indicadores de riesgo o de recaída.

Para profundizar

Aumaitre, A., Costas, E., Sánchez, M., Taberner, P., y Vall, J. (2021). *Crecer saludable(mente). Un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia*. Save the Children España. <https://www.savethechildren.es/actualidad/informe-crecer-saludablemente-analisis-sobre-la-salud-mental-y-el-suicidio-en-la> Una visión amplia de la salud mental infantojuvenil a nivel estatal en España (y en la Comunidad de Madrid con el mismo equipo y la misma metodología: Aumaitre, Costas, Sánchez, Taberner, y Vall, 2022), del suicidio y las dificultades de acceso a los servicios de salud mental, con propuestas concretas de mejora.

Castellví-Obiols, P., y Piqueras, J. A. (2019). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 45-59. https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf Una revisión de las distintas manifestaciones de autolesiones e ideación suicida, con algunas claves para desmontar los mitos principales.

Espada, J. P., Méndez, X., Orgilés, M., y Morales, A. (2021). Conducta suicida. En Fernández-Hermida, J. R., y Villamarín-Fernández, S. (Eds.), *Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1* (pp. 32-37). Consejo General de la Psicología de España. <https://www.cop.es/pdf/LibroBlanco-Volumen1.pdf> Una breve revisión sobre la conducta suicida, los factores de riesgo y los factores de protección.

Fundación ANAR. (2022). *Conducta suicida y salud mental, en la infancia y la adolescencia en España (2012-2022)*, según su propio testimonio. Fundación ANAR. <https://www.anar.org/wp-content/uploads/2022/12/Estudio-sobre-Conducta-Suicida-en-la-Infancia-y-la-Adolescencia-2012-2022.pdf> Una descripción muy detallada del fenómeno atendido por el Teléfono del Menor ANAR, con estadísticas acompañadas de testimonios de los propios niños, niñas y adolescentes atendidos así como de los equipos profesionales que atienden las llamadas.

Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (2025). *Guías, protocolos y planes de prevención y abordaje de la conducta suicida en centros educativos*. <https://www.fsme.es/adolescencia/adolescencia-guias-y-protocolos/> Una recopilación de herramientas disponibles para realizar acciones respecto a la temática del suicidio en los

centros educativos, muchas de ellas de administraciones públicas con competencias en la materia.

Grupo de trabajo del OPBE sobre evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia. (2022b). *Información sobre las autolesiones para adolescentes, familias y profesionales de la educación*. Ministerio de Sanidad, Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS, Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. <https://portal.guiasalud.es/material-pacientes/autolesiones-adolescentes-familias-profesionales-de-la-educacion/> Una guía sencilla de sensibilización es, publicado de forma independiente, el Anexo 10 de Grupo de trabajo del OPBE (2022a) para facilitar la difusión con adolescentes, familias y equipos educativos.

Montés, M., y Jiménez, A. (2023). *Vivir. Guía para familiares y educadores. Prevención del suicidio en adolescentes*. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051037.pdf> Una revisión muy práctica de los aspectos básicos del abordaje del suicidio en adolescentes, con pautas relevantes para los centros educativos.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) [Organización Mundial de la Salud]. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141> (Trabajo original de 2014 en inglés). Un documento clásico sobre las claves básicas para la prevención del suicidio, orientado a toda la población, pero con muchas medidas aplicables también en los centros educativos que trabajan con niños, niñas y adolescentes.

Comportamientos adictivos

Los comportamientos adictivos como problemas para la salud mental despiertan mucho interés por la aparente contradicción que aparece cuando las personas realizan acciones que les causan daño, con una clara incapacidad para evitarlas. Cuando estos comportamientos aparecen en niños, niñas y adolescentes, el desconcierto puede ser mucho mayor, especialmente cuando se constata un uso ampliamente extendido, como refleja Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2024) en su publicación bienal *ESTUDES. Encuesta sobre*

Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España. Por eso, el primer paso consiste en conseguir una definición operativa que nos ayude a comprender esta problemática. Robert West (2013) propone una definición que recoge los principales elementos de una **adicción**, presentada como **una motivación poderosa que se repite para realizar un comportamiento intencionado que no tiene un valor específico para la supervivencia, que se adquiere como resultado de realizar ese comportamiento, con un potencial significativo para causar un daño no intencionado** (p. 27). En este sentido, se pueden desarrollar adicciones a sustancias tanto legales (tabaco, alcohol, medicamentos...) como ilegales (cánnabis, cocaína, otras drogas...), pero también a acciones específicas, las llamadas “adicciones sin sustancia” (como la adicción al juego en línea o a las apuestas, entre otras). Los niños, niñas y adolescentes pueden presentar todo este tipo de problemáticas, con situaciones preocupantes especialmente según aumentan con el paso del tiempo y cuando se intensifican las conductas.

Como el propio Robert West (2013) sigue analizando, existen **múltiples modelos explicativos para las adicciones**, y lo más prudente es optar por una mirada integradora que incorpore los elementos fundamentales. Así, desde un **modelo biopsicosocial**, los comportamientos adictivos tienen una **dimensión biológica** (el sistema nervioso se configura para necesitar ciertas sustancias o acciones para experimentar placer al principio, y para evitar el sufrimiento cuando la adicción está consolidada), una **dimensión psicológica** (con comportamientos y emociones que generan malestar y pérdida de control de sus propias acciones) y una **dimensión social** (generan un tipo de relaciones interpersonales poco sanas, desde el exceso y la dependencia hasta la ausencia y el aislamiento, y se dan dentro de un contexto en el que alguien se beneficia económicamente de la dependencia de la persona). La dimensión social aumenta en relevancia cada vez más en el análisis de esta problemática en niños, niñas y adolescentes, poniendo en evidencia que la disponibilidad de las sustancias o de las acciones, la aceptación social (e incluso la promoción de los comportamientos adictivos como conductas deseables, de autonomía y liderazgo) y las dificultades para tener proyectos realistas a largo plazo incrementan este tipo de comportamiento.

ADICCIÓN (SEGÚN WEST, 2013, P. 27):
UNA MOTIVACIÓN PODEROSA QUE SE REPITE PARA REALIZAR UN COMPORTAMIENTO INTENCIONADO QUE NO TIENE UN VALOR ESPECÍFICO PARA LA SUPERVIVENCIA, QUE SE ADQUIERE COMO RESULTADO DE REALIZAR ESE COMPORTAMIENTO, CON UN POTENCIAL SIGNIFICATIVO PARA CAUSAR UN DAÑO NO INTENCIONADO

Una cuestión que está aumentando en visibilidad también es la **relación entre los comportamientos adictivos y el trauma** (ver, por ejemplo, Winhall, 2021). En gran parte de las adicciones (aunque no en todas ellas) la persona está intentando calmar mediante el comportamiento adictivo el malestar proveniente de situaciones de trauma no abordadas, con una especie de “automedicación” (con sustancias o con acciones). Esto es especialmente relevante en niños, niñas y adolescentes, ya que socialmente pueden tener menos acceso a apoyos efectivos ante situaciones complejas (como serían el apoyo de recursos de salud mental e incluso de medicación psiquiátrica apropiada para ciertos cuadros), y sin embargo se pueden ayudar con este tipo de conductas con mayor facilidad. Como recogemos en el **Capítulo 7. Problemas de salud mental (III): el trauma**, los comportamientos adictivos pueden ser indicadores de trauma, de modo que cuando se detectan es apropiado plantear que existe alguna forma de trauma en el niño, niña o adolescente, y derivar a equipos especializados que puedan realizar una evaluación adecuada.

Conexiones

En cierto sentido, lo que caracteriza a los comportamientos adictivos es la **búsqueda de la desconexión interior de vivencias de profundo malestar** (a menudo traumáticas), pero esa falta de conexión es una solución temporal, ya que el malestar no desaparece, sino que sigue emergiendo en distintos momentos de la vida cotidiana. Además de estar en el origen, la pérdida de control del comportamiento propio, sea percibida o no por el niño, niña o adolescente, le genera una segunda desconexión real de sus propias emociones y vivencias, que se ven relegadas a un segundo plano frente a la urgencia del comportamiento adictivo.

Estos problemas con la conexión interior están relacionados con las **conexiones problemáticas con otras personas**, de nuevo tanto siendo la causa (el trauma con origen en violencia y maltrato interpersonal) como reflejándose en las consecuencias (el comportamiento adictivo daña las relaciones cercanas, familiares y afectivas, que podrían ser de apoyo si no estuviera interfiriendo la adicción).

Y la **conexión con la vida** también puede estar implicada como origen (la pérdida de esperanza puede conducir a adicciones en unas sociedades en las que muchos niños, niñas y adolescentes no ven perspectivas de futuro, sabiendo que tendrán más dificultades de sus figuras adultas de referencia para estudiar, conseguir trabajo, independizarse...) y como

consecuencia (los comportamientos adictivos son un obstáculo para tener proyectos a corto, medio y largo plazo que sean satisfactorios, desde las amistades, el deporte, el arte en sus distintas formas y planes de vida personal y profesional).

Por todo esto, el abordaje de los comportamientos adictivos debe incluir una visión completa hacia cada niño, niña o adolescente, incorporando las conexiones de todas las dimensiones para favorecer comportamientos que sean más saludables y satisfactorios a largo plazo.

Indicadores

Sabiendo que hay muchos materiales de sensibilización, prevención, detección e intervención temprana en el campo de las adicciones, recogemos aquí los primeros indicadores que se pueden utilizar para detectar este tipo de problema:

- **Necesidad de realizar el comportamiento adictivo para gestionar el día a día.** Lo que caracteriza el comportamiento adictivo es la repetición de la conducta, ya sea de consumo de la sustancia o de práctica de la acción, como las apuestas o el juego en línea, sin alternativas realistas en el repertorio de posibilidades del niño, niña o adolescente. De este modo, **el comportamiento diario gira en torno al tema del control y de su pérdida:** para gestionar el malestar (intento de control), el niño, niña o adolescente realiza el comportamiento adictivo, pero al llevarlo a cabo pierde su capacidad de gestionarlo de maneras más saludables (pérdida de control), con una conducta que deja de ser autónoma y se convierte en dependiente (pérdida de control). Cuando el control y el descontrol están muy activos en la vida de un niño, niña o adolescente, es importante verificar los posibles comportamientos adictivos.
- **Pérdida de conexiones valiosas.** Cuando el niño, niña o adolescente se involucra en comportamientos adictivos las conexiones importantes de su vida se ven afectadas, con un deterioro importante e incluso con su pérdida. Así, en el ámbito relacional, debido a la adicción, el niño, niña o adolescente puede alejarse de sus figuras de cuidado (con discusiones frecuentes y silencio en casa, por ejemplo), perder amistades relevantes (sustituidas a veces por relaciones más superficiales o directamente

instrumentales relacionadas con el comportamiento adictivo: personas con las que ir a beber o a consumir, desconocidos con los que comentar en los juegos en línea...), o generar una sensación de rechazo entre sus iguales (por el comportamiento pasivo o agresivo, que no toleran). En el ámbito vital, el niño, niña o adolescente puede dejar de practicar aficiones y deportes que le gustaban, permitir un impacto importante en sus estudios con una bajada de rendimiento, e incluso dejar de lado sus perspectivas personales y profesionales de futuro. El aislamiento, cuando tiene otras causas, también es un factor de riesgo para acabar en comportamientos adictivos.

- **Entre la invulnerabilidad y la culpa.** Es interesante prestar atención a los mensajes contradictorios, que oscilan entre la apariencia de control de *“Yo dejo esto cuando lo desee, no es un problema para mí, pero ahora no quiero”* y la culpabilidad de *“Y sin embargo, hay veces que no consigo dejar de hacer esto, y mis personas queridas me lo están notando”*. Esta ambivalencia puede apuntar a un uso problemático de los comportamientos a los que se refiere.
- **El paso del uso al abuso.** En general, los comportamientos adictivos no aparecen súbitamente, sino que se consolidan en un proceso que va de la exploración inicial al uso habitual y de ahí al abuso, la adicción en sí. Conocer el uso de cualquiera de estas sustancias o acciones por parte de niños, niñas y adolescentes en concreto puede ayudar a favorecer un uso saludable (cuando sea posible) o a prevenir los comportamientos adictivos desde un momento en el que no se ha generado dependencia fisiológica o psicológica. Por eso los programas de prevención son útiles, no solo para evitar situaciones sino también para detectar e intervenir ante las que estén en desarrollo.

Narrativa

Los comportamientos adictivos se mantienen mediante una narrativa en la línea de *“Necesito X para sobrellevar mi vida”*, aunque en muchos momentos se percibirá un mensaje relativo a la sensación de autocontrol, del tipo *“Pero lo puedo dejar cuando quiera”*. Para intervenir adecuadamente es necesario identificar cuál es la situación que causa el malestar inicial, la que conduce a una forma de “automedicación” (con o sin sustancias) para manejarla. A

veces serán situaciones conscientes, pero en muchos casos, especialmente en las formas más severas de trauma, es posible que sean experiencias emocionales intensas de origen desconocido, generando en el niño, niña o adolescente un sufrimiento adicional por la vivencia de falta de control interior, por la sensación de contar con un mundo emocional peligroso. Una revisión de todas las narrativas internas será imprescindible para que el niño, niña o adolescente pueda empezar a comprender su comportamiento y valorar opciones más saludables.

"NECESITO X PARA SOBRELLEVAR MI VIDA..."
 "...PERO LO PUEDO DEJAR CUANDO QUIERA"
 (FALSA SENSACIÓN DE AUTOCONTROL)

Acompañamiento

Los comportamientos adictivos, especialmente cuando se han consolidado en la vida del niño, niña o adolescente y suponen una pérdida de control de muchas de sus actividades diarias, pueden requerir un acompañamiento especialmente complejo. Desde los centros educativos se pueden llevar a cabo las siguientes acciones:

- **Derivar a los servicios especializados correspondientes y seguir las pautas que proporcionen.** El tratamiento de los comportamientos adictivos exige una mirada completa a la situación del niño, niña o adolescente, de modo que solo los equipos especializados pueden realizar un diagnóstico adecuado y plantear un plan de trabajo efectivo, con la participación de todas las partes implicadas, e incluyendo a las familias y los centros educativos. Al realizar la derivación es conveniente indicar las posibles causas traumáticas de estas conductas, a partir del conocimiento de la personalidad del niño, niña o adolescente, de su historia personal y de sus relaciones, para favorecer el diagnóstico más adecuado, que puede incluir el trauma.
- **Trabajar las conexiones con otras personas y con la vida.** La pérdida de conexiones puede ser tanto la causa como la consecuencia de los comportamientos adictivos, de modo que mejorarlas puede ayudar a tener conductas más saludables. Así, trabajar la conexión del niño, niña o adolescente con otras personas (con su familia, con sus amistades, con sus iguales en clase, con su tutora o con su monitor de extraescolares...) puede reducir su malestar inicial, reduciendo su uso del comportamiento adictivo, pero también puede servir de apoyo y de motivación en los procesos adictivos más complejos. Y, por otro lado, cultivar la conexión del niño, niña

o adolescente con elementos valiosos de su propia vida (sus aficiones, sus gustos) y de su futuro (lo que quiere estudiar, en qué quiere trabajar, cómo quiere vivir la vida adulta...) puede ser un incentivo para involucrarse en comportamientos más adecuados.

- **Elaborar temas internos.** Sabiendo que el origen de los comportamientos adictivos de los niños, niñas y adolescentes puede estar en procesos internos incompletos y problemáticos, especialmente situaciones de trauma, carencias afectivas y de otro tipo y duelos sin elaborar, abordar esos temas suele ser imprescindible para conseguir cambios duraderos y un bienestar suficiente que conviertan en innecesarias las conductas problemáticas. Aunque el abordaje completo de esos temas es responsabilidad de los equipos especializados, los centros educativos pueden señalar cuáles pueden ser las posibles problemáticas y acompañarlas con las pautas que se les proporcionen.
- **Fomentar actividades incompatibles con el comportamiento adictivo.** Una de las acciones más básicas consiste sencillamente en facilitar que el niño, niña o adolescente se involucre en actividades que no sean compatibles con la conducta problemática, aunque esto no es fácil de conseguir. Por ejemplo, la práctica deportiva o el movimiento físico en general (como el baile, el teatro o los juegos de patio) no es fácil mientras se está fumando o bebiendo alcohol, de modo que, mientras los están practicando, los niños, niñas y adolescentes no están consumiendo, en ese momento. Pero también, a largo plazo, al ver que su rendimiento baja, pueden reducir o eliminar su consumo (desafortunadamente, la otra opción, que eligen con más frecuencia, es dejar de realizar la acción saludable). Tener un grupo que queda en el parque en persona puede ser una motivación para reducir el uso de dispositivos digitales (pero, a menudo, los niños, niñas y adolescentes quedan para seguir con su vida digital, sin interactuar casi con sus amistades que están ahí presentes). Los equipos especializados pueden plantear opciones más realistas y elaboradas en esta línea, que se pueden acompañar desde los centros educativos.

Para profundizar

Fernández-Hermida, J. R., Martínez-Loredo, V., y González de la Roz, A. (2021). Conductas adictivas en la infancia y adolescencia. En Fernández-Hermida, J. R., y Villamarín-Fernández, S. (Eds.), *Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1* (pp. 38-53). Consejo General de la Psicología de España. <https://www.cop.es/pdf/LibroBlanco-Volumen1.pdf> Una revisión de la conceptualización de las adicciones en la infancia y adolescencia, con análisis de la situación entre los niños, niñas y adolescentes a nivel estatal en España.

Juan, M., Nobre-Sandoval, L. A., y Duch, M. (2022). *La prevención familiar de las adicciones. Desafíos y oportunidades de las estrategias de calidad*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2022_DGPNSD_InformePrevencionFamiliarAdicciones.pdf Una interesante propuesta de abordaje de las adicciones desde la familia, incluyendo una dimensión afectiva y relacional que se puede apoyar desde los centros educativos.

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2024). *ESTUDES. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España*. Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm Última edición del análisis sobre el uso de drogas por parte de adolescentes que se realiza cada dos años en España, con estadísticas actualizadas y las tendencias de ascenso o descenso de uso de las distintas sustancias y de algunos comportamientos adictivos sin sustancias

Somatizaciones y otros problemas fisiológicos

Consideraremos **somatización** aquellos **problemas físicos que no tienen un origen fisiológico (una enfermedad, una lesión...)** sino que **surgen como expresión fisiológica concreta de un malestar psicológico normalmente no reconocido conscientemente**.

El primer elemento a descartar es verificar que la situación no se trata de que el niño, niña o adolescente, haciendo uso de sus capacidades cognitivas y

sociales, intenta obtener cierto tipo de respuesta de las figuras adultas fingiendo síntomas que no son reales (como cuando aparentemente les duele la tripa para comer cierta verdura, pero no para comer el postre, o como cuando dicen que tienen dolor de cabeza para hacer un examen, pero no para jugar en el patio con sus amistades). Esos intentos de **fingir síntomas** que no son verdaderos forman parte de la exploración de las relaciones interpersonales esperables, y se pueden abordar con prácticas educativas de escucha y abordaje de las necesidades emocionales del niño, niña o adolescente, sin permitir la manipulación y enseñando formas socialmente adecuadas de pedir el apoyo que necesita.

LA SOMATIZACIÓN NO CONSISTE EN FINGIR SÍNTOMAS (QUE SE DEBE ABORDAR EDUCATIVAMENTE), SINO EN PRESENTAR SÍNTOMAS REALES QUE NO TIENEN UNA CAUSA FISIOLÓGICA INMEDIATA: SU ORIGEN ESTÁ EN UN MALESTAR PSICOLÓGICO NO RECONOCIDO

La **somatización**, por el contrario, es un **malestar real**, que un equipo médico puede medir y detectar, pero las causas no están en temas puramente fisiológicos, sino que expresan unas vivencias emocionales que no se han podido procesar de una forma más saludable. El tipo de vivencias que se suelen reflejar son de desbordamiento emocional, principalmente por miedo excesivo, pero también pueden venir de la tristeza y

la rabia extremas, sin un acompañamiento adecuado. La dimensión temporal puede ser también relevante en la manifestación de la somatización, ya que no es lo mismo un hecho puntual ligado a una situación concreta, que se repite cada vez que aparece la situación (por ejemplo, diarrea cada vez que hay un examen), que una somatización más generalizada, aparentemente sin relación con los hechos en la vida de la persona (por ejemplo, insomnio generalizado todo el año, tanto en vacaciones como en tiempo lectivo). El sistema nervioso, para dar legitimidad a esas vivencias sin saturar la consciencia en desarrollo del niño, niña o adolescente, opta por convertir el malestar emocional no legitimado en un malestar físico que al menos reciba el reconocimiento de las personas adultas del entorno. El problema es que, entonces, la intervención profesional se estructura en torno al síntoma físico (resolver la “enfermedad” aparente), que supone un mínimo de atención por parte de las figuras de cuidado (la familia y otras figuras adultas se preocupan y actúan, y el niño, niña o adolescente siente que se le ve durante esos momentos), pero no permite un despliegue real del procesamiento emocional que está en su origen (no se llega a legitimar el miedo, o la tristeza, o la soledad que se ha expresado a través de la somatización).

Con todas estas consideraciones se puede comprender que **la mayoría de somatizaciones son una forma de disociación**, y por tanto de **trauma**, como

analizamos en el **Capítulo 7. Problemas de salud mental (III): el trauma**, aunque, por su relevancia, haremos aquí una exploración básica de este tipo de problemas. Como dice el título de un manual de referencia en trauma de Bessel van der Kolk (2017), *“el cuerpo lleva la cuenta”*, apuntando a que las vivencias emocionales no legitimadas no desaparecen, sino que se acumulan en experiencias corporales. O, como explica Ann Weiser Cornell (1999, p. 22), es necesario *“oír los susurros del cuerpo antes de que este tenga que gritar”*, refiriéndose a los síntomas psicósomáticos como una forma de “gritar” del cuerpo para expresar el sufrimiento emocional. Y, sin embargo, la formación a profesionales que trabajan con niños, niñas y adolescentes muy raramente incluye este tipo de contenidos. La sensibilidad está presente, como se menciona en el Anexo, y es el motivo de que aparezca este apartado aquí: las verbalizaciones en la línea de *“El crecimiento tan grande de alergias e intolerancias yo creo que tiene que ver con lo psicológico también”* reflejan una consciencia de cambios importantes en las últimas décadas. Por supuesto, hay elementos que tienen que ver con la salud ambiental, como la presencia de sustancias dañinas, que pueden causar daño real en los sistemas en desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, o el exceso de limpieza en la primera infancia, que puede generar respuestas inadecuadas del sistema inmunológico ante elementos neutros o incluso beneficiosos. Sin embargo, es claro que el aumento de sensibilidades y problemas somáticos no se limita a causas puramente del ámbito fisiológico, sino que en muchos casos hay motivos de carácter psicológico.

Conexiones

Según el modelo que estamos siguiendo, los problemas psicósomáticos tienen su origen en **conexiones dañinas con otras personas** (especialmente con las figuras de cuidado dentro y fuera de la familia, pero también con iguales) o **con la vida** (en concreto, ante accidentes, desastres naturales y catástrofes sociales, que generan emociones de mucho temor y de inseguridad en el mundo), que no se pueden manejar en la **conexión interior** (el sistema nervioso no es capaz de gestionarlas en la consciencia), de modo que se genera una desconexión interior: el sufrimiento se legitima a través del cuerpo, y la consciencia sigue otro camino. El problema es que el malestar físico, al ser real, recibe la atención de las personas adultas, pero sin ir más allá, sin llegar a los orígenes del problema, de modo que lo somático acaba organizando la vida del niño, niña o adolescente, que sigue sin poder reconocer y gestionar las vivencias emocionales desbordantes que están pendientes en su interior.

Indicadores

Los temas psicósomáticos se pueden identificar a partir de los siguientes indicadores:

- **Enfermedades físicas con orígenes poco claros.** Cuando los niños, niñas y adolescentes presentan temas físicos reales, pero las causas no están claras, se puede sospechar de la presencia de somatizaciones, especialmente cuando haya correlación con vivencias emocionales desagradables (por ejemplo, cada vez que hay un examen de matemáticas, o cuando la familia está inmersa en una separación conflictiva, o al haberse detectado una situación de acoso entre iguales).
- **“El niño, niña o adolescente siempre enfermo o enferma”.** Aunque hay enfermedades físicas que pueden tener un proceso lento, o incluso otros diagnósticos asociados, cuando los niños, niñas y adolescentes parece que siempre tienen una enfermedad u otra, tal vez no grave, pero sí que altera su vida de forma significativa, se puede contemplar la posibilidad de que estén somatizando vivencias intensas no validadas.
- **Organización de la vida en torno a los síntomas fisiológicos.** Si la **somatización es una forma de legitimar el malestar emocional**, hacer que todo en la vida del niño, niña o adolescente gire en torno a los síntomas fisiológicos es una forma (inconsciente) del sistema nervioso de intentar que reciba la atención que necesita. Si la expresión emocional no ha sido suficiente, el sistema nervioso pasa a la expresión psicósomática, esperando que las personas adultas atiendan al menos lo físico, como paliativo para la ausencia de regulación emocional. Desafortunadamente, esa atención no es suficiente para ayudar al procesamiento de las emociones bloqueadas, a menos que se identifiquen los motivos profundos de todo el cuadro psicósomático.
- **Presencia de indicadores de trauma.** Si se plantea la hipótesis de que los síntomas fisiológicos pueden ser parte de una somatización, y tal vez una expresión de **trauma y disociación**, el paso siguiente sería revisar, en línea con el capítulo 7, los indicadores de trauma. Si el niño, niña o adolescente presenta indicadores de trauma, especialmente en varios ámbitos, la intervención pasará por derivar el caso a servicios especializados que puedan realizar una evaluación exhaustiva, incorporando la somatización como un elemento más dentro del trauma.

Narrativa

Al contrario que en las otras narrativas que estamos recogiendo, que son formulaciones que podemos escuchar, con variaciones, de los niños, niñas y adolescentes, en el caso de las somatizaciones el mensaje es mucho más sutil, y claramente está fuera de su consciencia. Cuando percibamos que la frase *“Mi cuerpo cuenta con síntomas lo que yo no puedo contar con palabras”* podemos plantear la opción de que sea una situación de somatización. Sin embargo, las verbalizaciones de los propios niños, niñas y adolescentes serán mucho menos claras que en el resto de narrativas, reflejando la desconexión interior que está en la base de la somatización: *“No sé por qué me pasa esto, no consigo manejarlo”*.

Al mismo tiempo, cuando los síntomas llevan mucho tiempo consolidados y parece que no hay nada que los resuelva a largo plazo, los niños, niñas y adolescentes pueden expresar su desánimo con expresiones similares a las que aparecen con la depresión, del tipo *“Da lo mismo lo que me hagan o lo que haga yo, sigo con el sufrimiento físico (y me desespera)”*. En ese caso hay que tener claro que la intervención tendrá que abordar no solo los síntomas físicos y sus causas emocionales, sino también el cansancio y la sensación de derrota ante la falta de progresos.

“MI CUERPO CUENTA
CON SÍNTOMAS LO QUE
YO NO PUEDO CONTAR
CON PALABRAS”
“NO SÉ POR QUÉ ME
PASA ESTO, NO CONSIGO
MANEJARLO”
“DA LO MISMO LO QUE
ME HAGAN O LO QUE
HAGA YO, SIGO CON
SUFRIMIENTO FÍSICO (Y
ME DESESPERA)”

Acompañamiento

El acompañamiento de las somatizaciones y otros problemas fisiológicos conlleva la complejidad de tener en cuenta cuatro grandes líneas en paralelo (incluyendo las orientaciones de los servicios especializados en todas ellas):

- **Derivar a los servicios especializados correspondientes y seguir las pautas que proporcionen.** Las somatizaciones son temas especialmente complejos, en los que es necesario contar con la mirada desde la medicina con un componente fundamental de las dimensiones psicológicas (en algunos círculos lleva el título de **Medicina Psicosomática**, pero puede haber otras formulaciones). Desde una mirada integral al niño, niña o adolescente se deben abordar los síntomas, con medidas que reduzcan

el malestar en el día a día, pero también las causas, para hacer que ya no sean necesarios y que puedan desaparecer. Teniendo en cuenta que la somatización aparece como recurso extremo del sistema nervioso ante muchas emociones sin procesar acumuladas, hay que prever un proceso lento, con frecuentes retrocesos.

- **Abordar los temas que han causado la somatización.** En este sentido, hay causas primarias (aquellas situaciones que causaron el desbordamiento emocional y el posible trauma, como agresiones, abusos, maltrato...) y causas secundarias (la falta de detección y acompañamiento por parte de las figuras de cuidado familiares y sociales, que han conducido a la expresión del malestar a través del cuerpo ante la falta de respuestas apropiadas con otros elementos más sutiles como verbalizaciones, expresiones del niño, niña o adolescente...). Desde el centro educativo no se debe intentar realizar el trabajo propio de la psicoterapia, pero sí que se puede hacer el seguimiento para que la familia o los tutores legales asuman los procesos terapéuticos necesarios.
- **Trabajar las capacidades actuales.** El niño, niña o adolescente, a pesar del sufrimiento que ha conducido a la somatización, es capaz de vivir y, por tanto, de hacer muchas cosas por su bienestar. Desde el centro educativo se debe partir de las capacidades concretas que tiene, a pesar de los síntomas, y ayudarle a avanzar en los ámbitos en los que pueda (por ejemplo, tener diarrea no impide que pueda hablar con sus amistades al salir del lavabo, y es algo que puede aliviar su malestar, e incluso el síntoma concreto durante un rato).
- **Pautas de autorregulación física y emocional.** La somatización tiene como causa la desregulación emocional que acaba en desregulación física, de modo que todas las acciones que ayuden a regular cualquiera de estos aspectos pueden mejorar la situación del niño, niña o adolescente. Así, las actividades de consciencia corporal a veces pueden ayudar, como la relajación, la meditación, el yoga, y hasta el deporte y el baile, y también pueden servir ejercicios de autoconocimiento y de gestión emocional, desde técnicas de respiración y trabajo con emociones hasta la mayoría de formas de expresión artística.

Para profundizar

Romeo, F. J. (2019). *Acompañando las heridas del alma. Trauma en la infancia y adolescencia*. Aldeas Infantiles SOS (Oficina regional para América Latina y el Caribe). <https://www.espiralesci.es/manual-acompanando-las-heridas-del-alma-trauma-en-la-infancia-y-adolescencia-de-f-javier-romeo/> Este manual proporciona una mirada general al trauma, en la línea analizada en el capítulo 7, e incluye una mirada a los indicadores psicossomáticos de trauma (pp. 32).

Trastorno del Espectro del Autismo

El **Trastorno del Espectro del Autismo** es un tema de salud mental en la infancia y adolescencia que aparece tanto en las publicaciones de referencia internacionales (OPS, 2023, pp. 41-43 y 46; UNICEF, 2022, pp. 31 y 37) como en España (Morales y Canals, 2021). También conocido como “**Trastorno del Espectro Autista**”, en este manual seguiremos la terminología adoptada por entidades de referencia en España que trabajan con esta temática, como el Centro Piloto sobre Trastorno del Espectro del Autismo del Real Patronato sobre Discapacidad y la Confederación Autismo España. Aparte de las dificultades que puede conllevar esta condición, la percepción concreta por parte de personas adultas y de iguales y de la sociedad en general pueden aumentar el malestar y convertir la diferencia en una desigualdad importante.

El término “Trastorno del Espectro del Autismo” se refiere a un amplio conjunto de condiciones que se caracterizan por dos **elementos** fundamentales: las **dificultades en la comunicación y en las interacciones y relaciones sociales** y la **rigidez en el pensamiento y en el comportamiento**. El término “espectro” pone de relieve la **gran variabilidad entre las personas con autismo**, en cualquiera de sus manifestaciones, desde aspectos muy sutiles hasta dificultades serias e incluso la discapacidad. Así, en cuanto a la comunicación, los niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro del Autismo pueden tener dificultades para interpretar mensajes complejos en lo relacional, como la ironía, los dobles sentidos, los juegos de palabras o ciertas formas de humor, hasta problemas más serios en el manejo

LOS DOS
ELEMENTOS DEL
TRASTORNO DEL ESPECTRO
DEL AUTISMO (O
TRASTORNO DEL ESPECTRO
AUTISTA):
- DIFICULTADES EN LA
COMUNICACIÓN Y EN LAS
RELACIONES SOCIALES
- RIGIDEZ EN EL
COMPORTAMIENTO Y EN
EL PENSAMIENTO

de la expresión verbal, en especial lo relativo a las emociones propias y de otras personas, y hasta la ausencia de lenguaje hablado (aunque en muchos casos pueden comunicarse con ideogramas y otros sistemas de apoyo). Por otro lado, la falta de flexibilidad puede manifestarse con preferencias claras por los mismos patrones de funcionamiento, hasta serias dificultades para salir de las rutinas y de las personas conocidas. Otro elemento que puede aparecer es la sensibilidad diferente a la media, por exceso o por defecto, a los estímulos externos (en especial sonidos y luces, pero también olores): desde la saturación y el desbordamiento emocional ante estímulos aparentemente normales hasta la falta de respuesta que sería necesaria ante elementos de alarma.

Una puntualización importante es que el Trastorno del Espectro del Autismo **puede aparecer junto con diversas formas de discapacidad intelectual**, aumentando la complejidad de la situación, pero también hay personas con las capacidades cognitivas plenamente conservadas. Al mismo tiempo, el Trastorno del Espectro del Autismo puede afectar al niño, niña o adolescente de modo que se puede considerar una forma específica de discapacidad, por ejemplo, cuando no tiene la capacidad de seguir una clase en grupo debido al ruido, y tiene que recibir Educación Especial en un entorno más silencioso y personalizado a pesar de tener unas capacidades cognitivas apropiadas para la edad. Debido a la diversidad de manifestaciones de este trastorno, será necesario consultar a los equipos especializados que acompañan a cada niño, niña o adolescente para conocer sus limitaciones y también sus capacidades y su potencialidad.

Conexiones

Dentro de la gran variación de manifestaciones, los niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro del Autismo tienden a presentar formas peculiares de conectar en los distintos ámbitos. La **conexión interior** puede aparecer diferente, en especial la capacidad de reconocer, comprender y regular las emociones, sobre todo cuando son reacciones de malestar ante situaciones externas (estímulos que resultan desagradables o situaciones sociales que no se comprenden).

El reto mayor para los niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro del Autismo es la **conexión con otras personas**: a pesar de que, contra los mitos frecuentemente extendidos, las relaciones sí que les interesan, suelen tener dificultad para comprender las claves sociales (los turnos de palabra, las bromas, las metáforas...), y en algunos casos

tienen limitaciones en el lenguaje verbal o directamente necesitan formas alternativas de comunicación (mediante pictogramas y otros sistemas de apoyo). Sin embargo, en muchos casos son conscientes del trato diferente que reciben por parte de las figuras adultas (que tienden a preguntarles menos y a no considerar su opinión) y de sus iguales (que a menudo evitan la interacción o que pueden llegar a ocasionarles situaciones de acoso), como refleja un estudio de la Confederación Autismo España (2021).

La **conexión con la vida, el mundo y la trascendencia** depende de nuevo de sus capacidades por una parte, pero también de los **ajustes de la sociedad** para ofrecerles unas perspectivas vitales satisfactorias, tanto en el ámbito académico (la posibilidad de avanzar en los estudios se ve reducida por la falta de apoyos específicos según progresan en la educación formal) y profesional (a pesar de contar con muchas capacidades a nivel de empleabilidad en múltiples campos, las dificultades con las relaciones sociales pueden disminuir las oportunidades laborales) como en el relacional. La sensación de pertenencia es fundamental para contar con buenas conexiones de los tres tipos.

Indicadores

Los niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro del Autismo presentan una gran variedad en sus indicadores, entre los que destacan los siguientes:

- **Alta variabilidad dentro del espectro.** Como hemos visto, el término “espectro” intenta reflejar que las consecuencias de este tema de salud mental pueden afectar de formas muy diferentes a cada niño, niña o adolescente, desde elementos sutiles hasta dificultades para el funcionamiento en la vida diaria. Por eso es imprescindible contar con una evaluación adecuada, realizada por equipos especializados. Además, los indicadores pueden variar dentro de la propia vida del niño, niña o adolescente, por ejemplo, con dificultades para las relaciones sociales en la infancia, que mejoran con la adolescencia al desarrollar estrategias cognitivas (como en *“Cuando me dicen X, debo interpretar que es una broma bienintencionada y no tomármelo como un ataque personal, regulando mi respuesta”*), o al contrario, con cierta

sociabilidad en la infancia que se va reduciendo en la adolescencia al fijarse en comportamientos más rígidos. La clave fundamental es que lo que sirve para un niño, niña o adolescente puede no servirle a otro, es necesario conocer sus especificidades.

- **Dificultades para las relaciones sociales.** En este sentido, si el niño, niña o adolescente no llega a desarrollar lenguaje verbal, las relaciones interpersonales pueden verse claramente disminuidas. Pero incluso con un desarrollo lingüístico adecuado, puede haber aspectos del lenguaje que le resulten difíciles, como el lenguaje figurado, las fórmulas de cortesía o las expresiones simbólicas. Y comprender cómo funcionan las emociones en otras personas suele ser un reto, haciendo que las mentes de sus iguales y de sus figuras adultas les resulten impredecibles (y, por tanto, poco seguras).
- **Rigidez en patrones cognitivos y comportamentales.** El Trastorno del Espectro del Autismo suele manifestarse con dificultades para la flexibilidad tanto en el ámbito cognitivo (con creencias no modificables por la experiencia y con reglas internas diferentes a las que se suelen utilizar en la sociedad) como en el comportamiento (con conductas repetidas y ritualizadas, y con poca adaptabilidad a los cambios, especialmente si los planes se modifican rápidamente). Los niños, niñas y adolescentes con autismo a menudo necesitan de la mediación de una figura adulta para asumir cambios relevantes, lo cual puede generar distancia con sus iguales, que suelen comportarse con mayor espontaneidad e imprevisibilidad.
- **Posible presencia de discapacidad intelectual, pero no siempre.** Dentro de la variabilidad, hay niños, niñas y adolescentes que presentan discapacidad intelectual (en distintos grados) a la vez que autismo, y otros que no. Un diagnóstico adecuado ayuda a distinguir entre las limitaciones que tienen que ver, por ejemplo, con temas de comunicación (y que se pueden suplir con adaptaciones en el tipo de lenguaje utilizado y pueden permitir cierta evolución) y las que dependen de la discapacidad (que se tienen que respetar como características que hay que incorporar como parte de la realidad cotidiana).
- **A menudo sensibilidad fuera de lo habitual.** La sensibilidad de los niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro del Autismo puede ser diferente a la de personas con desarrollo típico, tanto por

exceso como por defecto, y respecto a distintos tipos de estímulos. Así, es frecuente que les resulten difíciles de soportar, por ejemplo, los sonidos altos o las luces brillantes, pero también pueden necesitar ciertas sensaciones para mantenerse en contacto con lo que sucede, como con movimiento continuo (que llama la atención socialmente, sobre todo cuando crecen en edad) o con la actitud de tocar u oler objetos de una manera que no resulta apropiada a nivel social.

Narrativa

El relato en la mayoría de niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro del Autismo es *“Me cuesta entender mi entorno, en especial las normas sociales”*. La falta de lenguaje verbal hace que esta narrativa sea evidente, pero, incluso cuando tienen un desarrollo lingüístico adecuado, suelen tener dificultades para comprender muchas situaciones de su entorno, especialmente las que tienen que ver con las interacciones sociales. Esas limitaciones hacen que los niños, niñas y adolescentes con autismo a menudo tengan muchas menos relaciones satisfactorias y que experimenten un grado importante de aislamiento, excepto por parte de la familia y de personas cercanas que son capaces de mantener la relación. Sin embargo, con adaptaciones adecuadas, especialmente con “traducciones” y explicaciones de las normas sociales, los niños, niñas y adolescentes con autismo pueden tener unas vivencias mucho más agradables de las relaciones interpersonales, y pueden desarrollar sus propias estrategias para gestionar aquellas situaciones que les cuesten más.

Acompañamiento

A continuación se presentan algunas claves para el acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro del Autismo:

- **Derivar a los servicios especializados correspondientes y seguir las pautas que proporcionen.** Debido a la enorme variabilidad dentro de esta temática, es necesario contar con las orientaciones específicas que sean apropiadas para cada niño, niña o adolescente, ya que pueden ser muy diferentes entre sí. El seguimiento adecuado también es imprescindible, ya que a lo largo del proceso evolutivo pueden cambiar las competencias y necesidades, dependiendo del desarrollo y de otras condiciones. Los

equipos de Orientación escolares suelen tener competencias para intervenir en el proceso, pero siempre es conveniente verificar que se siguen los procedimientos más ajustados para cada niño, niña o adolescente.

- **Realizar las adaptaciones específicas que sean convenientes.** Los niños, niñas y adolescentes con autismo pueden beneficiarse tanto de adaptaciones en el **plano académico**, en especial bajo las competencias de las Necesidades Educativas Especiales, como de aspectos más concretos del **funcionamiento diario** (espacios de descanso sin estímulos fuertes, tiempos mayores para completar tareas, trabajar con personas con quienes tienen mayor afinidad...). Cuando el autismo aparezca acompañado de discapacidad intelectual, las adaptaciones deberán tener en cuenta ambos aspectos.
- **Trabajo relacional con otras personas.** Las dificultades de comunicación de los niños, niñas y adolescentes con autismo se pueden compensar de diversas maneras. Por un lado, las adaptaciones (con un lenguaje claro y directo, con instrucciones precisas y concretas) y apoyos (como ideogramas y otros sistemas alternativos de comunicación) a la comunicación deben ser conocidos y utilizados no solo por las personas adultas, sino también por el resto de niños, niñas y adolescentes. Por otro, los propios niños, niñas y adolescentes con autismo necesitan claves para mejorar su comunicación y su interacción con otras personas, proporcionándoles herramientas para interpretar las emociones y los comportamientos que ven a su alrededor y facilitando que establezcan relaciones más satisfactorias para todas las partes.
- **Rutinas y apoyos especiales.** Sabiendo que el entorno escolar puede resultar un reto para los niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista, hay ciertos aspectos que el centro educativo y los equipos docentes pueden asumir para que su participación sea más asequible. Así, por ejemplo, si un niño, niña o adolescente tiene cierto tipo de comportamiento para comenzar cada clase, todo el equipo educativo puede incorporarlo como un pequeño ritual inicial, breve, que facilite su incorporación. Otro ejemplo: se pueden establecer las responsabilidades del aula no solo con palabras sino también con fotografías específicas de cada elemento, lo cual ayuda a la identificación, especialmente cuando el lenguaje verbal está afectado.

Para profundizar

Centro Piloto sobre Trastorno del Espectro del Autismo. (2023). *Alumnado con autismo: orientaciones generales para equipos de docentes en primaria y secundaria*. Centro Piloto sobre Trastorno del Espectro del Autismo – Real Patronato sobre Discapacidad. <https://www.rpdiscapacidad.gob.es/estudios-publicaciones/AlumnadoConAutismo.htm> Una introducción breve pero muy sistemática de los conocimientos y actitudes que deben tener los equipos docentes respecto a los niños, niñas y adolescentes con autismo, con especial interés en las adaptaciones en la docencia para facilitar el aprendizaje y la participación y en el abordaje del acoso por parte de pares.

Confederación Autismo España. (2021). *Situación del alumnado con trastorno del espectro del autismo en España*. Curso 2020-2021. Confederación Autismo España. https://autismo.org.es/wp-content/uploads/2022/10/20221024_Informe_SituacionDelAlumnadoConTEAEnEspana_AutismoEspana.pdf Una revisión desde el punto de vista de los niños, niñas y adolescentes con autismo de sus relaciones sociales en el ámbito escolar, con claves para identificar el acoso y para promocionar unas relaciones más saludables desde los centros educativos.

Morales, P., y Canals, J. (2021). Trastornos del Espectro del Autismo. En Fernández-Hermida, J. R., y Villamarín-Fernández, S. (Eds.), *Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1* (pp. 149-161). Consejo General de la Psicología de España. <https://www.cop.es/pdf/LibroBlanco-Volumen1.pdf> Una mirada actualizada a las distintas formas de Trastornos del Espectro del Autismo y sus consecuencias individuales y sociales.

Problemas asociados a la discapacidad intelectual

La discapacidad intelectual, con sus distintas formas, aparece mencionada como problemática específica en las principales referencias sobre la salud mental de los niños, niñas y adolescentes (OPS, 2023, pp. 41-43 y 46; UNICEF, 2022, p. 37) por las limitaciones de origen biológico que conlleva en la vida cotidiana. De hecho, de todas las temáticas analizadas, la discapacidad intelectual es la única que cuenta con titulaciones profesionales específicas para su atención en el ámbito educativo, con distintas formulaciones que suelen incluir la terminología “Educación Especial”. Sin embargo, como se recoge en el Anexo, en ninguno de los grupos focales apareció este tema, aun cuando en todos los centros atendían a alumnado

con distintos tipos de discapacidad, en muchos casos con programas específicos. Como se plantea en el análisis de estos datos, y similar a la situación del Trastorno del Espectro del Autismo, no queda claro si la falta de mención se debe a una visión plenamente integrada de la participación de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, a la invisibilidad de la problemática o a una combinación de estos y otros factores. En cualquier caso, en este manual consideraremos que, aunque la discapacidad intelectual conlleva sus retos y dificultades, el verdadero problema es la integración de las diferencias por parte de la sociedad, como refleja Ignacio Campoy (2013). La inclusión es una obligación para respetar los derechos de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, en línea con la *Observación general N° 9 (2006). Los derechos de los niños con discapacidad* del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (2006). Ya vimos en el **Capítulo 1. Una visión global de la salud mental** que la responsabilidad de la inclusión corresponde a las autoridades y a la sociedad en general, no a la persona con discapacidad, como refleja la definición que repetimos aquí:

Discapacidad psicosocial. De acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la discapacidad psicosocial es la que surge cuando alguien con una deficiencia mental a largo plazo interactúa con diversas barreras que pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (OPS, 2023, p. 8).

Por todo esto enfocaremos este apartado no tanto hacia las dificultades específicas a nivel cognitivo o funcional que puedan presentar los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, sino a los **problemas que pueden afectar a su integración y, por tanto, a su bienestar psicológico** como el foco de esta temática de salud mental.

Por otro lado, mientras que en el resto de problemáticas de los capítulos 5, 6 y 7 hay elementos comunes suficientemente específicos, en los problemas asociados a la discapacidad intelectual lo que se comparte es la asignación de “discapacidad intelectual”, pero su alcance y sus consecuencias para la salud mental de los niños, niñas y adolescentes pueden ser muy variados. Así, el alcance dependerá de las capacidades disponibles a nivel cognitivo, desde leves a severas, y desde limitadas a ámbitos concretos hasta generalizadas en todas las dimensiones. Las consecuencias también serán muy variables, según afecte a sus capacidades de relación con otras personas y de autonomía en la vida diaria. Y, fundamental, el apoyo del entorno de los niños, niñas y adolescentes (la familia, los servicios de

apoyo, el centro educativo, el municipio, la sociedad en general) tendrá un impacto importante en su salud mental y en su evolución.

Una última consideración es que los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, por cómo se interpretan sus características a nivel social, tienen **muchas más probabilidades de sufrir situaciones dañinas** como las exploradas en los capítulos 8 y 9, y eso, lógicamente, afecta a su salud mental. Así, en el ámbito relacional, las probabilidades de sufrir distintas formas de violencia son mucho más altas que en población sin discapacidad intelectual, tanto dentro de la familia como por parte de profesionales y de sus iguales. Y en la dimensión social y estructural, los niños, niñas y adolescentes con discapacidad tienden a experimentar diversos modos de discriminación, y claramente se les limitan las posibilidades, creando una situación de desventaja sistemática en muchos casos. Tener en consideración todos estos elementos es imprescindible para garantizar su desarrollo pleno y el ejercicio de todos sus derechos.

Conexiones

La discapacidad intelectual puede generar en los niños, niñas y adolescentes una sensación de **conexión interna** insatisfactoria, en la que no comprenden sus limitaciones o les cuesta admitirlas y aceptarse como son. El trabajo de apoyo (desde la estimulación temprana y la psicoeducación hasta el entrenamiento de habilidades sociales y las adaptaciones curriculares) pueden favorecer esa conexión interior y una mayor confianza en sus competencias.

Por otro lado, dependiendo del grado de discapacidad y de la sensibilidad y preparación del entorno (tanto de las personas adultas como de otros niños, niñas y adolescentes), las **conexiones con otras personas** pueden ir desde normalizadas y satisfactorias hasta realmente dolorosas y perjudiciales para el niño, niña o adolescente. Por eso es tan importante trabajar la dimensión relacional, ayudando a desarrollar la consciencia sobre la situación tanto en el niño, niña o adolescente que tiene la discapacidad como en las figuras adultas y en el resto de iguales, porque de ese modo se pueden conseguir unas conexiones más sanas que ayuden a su bienestar.

Por último, la **conexión con la vida, el mundo y la trascendencia** depende, de nuevo, del entorno: si el niño, niña o adolescente tiene unas perspectivas de una vida digna que incluya tanto su discapacidad concreta como todas sus otras capacidades, ofreciéndole unas posibilidades de integración profesional y social, la conexión será mucho más positiva que si tiene la experiencia de no tener un lugar en la sociedad por falta de oportunidades para su desarrollo.

Indicadores

Los indicadores de problemas asociados a la discapacidad intelectual en niños, niñas y adolescentes se agrupan en tres grandes bloques de consideraciones:

- **La variabilidad de la discapacidad intelectual en cada niño, niña o adolescente.** La discapacidad y las capacidades pueden ser muy diferentes incluso entre niños, niñas y adolescentes con diagnósticos similares, de modo que es necesario contar con una **evaluación precisa en cada situación**, para tener en cuenta los límites y las potencialidades de cada niño, niña o adolescente. Esta variabilidad también puede aparecer dentro de la evolución del propio niño, niña o adolescente, mostrando más limitaciones en ciertos momentos o etapas y más capacidades en otras. Conocer sus posibilidades reales es imprescindible para detectar cuándo las limitaciones pueden tener su origen en otros temas, como bajo estado de ánimo, ansiedad, trauma o malestar por discriminación, para no asignar sistemáticamente cualquier indicador a la discapacidad intelectual.
- A menudo, **mayor labilidad emocional y dificultades de autocontrol.** La limitación de las capacidades cognitivas puede conllevar mayores dificultades para gestionar las emociones propias y las respuestas consiguientes, generando una sensación de inestabilidad mayor que en niños, niñas y adolescentes sin discapacidad de las mismas edades. Identificar cuándo ese malestar tiene su origen en sus capacidades en el momento y cuándo pueden provenir de otros temas de salud mental es fundamental para intervenir adecuadamente.
- A menudo, **mayor dependencia de las personas adultas.** Los niños, niñas y adolescentes con discapacidad tienden a necesitar mayor apoyo por parte de las personas adultas para distintos aspectos de su vida diaria, desde aspectos prácticos hasta el acompañamiento en las actividades y la regulación emocional ya mencionada. Eso hace que las figuras de cuidado (en la familia, en el centro educativo, en recursos específicos) tengan un papel fundamental en su bienestar. Cuando estas personas actúan de forma apropiada ayudan al desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, pero cuando se comportan de manera inadecuada, especialmente utilizando la violencia psicológica, física o de cualquier otro tipo como herramienta educativa, pueden causar mucho daño. A esto se añade que es frecuente que la violencia por parte de quienes cuidan no se detecte por considerarla parte de los cuidados habituales de niños, niñas y adolescentes que resultan “problemáticos” según la visión de la sociedad.

Narrativa

La narrativa fundamental de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual suele ir en la línea de *“No soy como los demás, y me gustaría serlo”*. El acompañamiento en estos casos debe ir orientado a poner en valor sus capacidades específicas, aquellas cualidades de las que pueden sentir orgullo, y fomentar su integración en el grupo de iguales, tanto en las actividades cotidianas como, en especial, en el tiempo libre. También la construcción de un futuro propio realista es imprescindible, ya que una de las dimensiones más relevantes para la sensación de pertenencia a la sociedad y a las dinámicas vitales es tener una ocupación útil (con perspectivas profesionales adaptadas cuando sea necesario) y un grado suficiente de autonomía (incluyendo la vida en espacios propios, aunque sea con supervisión).

Acompañamiento

Las líneas básicas para el acompañamiento a niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual y con problemas asociados a ellos son las siguientes:

- **Derivar a los servicios especializados correspondientes y seguir las pautas que proporcionen.** Aunque los equipos de Orientación Educativa suelen tener las competencias necesarias para identificar las distintas formas de discapacidad intelectual, es recomendable siempre contar con una evaluación en profundidad realizada por servicios especializados en cada temática. De este modo se podrá contar con orientaciones específicas, tanto respecto a la discapacidad y las capacidades reales de cada niño, niña o adolescente en concreto y pautas de acompañamiento como respecto a otras problemáticas de salud mental que puedan ir asociadas.
- **Realizar las adaptaciones específicas que sean convenientes.** Bajo las competencias de las Necesidades Educativas Especiales, los ajustes tanto a nivel curricular (de contenidos, materiales...) como en el plano de las competencias académicas, sociales y relacionales, son básicas para ofrecer a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad un entorno adecuado en lo cognitivo y en lo emocional, en el que puedan desarrollar al máximo sus capacidades, y también en el que se puedan detectar otros problemas si aparecen.
- **Acompañar las relaciones interpersonales para que sean seguras y sanas.** El desconocimiento de las capacidades reales de los niños, niñas

y adolescentes con discapacidad intelectual puede estar presente en todas sus relaciones, de modo que un acompañamiento y mediación es imprescindible para que sean adecuadas y beneficiosas para su salud mental. En primer lugar, las **figuras parentales y otros miembros de la familia** necesitarán llevar a cabo procesos de ajuste de expectativas (en especial porque el duelo habitual en todas las familias entre “el hijo real” y “el hijo deseado/imaginado” puede ser mucho mayor cuando hay una discapacidad intelectual), y pautas específicas para el cuidado en el día a día y en el proceso evolutivo. Este trabajo también será necesario para **otras figuras de cuidado**, tanto los equipos educativos como otro personal de apoyo, para garantizar que los niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual reciben una atención adecuada, desde el buen trato. Y, además, será fundamental el acompañamiento con el **grupo de iguales**, para favorecer su inclusión no solo en los tiempos de clase, sino también de ocio y tiempo libre, con un cuidado especial en la adolescencia, ya que es cuando las amistades pueden distanciarse de las personas con discapacidad por presión social (como “ir con quienes son más populares de la clase”, que no suele suceder con la discapacidad) o por otros motivos.

- **Favorecer la autonomía.** Los niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual tienen el derecho a la autonomía en el grado que sea seguro para sus capacidades concretas. La sobreprotección puede causarles daño, al limitar su desarrollo e impedir que amplíen sus capacidades. Con el seguimiento adecuado, los niños, niñas y adolescentes con discapacidad mejoran su bienestar al cultivar su toma de decisiones y al llevar a cabo acciones autónomas en su día a día.
- **Desarrollar la autoestima y la autocompasión.** Debido a los mensajes externos y a la propia experiencia de limitaciones en comparación con sus iguales, los niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual pueden presentar una autoestima baja y tener dificultades para la compasión hacia sus propias capacidades. El trabajo de la autoestima y de la autocompasión conduce a una mirada más saludable, teniendo en consideración las cualidades positivas que tienen, y construyendo sobre ellas.

Para profundizar

Campoy, I. (2013). *Estudio sobre la situación de los niños y las niñas con discapacidad en España, Cuadernos para el Debate n° 2*. UNICEF Comité Español y Huygens Editorial. <https://www.unicef.es/publicacion/estudio-sobre-la-situacion-de-los-ninos-y-las-ninas-con-discapacidad-en-espana> Un análisis sobre la situación de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad en España, con datos hasta 2013, pero con conclusiones válidas en la actualidad.

UNICEF. (2013). *Estado Mundial de la Infancia 2013. Niños y niñas con discapacidad*. UNICEF. https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/EMI_informecompleto.pdf Una mirada muy amplia a todas las formas de discapacidad que pueden presentar los niños, niñas y adolescentes, incluida la discapacidad intelectual, con un abordaje desde un Enfoque de Derechos del Niño.

UNICEF. (2021). *Reconocidos, contabilizados, incluidos. Utilizar los datos para arrojar luz sobre el bienestar de los niños y las niñas con discapacidad. Resumen*. UNICEF. <https://data.unicef.org/resources/children-with-disabilities-report-2021/> Una visión general y breve (es el resumen ejecutivo de un informe más extenso) sobre la situación de los niños, niñas y adolescentes con distintos tipos de discapacidad, incluida la intelectual.

Visibilizar el trauma

El trauma está en la base de muchos problemas de salud mental (aunque, evidentemente, no en todos), pero sigue siendo una de las cuestiones menos conocidas e identificadas por parte de quienes trabajan con la infancia y adolescencia. Por ejemplo, en el Anexo se recogen los resultados de los grupos focales realizados en preparación para este proyecto, y resulta llamativo que regularmente identifiquen indicadores de trauma en sus estudiantes sin llegar a reconocer su relación con esta temática. De hecho, es frecuente que haya menciones a la amplia cantidad de problemas que presentan ciertos niños, niñas y adolescentes en concreto, sin descubrir que pueden ser manifestaciones de trauma. Visibilizar el trauma como un fenómeno mucho más frecuente de lo que habitualmente se piensa es imprescindible para poder abordar gran parte de los problemas de salud mental de los niños, niñas y adolescentes.

VISIBILIZAR EL
TRAUMA COMO UN
FENÓMENO MUCHO MÁS
FRECUENTE DE LO QUE
HABITUALMENTE SE
PIENSA ES IMPRESCINDIBLE
PARA PODER ABORDAR
GRAN PARTE DE LOS
PROBLEMAS DE SALUD
MENTAL DE LOS NIÑOS,
NIÑAS Y ADOLESCENTES

Así, UNICEF, en su informe *Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia* (2022), destaca ya desde el capítulo 2, *Las Bases*, el impacto del estrés y el trauma en la salud mental como un elemento fundamental en el marco inicial, antes de empezar a analizar problemáticas concretas (2022, pp. 60-61). Sin embargo, muchas otras publicaciones dedicadas a la salud mental infantojuvenil mencionan el trauma solo de forma puntual, sin explicaciones más profundas, o directamente no lo nombran (ver el resto de referencias en la bibliografía para verificar su aparición mínima o inexistente). Y esto es preocupante, especialmente en las publicaciones que abordan la violencia interpersonal (maltrato, abuso sexual...) y la violencia estructural (pobreza, discriminación...), ya que sin comprender el trauma como causa profunda de su malestar no se podrán abordar sus consecuencias de manera efectiva.

La **falta de visibilidad** del trauma como problema de salud mental tiene que ver también con **limitaciones en los modelos teóricos** utilizados por ciertos

organismos y grupos de profesionales de la salud mental. Sin embargo, los estudios de las últimas décadas hacen necesaria una revisión urgente de esos paradigmas para que incluyan los descubrimientos ya consolidados respecto al trauma tanto a nivel general (ver, entre otros, Cook, Blaustein, Spinazzola, y Van der Kolk, 2003; Levine, 2013; Levine y Kline, 2016; Muller, 2020; Straus, 2017; Van der Kolk, 2017; Ziegler, 2011) como con un foco mayor en la disociación a consecuencia del trauma (Freyd, 2003; González, 2010; Silberg, 2020; Waters, 2016).

A esto se añade que los niños, niñas y adolescentes que padecen cualquier problema de salud mental pueden sufrir **experiencias traumáticas a raíz de esas problemáticas**, tanto por las vivencias que tienen dentro de su situación en concreto como por el manejo inadecuado de las figuras adultas del entorno y de la sociedad en general de los temas de salud mental. Por ejemplo, una niña que está sufriendo una época de estado de ánimo bajo tras varias pérdidas significativas seguidas que la han conducido a una depresión puede ser más vulnerable a las burlas y agresiones de sus compañeros o a los comentarios desconsiderados de una profesora y desarrollar un trauma que se añade al estado depresivo inicial y que lo complica. O un adolescente que está experimentando mucha ansiedad en los estudios con una fuerte presión familiar y social puede vivir una serie de fallos académicos de manera especialmente desequilibrada (con ideas extremas del tipo “*Si suspendo esta asignatura, nunca podré estudiar lo que quiero, mi familia y mis amistades me rechazarán completamente y mi vida será un fracaso*”), desarrollando un trauma ante una situación que en otras circunstancias habría sido un inconveniente o incluso una preocupación seria pero no algo traumático. Reconocer el trauma en cualquiera de estas situaciones y tenerlo en cuenta como posibilidad es, por tanto, imprescindible para abordar adecuadamente todos los problemas de salud mental (aunque sea en muchos casos solo para descartarlo).

LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL PUEDEN SUFRIR TRAUMA DEBIDO A ESAS MISMAS PROBLEMÁTICAS EN LA VIDA COTIDIANA

Algunas claves para comprender el trauma

La conceptualización del trauma y su acompañamiento profesional están desarrollados en otras publicaciones disponibles en línea (Romeo, 2019; 2020a; 2020b; 2023), de modo que en este manual solo revisaremos los conceptos básicos, remitiendo a esas publicaciones para su ampliación.

Utilizaremos como definición de trauma la siguiente (Romeo, 2019, p. 9):

Se dan tres elementos:

- Sucede un evento estresante.
- Ese estrés supera la capacidad de respuesta habitual de la persona.
- La persona encuentra una respuesta de supervivencia, que deja una marca en su funcionamiento.

Desplegando un poco más esta definición, el trauma aparece cuando se dan a la vez los tres **elementos**: un **situación que genera un nivel de estrés alto** (aunque no todas las situaciones de estrés generan trauma, y de hecho gran parte de las actividades placenteras implican una activación importante del sistema nervioso, como practicar cualquier deporte, presentar en público muestras de música, baile y teatro, o conocer personas nuevas o potenciales parejas), la **incapacidad del sistema nervioso de la persona para gestionar la situación** (aunque se puede resolver de manera no traumática, como evitando la situación o buscando apoyos) y la **respuesta que resulta adaptativa en el momento** (la mejor posible para las capacidades de la persona), **pero que deja una huella en su comportamiento** a partir de entonces, una huella que en la vida cotidiana genera problemas (por ejemplo, si el sistema nervioso de un niño decide que ante una situación de violencia lo mejor es que no se resista, puede llevar esa actitud al resto de ámbitos y resultar pasivo, tolerando el maltrato cuando podría pedir ayuda o defenderse; o si el sistema nervioso de una niña descubre que pegando como respuesta a las agresiones recibe menos daño, la niña puede generalizar ese comportamiento a situaciones neutras e incluso positivas, perdiendo relaciones seguras con figuras adultas y con sus iguales).

La cuestión es que, como dicen Peter Levine y Maggie Kline (2016, cap. 1), *“El trauma no reside en el suceso en sí, sino en el sistema nervioso”*, y eso explica por qué ante una misma situación (dentro de una misma familia o de una sola clase) hay niños, niñas y adolescentes que desarrollan una respuesta de trauma mientras que otros no: depende de las capacidades de su sistema nervioso individual, y en general al tener un sistema nervioso todavía en desarrollo presentan una mayor vulnerabilidad al trauma que las personas adultas.

EL TRAUMA NO
DEPENDE (SOLO)
DEL SUCESO EN SÍ,
SINO DEL SISTEMA
NERVIOSO DE LA
PERSONA

Un aspecto que se está poniendo de relieve en los últimos años es que a veces el evento estresante es la falta de los elementos positivos necesarios para un desarrollo pleno, lo que se viene a llamar **trauma por carencia o por omisión** (Romeo, 2023, pp. 7-8). Desde el punto de vista de la Psicología Evolutiva, hay muchos elementos cuya ausencia genera estrés, porque ponen en riesgo la propia supervivencia del niño, niña o adolescente, entre los que destacan:

- El **afecto** (físico, emocional...), ya que sin afecto es muy difícil la regulación emocional (y el desequilibrio emocional puede suponer un riesgo real para la vida), y por eso los niños, niñas y adolescentes toleran el maltrato en la mayoría de los casos, porque para su supervivencia es mejor recibir afecto tolerando las agresiones que quedarse sin afecto por completo.
- La **seguridad física y afectiva**, ya que la vivencia de riesgo activa respuestas de supervivencia extremas (como la agresividad como respuesta ante situaciones de violencia constante), menos eficaces a largo plazo cuanto menor es la edad del niño, niña o adolescente.
- La **pertenencia**, ya que como seres humanos no podemos sobrevivir a solas, en especial en la infancia y la adolescencia, de modo que nuestro sistema nervioso prefiere que pertenezcamos a grupos, por muy dañinos que resulten, antes que quedarnos a solas (de ahí que los niños, niñas y adolescentes defiendan a sus familias incluso cuando les maltratan, y que prefieran las “malas compañías” a quedarse sin iguales).
- La **validación de sus experiencias**, ya que sin esa mirada externa que comprende y da sentido, el niño, niña o adolescente no es capaz de comprender sus vivencias, generando inseguridad respecto a lo que siente y piensa (Muller, 2020, cap. 5). La falta de validación puede tomar formas muy diversas, desde la indiferencia (el niño, niña o adolescente aprende que sus emociones no son fiables cuando las personas adultas no prestan atención a sus expresiones de miedo o de tristeza) hasta la negación (cuando una persona les dice “*En realidad no sientes eso, te quejas por llamar la atención, pero no necesitas nada*”) e incluso la confusión (cuando ante su lloro se les responde con “*No estás triste, lo que pasa es que tienes sueño, vete a dormir*”, cuando esa no es la realidad).

El otro aspecto relevante respecto al trauma es la **disociación** como una de sus posibles consecuencias, como indicador de un nivel de daño especialmente profundo (Romeo, 2019, pp. 42-46). Para sobrevivir, a veces el sistema nervioso puede recurrir a la disociación, que consiste en que la persona

se desconecta de una emoción intolerable para poder sobrevivir, pero esa emoción sigue funcionando fuera de la consciencia, generando malestar e incluso comportamientos que perjudiquen a la propia persona y a su entorno, sin que se la pueda entender desde la lógica inmediata de las situaciones.

Por ejemplo, una niña que ha aprendido a sobrevivir a los malos tratos en casa mediante la sumisión puede, en ciertos momentos, tener estallidos de rabia en el colegio desproporcionados para la situación, pero comprensibles desde una expresión de la cólera mantenida ante quienes la tienen que cuidar.

Otro ejemplo, cuando un niño o niña ha sufrido abusos sexuales en la primera infancia, especialmente antes de los cuatro o cinco años (cuando se consolida la memoria episódica), puede no mostrar indicadores de trauma durante el resto de la infancia (lo que se llama el “periodo de latencia”) y puede parecer que la vivencia no ha tenido consecuencias, pero empezar a tener reacciones de pánico cuando entra en la pubertad y comienza a desarrollar los caracteres sexuales, sintiendo algo parecido a “*El sexo es malo o peligroso*”, pero sin entender por qué lo vive así (porque la sexualidad ha estado disociada, apartada de la consciencia, hasta que los cambios fisiológicos, hormonales y relacionales han reactivado la vivencia traumática).

Cuando los niños, niñas y adolescentes presentan comportamientos aparentemente incomprensibles, es recomendable tener en cuenta la disociación como indicador de trauma como posible explicación. Se puede profundizar en lecturas como las de Jennifer Freyd (2003) y su término de “**ceguera a la traición**” (en especial como forma que tiene el niño, niña o adolescente de proteger a las figuras de cuidado que han cometido abusos sexuales contra su cuerpo); el análisis que hace Anabel González (2010) de la disociación en personas adultas, pero que explica también los orígenes en vivencias traumáticas en la infancia; Robert Muller (2020) y su énfasis en el **autoengaño**, la pretensión de que las cosas van bien, como una forma de disociación dentro del trauma; Joyanna Silberg (2020) y su **teoría de la evitación afectiva** para describir la disociación; y Frances Waters (2016) y su aportación, además de su propia conceptualización en el modelo teórico en forma de estrella (*Star Theoretical Model*), de muchas claves para la identificación y el diagnóstico de la disociación en niños, niñas y adolescentes.

Conceptualización del trauma con la metodología planteada

Siguiendo la metodología planteada, a continuación veremos los elementos básicos para comprender y acompañar a los niños, niñas y adolescentes que presenten posibles situaciones de trauma.

Conexiones

El trauma conlleva una pérdida de la **conexión interior**, ya que el niño, niña o adolescente siente que hay emociones y recuerdos intensos que no puede manejar, tanto que a veces incluso no llega a reconocerlos (como sucede con la disociación). Al mismo tiempo, el trauma proviene de la **conexión con otras personas** (dañina por distintos motivos) o **con la vida** (dudando de la seguridad del mundo ante accidentes y desastres naturales), y también afecta a esas conexiones.

Así, una niña que ha sufrido malos tratos en la familia se siente desconectada de sus propias vivencias, porque tiene ataques de ira y momentos de tristeza que la desconciertan, y esa vivencia traumática parte de la relación con otras personas (las figuras familiares que la han maltratado) y afecta también a otras relaciones (por la desconfianza hacia las personas que ha desarrollado, sintiéndose sola tanto con sus iguales como con otras figuras adultas que intentan ser protectoras) y a la conexión con la vida (por el miedo generalizado ante un mundo en el que quienes tienen que cuidar son quienes agreden).

Otro ejemplo sería el de un niño que ha vivido un desastre natural, que tiene miedo a sus propias pesadillas y recuerdos de la situación y prefiere desconectar de sus vivencias interiores, con una situación que tiene un origen en la conexión con el mundo (el riesgo ha sido real, y el daño claro), y que afecta a su conexión tanto con la vida en general (con sensación de “¿Cómo puedo confiar en que el mundo sea seguro después de lo que me ha pasado?”) como con otras personas (desde la evitación de las relaciones cercanas por miedo a la pérdida de seres queridos hasta la dependencia extrema, sin ser capaz de quedarse a solas, generando también interacciones poco saludables).

Indicadores

El trauma puede manifestarse de **formas muy diversas**, porque afecta al sistema nervioso entero del niño, niña o adolescente, pero de formas distintas dependiendo de su desarrollo vital y de las circunstancias. Como se puede ver en la tabla siguiente, puede haber muchos **indicadores diferentes, a veces opuestos** (por ejemplo, la pasividad y la sumisión pueden ser indicadores de trauma tanto como la agresividad y los comportamientos disruptivos). De hecho, hay cuadros que parecen de trauma y no lo son, y, por el contrario, hay situaciones que parece que no son de trauma y sin embargo lo son. Lo importante, pues, es tener en cuenta la posibilidad de que los niños, niñas y adolescentes hayan sufrido alguna forma de trauma y, cuando aparezcan posibles indicios, derivarlos a servicios especializados de salud mental, preferiblemente con especialización en trauma. A continuación disponemos de una tabla resumen con algunos indicadores más relevantes de trauma, incluida la disociación, remitiendo a las fuentes para una explicación más detallada (adaptado de Romeo, 2019, pp. 30-57, y especialmente pp. 58-59).

Físicos	Psicosomáticos
<ul style="list-style-type: none"> ● Cicatrices y otras marcas físicas. ● Problemas en el desarrollo sensoriomotor (falta de coordinación, de equilibrio, caídas y accidentes frecuentes). ● Enfermedades de transmisión sexual y embarazos adolescentes (abuso sexual). 	<p>Se expresan en el cuerpo, pero tienen origen psicológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dolores crónicos y otros trastornos psicosomáticos. ● Problemas de sueño (y pesadillas). ● Problemas de alimentación (incluyendo anorexia y bulimia). ● Problemas de eliminación: enuresis, encopresis, estreñimiento o diarreas mantenidas.
Emocionales	Cognitivos
<ul style="list-style-type: none"> ● Culpa y vergüenza. ● Miedo, ansiedad. ● Depresión y baja autoestima. ● Fobias. ● Rabia y agresividad. ● Falta de control emocional. ● Dificultades para la compasión y para la autocompasión. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Retraso en el desarrollo cognitivo. ● Problemas de atención (hiperactividad) y de concentración. ● Problemas de memoria. ● Problemas de aprendizaje. ● Bajo rendimiento escolar. ● Falta de curiosidad.

Comportamentales

- Problemas en el control de impulsos: impulsividad y dificultades con las normas.
- Conductas agresivas.
- Fugas.
- Conductas autodestructivas y suicidas.
- Consumo de sustancias (alcohol y drogas) y conductas adictivas.
- Conductas delictivas.
- También ausencia de problemas: “niño, niña o adolescente excesivamente dócil y amable”.

Sexuales

- Conductas sexuales inapropiadas:
 - Masturbación compulsiva.
 - Caricias bucogenitales.
 - El niño, niña o adolescente se ofrece como objeto sexual.
- Agresiones sexuales a otros niños, niñas y adolescentes.
- Conocimientos sexuales impropios.
- Conductas sexuales de riesgo.
- Revictimización sexual.

Sociales y relacionales

- Dificultades en las relaciones sociales.
- Aislamiento social.
- Repetición de patrones de violencia (desde la agresión o desde la victimización).
- Conductas antisociales.

Indicadores de disociación

- Mirada perdida o en blanco, o movimientos extraños con los ojos.
- Cambios extremos de estado de ánimo.
- Honestamente no recordar haber hecho cosas.
- Progreso inadecuado pese a estar en un entorno seguro.
- Múltiples diagnósticos diferentes previos, sin éxito.

Para concluir este apartado repasaremos algunas de las claves para el uso de indicadores en la identificación de posibles situaciones de trauma, remitiendo a la bibliografía (Romeo, 2019, pp. 30-59) para unas explicaciones más extensas:

- La mayoría de los indicadores apuntan a una **pérdida de la autorregulación, conduciendo a extremos**, como, por ejemplo, o comer mucho o no comer nada; o ser siempre dócil y amable o comportarse siempre con agresividad;

o no mantener la concentración en ninguna actividad o darles vueltas a los pensamientos repetidamente...

- Los indicadores suponen una **desconexión con un ámbito importante** (interno, relacional o de sentido), como hemos visto en el apartado anterior, y reconocer esas desconexiones puede servir de orientación para el acompañamiento posterior.
- Es importante identificar hacia dónde se dirigen los síntomas, con los conceptos clave de externalización e internalización (Horno, Echeverría, Romeo y Campins, 2025, pp. 61-65). Se emplea el término **externalización** para referirse a aquellos indicadores que el niño, niña o adolescente dirige hacia fuera, hacia el exterior, mientras que la **internalización** consiste en dirigirlos hacia su propio interior. Por ejemplo, una niña con mucho miedo puede externalizarlo escapándose con fugas frecuentes o internalizarlo quedándose paralizada (comportamiento que algunas figuras adultas pueden interpretar como “buen comportamiento, no causar problemas” en vez de “daño grave”); o un adolescente que siente mucha rabia puede externalizarla con agresiones a sus iguales o internalizarla causándose daño con autolesiones. Con todas las dificultades que conlleva la externalización, por el efecto que tiene en otras personas, es un indicador de menos daño que la internalización por dos motivos: 1) el malestar se expresa hacia fuera, no se queda en el interior; y 2) el niño, niña o adolescente puede recibir ayuda (mientras que ante la internalización es frecuente que el daño pase desapercibido).
- **Cada uno de estos indicadores apunta a un malestar y sufrimiento real** en el niño, niña o adolescente y por eso es conveniente **prestarles atención**. De hecho, si una situación causa una incomodidad inicial presentando un solo indicador de los mencionados, y este recibe el acompañamiento adecuado, se fortalece la capacidad del sistema nervioso de los niños, niñas y adolescentes para afrontar situaciones similares, evitando posibles traumas en el futuro.
- Completando la idea anterior, **lo preocupante es la presencia de múltiples indicadores, especialmente en diversos ámbitos**. Así, si una niña está triste unos días, es conveniente ver qué está sucediendo, porque puede haber diversos motivos que no necesiten más que una presencia adulta segura y consciente. Sin embargo, si un niño, además de estar triste (emocional), está dejando de comer (psicosomático), pierde la concentración y empieza tener malos resultados académicos (cognitivo), se vuelve sumiso

(comportamental) y se queda aislado (social y relacional), la acumulación de indicadores de tantos ámbitos hace recomendable considerar la posibilidad de que esté manifestando los efectos de un trauma no identificado hasta el momento. En cualquier caso, la derivación es el primer paso y el diagnóstico lo debe realizar un equipo de salud mental especializado en trauma.

Narrativa

La vivencia general del trauma conlleva una narrativa en la línea de *“El mundo es peligroso”*, pero dependiendo de las situaciones que lo hayan causado, puede tener matices, desde muy específicos, como *“Los coches son peligrosos porque una vez tuve un accidente”* o *“No me gusta la asignatura X desde que tuve un profesor que me hizo sufrir todo un curso con crueldad, y no me veo capaz de estudiarla”*, hasta muy generales, como *“No tengo confianza en un mundo en el que pueden pasar cosas como las que he sufrido yo”* o *“Como las personas X, Y y Z me hicieron sufrir mucho, ya no creo que nadie me vaya a tratar bien y tengo miedo de todo el mundo”*. Y la narrativa puede incluir también las consecuencias del trauma como elementos que aumentan la inseguridad, como en *“Tener pesadillas habitualmente me genera mucho miedo, mi propio mundo interior es peligroso”* o *“A veces estallo por cosas y no sé por qué, y no me puedo fiar de cómo voy a reaccionar”* (que refleja una cierta consciencia de respuestas disociadas). Cuando el trauma se ha producido en los primeros años de vida, o también cuando la vivencia del trauma proviene de situaciones de carencia (trauma por omisión), la narrativa puede ser mucho más difusa, como una sensación general de miedo y desconfianza, pero sin un relato que ayude a estructurarla, aumentando la sensación de malestar, como en *“Noto que tengo miedo y no sé por qué, y el resto de niños y niñas, sin embargo, no, ¿qué tengo yo mal? ¿Por qué soy diferente (y peor)?”*.

Un aspecto relevante que no aparece con la misma frecuencia en otros temas de salud mental es que **parte de estas creencias pueden ser percibidas o incluso reflejadas por las personas adultas del entorno**. Bien utilizadas, esas sensaciones pueden ayudar a identificar situaciones que hasta entonces se habían pasado por alto, en procesos como *“Como docente que soy, esta niña me da miedo, no la entiendo, me parece que sus reacciones son impredecibles. ¿Será que ella misma tiene miedo, no se entiende y no comprende sus propios comportamientos? ¿Podría ser un caso de trauma? Voy a derivarlo a los servicios correspondientes para que la valoren”*. Sin embargo, si se asumen esas sensaciones sin cuestionarlas, las figuras adultas pueden favorecer que se

mantenga el trauma o que incluso empeore, como en *“Esta niña me da miedo, no la entiendo, me parece que sus reacciones son impredecibles. Creo que es peligrosa, y en cierto modo mala persona, así que la voy a tratar con distancia y rigidez, para que entre por donde yo quiero, y para que deje de quejarse”*, lo cual, como podemos imaginar, causará un daño mayor sin conseguir mejorar el comportamiento ni la convivencia. Por eso la Afectividad Consciente y la mirada respetuosa hacia la vida de los niños, niñas y adolescentes, como vimos en el **Capítulo 3. Las condiciones que permiten abordar la salud mental: los Entornos Seguros y Protectores y la Afectividad Consciente**, son imprescindibles.

Acompañamiento

Cada niño, niña o adolescente con una situación de trauma necesitará en primer lugar un **diagnóstico ajustado** y unas **pautas de intervención adecuadas**, con la participación de equipos de salud mental especializados en trauma. Al mismo tiempo, mientras llega el diagnóstico y como complemento a las pautas generalizadas, hay varias actuaciones que son buenas en general para todos los niños, niñas y adolescentes, pero que proporcionan vivencias especialmente reparadoras para quienes sufren las consecuencias del trauma. Ofrecemos las líneas generales aquí, remitiendo a otras publicaciones donde están más desarrolladas (Romeo, 2019, pp. 67-74; Romeo, 2020a, pp. 26-28):

- **El afecto.** Ante la vivencia de miedo y caos interior, el afecto de personas adultas seguras y de iguales de confianza puede proporcionar a los niños, niñas y adolescentes con trauma un punto de seguridad, de modo de los comportamientos más automáticos e incómodos puedan relajarse y permitir otras experiencias que sean positivas. Aunque quede mucho por recorrer, será un primer paso.
- **Las relaciones.** En un nivel más profundo, las vivencias de afecto pueden llevar a los niños, niñas y adolescentes a establecer relaciones más sanas, tanto cuando el origen del trauma está en relaciones interpersonales como cuando tiene otras causas (accidentes, desastres naturales, enfermedades e intervenciones médicas...). Esas relaciones pueden generar la sensación de seguridad en ámbitos concretos de su vida, que se puede ampliar a otros, y son imprescindibles para el camino de sanación a largo plazo.
- **El juego.** No solo en la infancia, sino también en la adolescencia, el juego puede ser un marco seguro en el que explorar emociones y vivencias,

tanto con juego libre (más proyectivo) como en actividades estructuradas (por ejemplo, un juego de atrapar tiene unas normas claras que permiten experimentar la tensión de huir o de perseguir sabiendo que no hay consecuencias fuera del juego, y en la adolescencia funcionan de manera similar los deportes, especialmente cuando se practican en equipo).

- **El arte.** La expresión artística ayuda a dar forma a las vivencias internas, incluso las que causan más miedo, facilitando poner la distancia adecuada (*“Cuando dibujo mi miedo, me da la sensación de que se queda en el papel, y de que lo manejo mejor en mi interior”*). Ante experiencias internas muy desconcertantes, el arte en cualquiera de sus formas (dibujo, pintura, modelado, música, teatro, poesía, relatos...) es una forma de comunicación del niño, niña o adolescente con su propio interior y también con otras personas, con canales que pueden resultar menos amenazadores que la narración directa.

A estas cuatro pautas básicas se puede añadir una quinta, el **trabajo corporal que sirve para la autorregulación**. Desde los centros educativos se pueden poner en práctica muchas actividades que sirven para la regulación emocional a través del cuerpo, empezando por las clases de educación física, y pasando por la dinamización de actividades en el patio, el uso de la música y del baile en distintos espacios... La clave es que las actividades que se seleccionen tienen que ser vividas por los niños, niñas y adolescentes como un espacio seguro en el que puedan explorar la activación fisiológica (que se les acelere el corazón, que noten tensión en los músculos, que les cambie la respiración) sin peligro y de forma satisfactoria e incluso placentera. Frente a su sistema nervioso desequilibrado por el trauma y en continua activación dañina, por temor a la repetición de los peligros vividos en el pasado, el trabajo corporal debe ayudarles a sentir cierto equilibrio en su cuerpo, una recuperación del bienestar emocional a pesar de la activación, que puede ser también positiva y agradable.

En cualquier caso, todas estas pautas deberán ser supervisadas por los equipos de salud mental correspondientes, y tendrán más eficacia si se utilizan habitualmente en el día a día de todos los niños, niñas y adolescentes, de modo que no se conviertan en algo “para quienes tienen problemas”. Además, estas acciones básicas permiten también detectar situaciones que en otros espacios no se suelen identificar: si un adolescente dibuja figuras de muertos con mucho sufrimiento en una actividad artística, la identificación del problema es más rápida que si suspende un examen de matemáticas sin más datos; o si una niña muestra conductas inesperadamente pasivas en un juego, es más

fácil reconocer lo inadecuado de ese comportamiento que en una clase en la que se espera que esté tranquila y obediente (sin identificar que puede estar sufriendo, porque “no está dando problemas”).

Para profundizar

Romeo, F. J., (2019). *Acompañando las heridas del alma. Trauma en la infancia y adolescencia*. Aldeas Infantiles SOS (Oficina regional para América Latina y el Caribe). <https://www.espiralesci.es/manual-acompanando-las-heridas-del-alma-trauma-en-la-infancia-y-adolescencia-de-f-javier-romeo/> Un manual de referencia para profesionales, con una amplia exposición de teorías actuales sobre el trauma, con un detallado análisis de los indicadores y con propuestas prácticas de intervención desde el ámbito educativo y social (como complemento a la intervención clínica).

Romeo, F. J. (2020a). *Las heridas del alma. Una guía sobre trauma para familias y profesionales*. Aldeas Infantiles SOS (Oficina regional para América Latina y el Caribe). <https://www.espiralesci.es/las-heridas-del-alma-una-guia-sobre-trauma-para-familias-y-profesionales-f-javier-romeo-aldeas-infantiles-sos-america-latina-y-el-caribe> Una guía amigable para explicar los conceptos básicos del manual anterior de manera sencilla y cercana, útil para procesos de tutoría y de acompañamiento a los niños, niñas y adolescentes y sus familias (en especial para favorecer que acepten un tratamiento psicoterapéutico en servicios especializados de salud mental).

Romeo, F. J. (2023). *Las heridas que pasamos por alto. Doce claves sobre el trauma*. En el marco de la iniciativa *Renovando desde dentro. Siete retos y propuestas de mejora del sistema de protección de la infancia en España*. <https://www.espiralesci.es/articulo-las-heridas-que-pasamos-por-alto-doce-claves-sobre-el-trauma-f-javier-romeo-en-renovando-desde-dentro/> Una revisión de algunos elementos que hay que tener en cuenta en la identificación del trauma, desmontando mitos y creencias inadecuadas y planteando orientaciones para una actuación protectora.

Conceptualización de los temas relacionales

Muchos temas de salud mental tienen su origen en relaciones inadecuadas y dañinas. Como hemos ido viendo, las relaciones interpersonales sanas son imprescindibles (aunque no suficientes) para la salud mental, y su ausencia causa un daño severo, desde los problemas de vínculo originados en las figuras parentales hasta todas las consecuencias del maltrato y la violencia. En este sentido es importante tener en consideración que la correlación entre los problemas de salud mental y la violencia va en ambos sentidos. Es evidente que **la violencia puede causar problemas de salud mental**, desde ansiedad, dificultades de concentración y depresión hasta trauma e ideación suicida y otros. Pero también **los problemas de salud mental pueden conducir a situaciones de violencia**, tanto asumiendo el papel de agresor o agresora (por ejemplo, por bajo control emocional, por irritabilidad debida al malestar psicológico...) como padeciendo el papel de víctima (si una persona quiere agredir, elegirá más fácilmente a un niño, niña o adolescente que manifieste indicios de depresión o de ansiedad, intuyendo que será menos probable que pidan ayuda o que se defiendan).

En cuanto a las **conexiones**, los temas relacionales tienen un impacto evidente en la **relación con otras personas**, y no solo afectan a la relación con quienes mantienen la interacción inadecuada o dañina, sino que reducen o incluso eliminan la confianza general en las relaciones humanas, incluso con personas seguras que podrían ser un apoyo si se les diera la posibilidad. Además, los mensajes dañinos pueden afectar a la **conexión interior**, con una sensación de pérdida de valor e incluso asumiendo esas relaciones dañinas en su propio interior, incorporando comportamientos de maltrato hacia su propia persona (con insultos, desprecio y castigos internos que conducen a una vivencia de “tener el enemigo dentro”). Y, teniendo como referencia esas relaciones dañinas, es difícil mantener una **conexión saludable con el mundo, la vida y la trascendencia**, ya que la vivencia de habitar en un entorno hostil afectará a cómo se sitúa la persona en el mundo.

Tendiendo todo esto en cuenta, es evidente que los problemas de salud mental que tienen su origen en relaciones dañinas solo se pueden recuperar pasando por relaciones sanas y reparadoras, variadas y mantenidas en el tiempo,

aparte de otros elementos que sean necesarios a nivel clínico. Desmontar las vivencias dañinas requiere de muchas experiencias positivas, tantas como para reescribir la narración interna de *“Las personas siempre me causan sufrimiento”* a *“Algunas personas en mi historia me han hecho mucho daño, pero ahora sé, por mi relación profunda con A, con B y con C y por mis interacciones con otra gente, que tener buenas relaciones merece la pena, aunque me cueste y desconfíe al principio”*.

Los centros educativos son espacios relacionales, incluso “de socialización”. Son adonde los niños, niñas y adolescentes acuden, saliendo de su entorno familiar a un lugar más amplio, con formas de hacer muy distintas. Por eso, deben ser entornos seguros y protectores, para garantizar el desarrollo sano en sus espacios y relaciones, y también para detectar, derivar y acompañar las situaciones dañinas, tanto entre sus paredes como en otros ámbitos de la vida de los niños, niñas y adolescentes. El valor de los centros educativos es tan grande que ante cualquier emergencia (catástrofes naturales, conflictos armados...) están entre los primeros recursos en ponerse en marcha, junto con la alimentación, el alojamiento y la salud, porque los niños, niñas y adolescentes que cuentan con unas horas haciendo lo apropiado para su edad y desarrollo tienen muchas más posibilidades de recuperarse. Sin embargo, cuando el colegio no es suficientemente seguro, y causa o permite situaciones de violencia y maltrato, puede estar contribuyendo a los problemas de salud mental, por la cantidad de horas

LOS CENTROS EDUCATIVOS SON ESPACIOS RELACIONALES, QUE PUEDEN FAVORECER DEL DESARROLLO SI SON SEGUROS Y PROTECTORES, PERO QUE SI PERMITEN SITUACIONES DE VIOLENCIA PUEDE ESTAR CONTRIBUYENDO A LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

que los niños, niñas y adolescentes pasan en ellos. Por todo esto, en estas temáticas es especialmente relevante tener cuenta lo visto en el **Capítulo 3. Las condiciones que permiten abordar la salud mental: los Entornos Seguros y Protectores y la Afectividad Consciente**, con las consideraciones que allí aparecen, y la publicación *Las paredes educan. Los centros educativos como entornos seguros y protectores* (Romeo, 2025a), que aborda la aplicación de los Entornos Seguros y Protectores en los centros educativos en el marco de este proyecto “Escuelas que protegen y cuidan la salud mental”.

Sufrir o ejercer violencia

La violencia es una causa fundamental de malestar psicológico, y puede tener consecuencias graves en la salud mental. Frente a otras situaciones que

desequilibran, como los accidentes, las enfermedades graves o las catástrofes naturales, que en muchos casos no tienen unas figuras responsables, las situaciones de violencia perjudican especialmente porque **hay una o más personas que intencionadamente están causando daño**, a través de sus acciones o de sus omisiones. Para los propósitos de este manual nos limitaremos a explorar algunos efectos de la violencia en la salud mental, refiriendo a otras obras más extensas para profundizar (Horno, 2012; Romeo y Horno, 2021; 2022c).

Utilizaremos la **definición de violencia** empleada por el experto independiente para el estudio de Naciones Unidas sobre la violencia contra la infancia de las Naciones Unidas en 2006 (Pinheiro, 2006, p. 6), que proviene de la definición que la Organización Mundial de la Salud (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2002/2003):

Violencia es el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra un niño [niña o adolescente], por parte de una persona o un grupo, que cause o tenga muchas probabilidades de causar perjuicio efectivo o potencial a la salud del niño, a su supervivencia, desarrollo o dignidad.

Esto significa que, describiéndola de una manera operativa, la violencia tiene tres componentes (Romeo y Horno, 2021, cap. 1):

1. **El daño recibido por el niño, niña o adolescente**, que no siempre es consciente y que puede tardar en manifestarse (por ejemplo, los efectos de un abuso sexual en la primera infancia pueden permanecer ocultos hasta la adolescencia, pero eso no significa que no haya daño).
2. **El abuso (el mal uso) del poder**, que consiste en influir (negativamente) en el niño, niña o adolescente a través del afecto, de la autoridad, de la fuerza o de la diferencia transformada en desigualdad.
3. **El modo**, que puede ser **físico, psicológico, sexual** (para más detalles sobre la violencia sexual como una categoría específica, ver Romeo y Horno, 2021 y 2022c) y la **negligencia**, aquella forma de violencia que causa daño por un mal uso del poder que consiste en no utilizarlo para proteger cuando se debería.

La violencia puede tener múltiples consecuencias a nivel psicológico, y puede estar en la base de muchos de los temas graduales vistos en el capítulo 5, de algunos de los temas extremos vistos en el capítulo 6 (en especial de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ideación suicida) y en gran parte de los casos de trauma vistos en el capítulo 7. De hecho, la violencia afecta a todas las conexiones, empezando por la **conexión con otras personas** (el niño, niña o adolescente acaba viendo a las otras personas no como posibles apoyos, sino como riesgos potenciales o reales, minando su confianza y disminuyendo su capacidad de pedir ayuda), pero pasando también por la **conexión interior** (con una narrativa que se pregunta “¿Cómo pueden agredirme así? ¿Será que lo merezco, o que hay algo malo en mí?”) y por la **conexión con la vida y el mundo** (con una visión atemorizada, basada en la huida o el ataque).

En este sentido, es importante comprender que la violencia no surge en el vacío, sino que en la mayoría de los casos se produce una **repetición de patrones de violencia**. A nivel social se entiende que, si un niño, niña o adolescente sufre violencia, puede **repetir el patrón desde la agresión**. Efectivamente, ese es un riesgo real, y por eso quienes cometen agresiones necesitan una mirada atenta desde las figuras adultas para identificar qué les ha sucedido, porque probablemente necesitarán apoyo para sanar las consecuencias de haber sufrido agresiones anteriormente, y para convertirse en personas saludables, con relaciones adecuadas, que no recurren a la violencia en su vida diaria. Pero también es necesario fijar la mirada en los niños, niñas y adolescentes que **repiten patrones desde la victimización**, que parece que atraen las agresiones de sus iguales e incluso de sus profesionales de referencia. En esos casos también es imprescindible ver qué ha sucedido en sus vidas, porque cuando identifiquemos que están sufriendo violencia probablemente no será la primera vez que les haya pasado.

LA REPETICIÓN DE PATRONES DE VIOLENCIA PUEDE DARSE DESDE LA AGRESIÓN, PERO TAMBIÉN, MUCHO MÁS FRECUENTEMENTE, DESDE LA VICTIMIZACIÓN

Por todo esto, como indica la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPVI), los centros educativos (arts. 30-35) deben contar con la figura de los Coordinadores y Coordinadoras de Bienestar (art. 34) y con protocolos adecuados (art. 35) que se apliquen en el día a día. Esta legislación estatal se ha de trasponer en cada una de las comunidades autónomas, y en la Comunidad de Madrid está recogida en la Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid, con un artículo

específico para los centros educativos (art. 35). Se pueden ver ejemplos de sistemas de protección de la infancia contra la violencia que incluyen estos elementos en los materiales de diversas entidades (ver especialmente Romeo y Horno, 2022c y 2023).

Una vez establecido el concepto de violencia, pasaremos a ver sus efectos, que pueden ser diferentes según las personas que la ejercen sobre los niños, niñas y adolescentes en cada uno de los apartados siguientes, además de otras posibles situaciones.

Relaciones insuficientes o dañinas con las figuras parentales

Las figuras parentales son aquellas personas que tienen unas funciones de cuidado asumidas a nivel cultural en la sociedad y, más importante aún, a nivel afectivo y práctico ante los niños, niñas y adolescentes que tienen a su cargo. Pueden ser las madres y los padres, pero también otros familiares que se ocupan de la crianza y que son referentes afectivos cotidianos, como una abuela, un tío, una hermana mayor o un padrastro. Y también pueden ser otras personas con responsabilidades de cuidado, como las familias de acogida o, en el caso del acogimiento residencial, una tutora o un educador en especial. Pero para ser figuras parentales tienen que estar en la vida del niño, niña o adolescente, en sus experiencias diarias.

Lo que tienen en común todas estas figuras es que **configuran el apego**, en la línea de lo comentado en el **Capítulo 2. Las relaciones que nos definen: vínculo, apego y salud mental**. Recordemos que el apego proporciona, a través de esas figuras, unos modelos internos de cómo funciona el mundo: si el niño o niña puede esperar atención cuando llora o no; si se le va a animar a explorar o si se le va a limitar; si se le van a proporcionar claves para conocer sus propias emociones y vivencias o no; si cuando pida ayuda la va a recibir o va a ser contraproducente... Como hemos visto en ese capítulo, cuando las relaciones con las figuras de apego son seguras, el niño o la niña aprende a valorarse, a confiar en las personas importantes en su vida, a pedir ayuda cuando lo necesita y a explorar y conocer el mundo desde una base segura. Sin embargo, cuando esas relaciones no son seguras, el impacto es significativo, desde desajustes específicos en ciertas relaciones (como la tendencia a la manipulación, o la evitación de la intimidad) hasta situaciones de profundo desorden psicológico. Por todo esto, al valorar las problemáticas de salud mental de los niños, niñas y adolescentes es fundamental conocer los modelos

de apego que han podido interiorizar a partir de las relaciones con sus figuras parentales, sabiendo que pueden ser el origen en muchos casos.

Asociados a los estilos de apego, pero diferentes, son los **modelos de crianza**. Sabiendo que no hay ninguno perfecto, es claro que hay modelos de crianza que preparan para un mayor bienestar psicológico cuando combinan el afecto y los límites desde la consciencia (Horno y Romeo, 2017). En el ámbito educativo se comenta mucho la disparidad actual entre las familias, según modas pedagógicas, pero también dependiendo de las capacidades reales de las personas adultas y de los comentarios del entorno. Así, se observan a menudo **extremos perjudiciales**, por ejemplo, desde **modelos muy autoritarios**, que no tienen en cuenta las capacidades reales del niño, niña o adolescente hasta **modelos muy permisivos**, que dañan el desarrollo desde la falta de límites; desde **modelos muy directivos**, en los que la opinión del niño, niña o adolescente no se tiene en cuenta en ningún momento, impidiéndole desarrollar sus gustos y preferencias e incluso su propio criterio, hasta **modelos “no directivos”**, causando desorientación en el niño, niña o adolescente por la falta de criterios y de conocimiento del mundo; desde **modelos conductistas** que están más cerca del entrenamiento de animales que de la educación de personas hasta **modelos excesivamente optimistas** en las capacidades cognitivas a una edad temprana. Resulta evidente que muchos de estos modelos, basados en premisas poco sólidas o éticamente cuestionables, pueden causar diferentes problemas en la salud mental, no solo cuando suceden en la infancia y en la adolescencia, sino también en la edad adulta.

En este sentido están también las **expectativas que tienen las figuras parentales respecto a los niños, niñas y adolescentes**, y cómo influyen en el **nivel de exigencia**. En una sociedad cada vez más competitiva, se observa una tendencia a aumentar los objetivos que se tienen que alcanzar en cada etapa, y en esto es clara también la presión de las instituciones educativas, desde las administraciones públicas hasta los cargos directivos y los equipos docentes.

Si bien el sistema nervioso infantil y adolescente es enormemente plástico, y puede adaptarse a distintas exigencias, tiene también sus limitaciones, con unos recursos cognitivos finitos. Esto hace que, por ejemplo, para conseguir que lean y que hagan cálculos matemáticos en Educación Infantil se les reduzca a menudo los tiempos de juego libre que son tan importantes para el desarrollo de las habilidades sociales y para la creación de amistades, porque no se pueden alcanzar ambos objetivos a la vez. Si para tener buenas perspectivas vitales el niño, niña o adolescente tiene que dedicar, aparte de su

jornada escolar, gran parte de la tarde a actividades extraescolares exigentes (como el aprendizaje del segundo, tercer o cuarto idioma, la práctica deportiva a nivel de competición oficial o el aprendizaje de un instrumento con un nivel de conservatorio, a veces todo en la misma semana), es evidente que ese esfuerzo tendrá consecuencias en la salud mental. Porque, aunque a menudo se olvida, **los tiempos de descanso deben dedicarse al descanso**, a reponer fuerzas para el siguiente esfuerzo, no a cansarse hasta la extenuación.

Además, las exigencias pueden generar una **narrativa interior** en la que el niño, niña o adolescente asume una visión de su valía en la línea de “*Solo valgo si consigo X resultados*”. Pero también se da el otro extremo, que puede causar mucho daño también, con una pasividad de las figuras parentales que no esperan nada positivo de sus niños, niñas y adolescentes, en especial cuando hay otras circunstancias que pueden complicar los logros, como temas de salud física, discapacidad o cambios traumáticos en la estructura familiar.

Otro elemento que influye mucho en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes es la **presencia real en la vida diaria de sus figuras parentales**. Las relaciones se crean a lo largo del tiempo compartido, y las tendencias actuales de la sociedad, con jornadas laborales más largas y exigentes, no las facilitan, como exploraremos en más detalle en el **Capítulo 9. Problemas de salud mental (V): temas sociales, culturales y estructurales**. Pero dentro de estas corrientes, también está la vivencia que tienen los niños, niñas y adolescentes de la presencia breve y fragmentada de sus figuras parentales, que se vive a menudo como una ausencia. **Un niño, niña o adolescente siente que se le quiere cuando se le dedica tiempo**, y las personas adultas de referencia cada vez tienen menos, y cuando lo tienen, están demasiado cansadas para ofrecer una atención adecuada. Son necesarios ritmos tranquilos, con actividades cotidianas compartidas apropiadas para la edad, como merendar, repasar algún contenido de clase, comentar el día, la supervisión de la ducha en la infancia... Esos momentos generan seguridad en los niños, niñas y adolescentes, y proporcionan oportunidades para expresar preocupaciones o malestar, antes de que se vuelvan más graves. Sin embargo, en la vida acelerada tan común en estos días, lograr esos momentos requiere cierta consciencia y posibilidades sociales.

Para terminar este apartado, si la violencia y el maltrato pueden causar mucho daño, incluyendo el trauma, cuando provienen de las figuras que tienen la responsabilidad del cuidado el impacto es mucho mayor. El desequilibrio que crea la vivencia de “*Quien me tiene que cuidar es quien me agrede y me maltrata*” es muy difícil de sostener, y el sistema nervioso recurrirá a

las acciones más drásticas para conseguir que el niño, niña o adolescente sobreviva, con respuestas extremas a nivel individual que hemos visto en los capítulos anteriores.

Relaciones insatisfactorias o dañinas con otras figuras adultas

Las figuras parentales son necesariamente pocas, pero el niño, niña o adolescente suele tener otras muchas figuras adultas que influyen, para bien o para mal, en su vida y en su desarrollo. Pueden ser **familiares**, con un vínculo de afecto (positivo o negativo, recordemos que ambas formas pueden tener la misma fuerza) y **figuras de cuidados** a pesar de que no estén en el día a día. Pueden ser también **otras personas del círculo social**, como las figuras parentales de otros niños, niñas y adolescentes, con las que comparten espacios (sus casas, el barrio, la asociación de vecinos, el colegio) y actividades (salidas, celebraciones, fiestas de pijamas...), o como las amistades de sus propias figuras parentales (ese amigo del padre que es prácticamente un “tío no biológico”, esa vecina que ejerce de “abuela social”).

Y, por supuesto, son también todas las **personas con roles profesionales de cuidado**, como el personal educativo, de trabajo del hogar, de ocio y tiempo libre, de deporte, de actividades culturales... Todas estas relaciones, cuando son positivas, favorecen el bienestar y el crecimiento saludable, mientras que cuando son negativas, pueden causar un daño severo en la salud mental.

LAS FIGURAS ADULTAS DE CUIDADO PUEDEN CAUSAR DAÑO EN LA SALUD MENTAL:

- AL ESTABLECER UN VÍNCULO INSEGURO CON LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.
- AL APROPIARSE DE ROLES INDEBIDOS.
- AL EMPLEAR MODELOS EDUCATIVOS Y PEDAGÓGICOS INAPROPIADOS.

La primera forma de daño puede provenir cuando establecen un **vínculo inseguro con los niños, niñas y adolescentes**. Como hemos visto en el **Capítulo 2. Las relaciones que nos definen: vínculo, apego y salud mental**, el vínculo es una relación que tiene las funciones de calmar la ansiedad, favorecer la exploración y ayudar a la comprensión de las emociones y vivencias propias. Aunque estas personas no ocupan roles parentales y los niños, niñas y adolescentes no establecen relaciones de apego con ellas (si cumplieran esas funciones estarían en el apartado anterior), sí que pueden establecer relaciones vinculares, que ayudan a construir la personalidad. No ocurre siempre, y es normal que así sea: por ejemplo, en una clase de Educación Infantil muchos niños y niñas tienden a vincularse con sus educadoras, mientras que en

Secundaria tal vez solo se vinculen un par de estudiantes con el tutor a lo largo del año. Lo importante es, cuando sucede, el impacto tan grande que tiene. Cuando es un vínculo suficientemente sano, la figura adulta apoya el desarrollo regulando la expresión emocional, calmando la tensión y animando a probar nuevas experiencias, y puede de hecho ser una referencia positiva cuando las figuras parentales no pueden ofrecer esas vivencias de seguridad. Sin embargo, cuando se utiliza esa vinculación de manera inadecuada, el niño, niña o adolescente puede aumentar su desconfianza en las relaciones interpersonales, reduciendo su capacidad de pedir ayuda cuando lo necesite, o incluso el vínculo puede ser la causa de problemáticas de salud mental.

Otra forma de daño ocurre cuando estas figuras adultas se apropian de **roles indebidos**, saliendo de sus funciones adecuadas de cuidado. Así, hay personas que pretenden ser “**como padres o madres**” para quienes no son sus hijos e hijas ni tienen esas funciones, suplantando a las figuras parentales reales, e incluso cuestionándolas o minimizándolas ante los niños, niñas y adolescentes (y es necesario evitar esto, especialmente en la familia, sobre todo dando su lugar apropiado para cada persona). También puede haber un cambio de plano, de relaciones verticales de cuidado (“*Yo que soy mayor de edad te cuido a ti*”, adecuado) a **relaciones horizontales** (“*Aunque soy tu profesora, soy tu amiga, como tus compañeras de clase*”, inadecuado). Y el extremo de esta pérdida de roles está en el **emparejamiento romántico con niños, niñas y adolescentes**, lo cual es directamente una forma de abuso sexual, por el daño que causa en su desarrollo afectivosexual desde un mal uso del poder afectivo. De nuevo, es importante recordar que se les puede proporcionar a los niños, niñas y adolescentes una cercanía y una calidez adecuadas sin sobrepasar los límites del respeto y de las funciones propias, sin provocar problemas de salud mental como los que pueden surgir de todas esas confusiones.

Los **modelos educativos** que siguen estas personas también son muy importantes. Como se puede leer en el Anexo, los niños, niñas y adolescentes son muy conscientes del impacto que tienen las acciones de quienes les educan, tanto desde lo constructivo (cuando ven coherencia entre lo que se dice y lo que se hace, consistencia en las normas, respeto, interés...) como desde lo destructivo (cuando perciben arbitrariedad, favoritismos y manías, falta de motivación por la enseñanza, normas puestas para toda la comunidad educativa pero que ciertos adultos se pueden saltar sin consecuencias...). Y también los **modelos pedagógicos** les afectan, desde la motivación y el ánimo de superación cuando hay dinamismo y pasión en sus docentes, hasta el desinterés o incluso el miedo cuando las clases están orientadas a tareas

repetitivas que no entienden. Estas situaciones son especialmente relevantes en los centros educativos, ya que la vida de los niños, niñas y adolescentes gira en torno a las actividades académicas, pero también existen en otros ámbitos como el deporte, el ocio y tiempo libre, las actividades artísticas y culturales y otros espacios educativos. Recordemos que en este periodo formativo los niños, niñas y adolescentes aprenden de sus experiencias, y cuando reciben un trato inadecuado, lo pueden interiorizar, causando problemas de salud mental.

Los centros educativos son cada vez más conscientes de la importancia de todas estas relaciones, y actualmente se insiste mucho en la **formación del personal que no es docente, pero sí educativo**, como personal de comedor, de secretaría, de limpieza y mantenimiento y de actividades extraescolares. Cuando su desempeño es adecuado, desafortunadamente tiende a pasar desapercibido, pero cuando hay profesionales de esos colectivos que actúan de manera inadecuada con los niños, niñas y adolescentes, la experiencia puede ser muy duradera. Porque, recordemos, siguen siendo personas con autoridad sobre los niños, niñas y adolescentes, y si la utilizan mal, el daño puede ser real.

Y enlazando con esto, es necesario insistir en que todas estas personas, por la posición de autoridad que tienen sobre los niños, niñas y adolescentes, tienen gran capacidad de influir en sus vidas. Cuando utilizan su posición para garantizar la seguridad y el desarrollo, su presencia es muy positiva, pero cuando la emplean para agredir y maltratar (aunque sea de formas muy sutiles, o aparentemente “pedagógicas”), el daño en la salud mental (y física) de los niños, niñas y adolescentes puede ser muy severo.

Relaciones insatisfactorias o dañinas con sus iguales

Mientras que las personas adultas proporcionan a los niños, niñas y adolescentes un marco de seguridad y protección (o no, con graves consecuencias) en el que principalmente reciben los cuidados, **las relaciones con iguales son un espacio de exploración de la reciprocidad y del apoyo mutuo (o de todo lo contrario)**. La mayoría de niños, niñas y adolescentes tienen distintos grupos de iguales, que combinan rasgos compartidos y diferencias. Así, en su hogar comparten los vínculos familiares (que en muchos casos van más allá de lo puramente biológico), pero tienen normalmente distintas edades, mientras que en el aula comparten la edad y las experiencias escolares pero sin vínculos familiares, y en el ocio y tiempo libre comparten aficiones pero con edades y

perfiles diferentes (especialmente cuando al llegar a la adolescencia empiezan a ayudar a niños y niñas de menor edad bajo supervisión adulta, como sucede en muchas asociaciones y clubes deportivos). En estos grupos aprenden los distintos estilos de relación, que las figuras responsables deben supervisar:

- **El apoyo y la cooperación**, que en general se deben potenciar, porque la vida al final es un ejercicio de colaboración, y siempre dependemos de otras personas para salir adelante (en cualquier edad). Las figuras adultas han de tener cuidado para **no imponer este tipo de relaciones**, porque en ese caso la obligación se vive como una carga. Por ejemplo, los trabajos en grupo, cuando se organizan de manera equilibrada, pueden ayudar a que cada alumno o alumna explore sus diferentes roles y capacidades, pero si no se gestionan bien, al final una o dos personas hacen todo el trabajo con gran frustración por el sobreesfuerzo, y además la falta de consecuencias para quienes no han colaborado también les perjudica porque no aprenden el valor de la responsabilidad. O cuando se asigna que una estudiante sirva de apoyo en la clase a otro bajo la etiqueta de “ayuda” (porque es nuevo, porque no conoce la lengua bien, porque tiene problemas en la asignatura...), esa situación, sin una supervisión y un apoyo adecuados puede perjudicar a ambas personas, suponiendo una carga para quien ayuda, que le quita tiempo para sus propias tareas, y también un perjuicio para quien recibe la ayuda, que tal vez aprovecharía mejor unas orientaciones profesionales de alguien con cualificaciones específicas.
- **El contraste**, que ayuda a explorar la identidad propia frente a sus iguales, siempre que se entienda la fluidez de las identificaciones: por ejemplo, quienes practican deportes durante el tiempo del patio frente a quienes prefieren hablar de sus cosas; o quienes disfrutan de hacer presentaciones en clase frente a quienes se sienten mejor con un trabajo más callado y discreto.
- **La competición**, que en situaciones concretas puede ser valiosa, cuando hay unas normas claras que ayudan a cada niño, niña o adolescente a superarse desde el respeto. El espacio típico de competición es el deporte, pero se está extendiendo también a otros ámbitos donde su valor es más cuestionable (por ejemplo, en las prácticas artísticas o en el ocio y tiempo libre). Bien acompañada, la competición también enseña a ganar con humildad y a perder con dignidad, pero si se convierte en el único modo de relacionarse puede resultar muy dañina, porque conduce al aislamiento. **Para tener amistades, los niños, niñas y adolescentes** (y también las personas adultas) **han de mostrar su vulnerabilidad**, para recibir apoyo

cuando lo necesitan, y han de ser capaces de apoyar cuando otras personas tienen dificultades. **La competición se basa en lo contrario**, esto es, **en ocultar la vulnerabilidad** y explotar las debilidades de sus oponentes, y mientras que eso puede generar buenos resultados deportivos o similares, llevada a la vida personal impide las relaciones de apoyo y compañía.

- **La oposición**, que según cómo se maneje puede ser constructiva (cuando cada parte aprende a defender mejor sus posturas) o destructiva (cuando se opta por lograr el objetivo a cualquier precio, incluido el daño a la otra parte). **El conflicto**, entendido como cualquier situación en la que dos o más partes quieren resultados diferentes, es una parte más de la vida, y los niños, niñas y adolescentes necesitan aprender a exponer sus preferencias y a hacer valer los criterios más protectores, así como a aceptar otras condiciones cuando lo que desean no es positivo. Los conflictos entre iguales, cuando reciben el acompañamiento adecuado de las figuras adultas, pueden convertirse en momentos de aprendizaje de muchas de estas competencias.

En el ámbito de las relaciones, en especial entre iguales, es importante comprender bien la extroversión y la introversión, que condicionan los modos de relacionarse y la mayor o menor integración dentro del grupo. Estos términos describen los extremos de un continuo entre la **extroversión** (literalmente, “volcarse hacia fuera”), que se caracteriza por la disposición de compartir el mundo interior con otras personas, con grandes dotes comunicativas y la capacidad de establecer relaciones interpersonales, y la **introversión** (literalmente, “volverse hacia dentro”), que se caracteriza por concentrar las experiencias en el interior, con mayor dificultad para la comunicación y para las relaciones (en especial cuando estas son superficiales o en grupos grandes).

En principio, exceptuando los extremos, se puede contar con una buena salud mental con la mayoría de los puntos de este continuo, y es necesario entender las ventajas e inconvenientes de ambas formas en el ámbito relacional. Así, en general para las personas extrovertidas es más fácil establecer relaciones superficiales desde la apertura y la actividad, de modo que pueden pasar más adelante a relaciones más profundas, y en general nuestras sociedades tienden a favorecer este estilo. Por otro lado, muchas personas introvertidas pueden tener dificultades para manejarse en situaciones que exijan una alta exposición, como presentarse en un grupo o hablar en público, pero cuando establecen relaciones pueden hacerlo con mayor solidez y profundidad. Por esto, la clave para la salud mental no depende tanto del número de amistades,

sino de su calidad. En una clase que se ha mantenido estable durante varios cursos, las oportunidades de profundidad son mayores tanto para los estilos extrovertidos, que se benefician de pasar de lo superficial a la profundidad, como para los estilos introvertidos, que pueden desarrollar relaciones a lo largo del tiempo desde la confianza. Y, por el contrario, los cambios en los grupos, con todos los aspectos positivos que pueden aportar al facilitar las relaciones con otras personas, también suponen un riesgo para ambos estilos. Lo que es fundamental, pues, es la solidez de las relaciones. Por ejemplo, una niña extrovertida muy popular en su curso, que es delegada de clase y capitana del equipo de baloncesto, puede tanto gozar de buena salud mental con amistades genuinas muy variadas como encontrarse realmente sola entre muchas relaciones que la desgastan. Y otro ejemplo, un niño introvertido, estudioso y callado, puede contar con muy buena salud mental, con sus dos amigos de siempre con los que comparte muchos momentos importantes pero desde la discreción, o bien sentirse solo y aislado, con efectos negativos sobre su salud mental.

Si las relaciones sanas entre iguales contribuyen tanto al bienestar psicológico, una de las formas más sencillas y eficaces de favorecer la salud mental desde los centros educativos consiste en **ofrecer numerosos espacios de relación**, en los que puedan surgir y consolidarse esas posibles amistades. Y esto se puede lograr, por un lado, en momentos concretos de convivencia, desde **actividades compartidas** como el deporte, el teatro, el baile o la música hasta procesos más dirigidos como las tutorías y las actividades de creación de grupo (especialmente a principio de curso), pero también se fomenta haciendo posibles otros **tiempos no estructurados**, como los tiempos de los descansos, de la comida y de la entrada y la salida. Además, cuando las relaciones interpersonales son más cercanas, también mejora mucho el clima escolar. Sin embargo, es fundamental que se trate de espacios donde los niños, niñas y adolescentes sientan que tienen **libertad de relacionarse con quien quieran**, y aunque se les puede animar a que se conozcan más dentro del grupo, no se deben forzar las amistades (igual que no nos gusta a las personas adultas que nos fueren a tener amistad con nadie).

Como estamos viendo, las relaciones entre iguales son tan importantes que la mayoría de niños, niñas y adolescentes intentarán tener alguna. Y si no

LOS CENTROS EDUCATIVOS PUEDEN FAVORECER LA SALUD MENTAL OFRECIENDO NUMEROSOS ESPACIOS DE RELACIÓN, TANTO CON ACTIVIDADES COMPARTIDAS COMO CON TIEMPOS NO ESTRUCTURADOS, OFRECIENDO A LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES LA LIBERTAD DE RELACIONARSE CON QUIEN QUIERAN

encuentran relaciones constructivas, se conformarán con relaciones menos sanas. Frente al refrán tradicional de *“Mejor solo que mal acompañado”*, la verdad es que en general preferirán invertirlo: *“Mejor mal acompañado que solo”*. Y eso es lo que define las llamadas **“malas compañías”**: los niños, niñas y adolescentes a menudo saben que esas relaciones con un grupo conflictivo no les convienen, pero las ven como un mal menor frente a la alternativa de quedarse a solas en clase y en los descansos.

Los **extremos más dañinos** de las interacciones entre iguales son, por un lado, la ausencia de relaciones significativas, que conduce al **aislamiento** y a la **soledad** que exploraremos en el apartado siguiente, y, por otro, el **maltrato**, que se considera acoso entre iguales cuando se produce en persona y ciberacoso cuando se realiza por medios digitales. El fenómeno del **acoso entre iguales** es complejo y puede tener formas muy variadas, pero la clave para identificarlo consiste en que hay un **daño buscado desde la intencionalidad**, y que **se repite en el tiempo** (Romeo y Horno, 2021, apartado 2.2.1.). Cuando sucede en el ámbito escolar, el impacto puede ser muy negativo para todas las partes afectadas:

- **Para quienes lo sufren directamente**, porque no pueden evitar seguir asistiendo cada día al lugar donde experimentan la violencia, el miedo les resta capacidad para las tareas académicas y el grupo les evita creando una situación de aislamiento.
- **Para quienes lo observan**, porque ver la violencia en directo siempre afecta, y por el temor a convertirse en las próximas víctimas.
- **Para quienes ejercen el acoso**, porque se instalan en una identidad dañina que les impide las relaciones sanas tanto en el presente como en el futuro, casi siempre por haber sufrido sus propias situaciones de violencia.
- **Para las figuras adultas**, porque no suelen contar con herramientas para abordar el acoso, y el clima escolar deteriorado también les afecta.

Por otro lado, el **ciberacoso** añade una **dimensión de complejidad en el espacio** (puede producirse en cualquier lugar donde el niño, niña o adolescente tenga acceso a los medios digitales, como en casa, en el barrio o de viaje...) y **en el tiempo** (por la tarde mientras hace las tareas de clase, por la noche cuando quiere dormir, los fines de semana y las vacaciones aunque no haya clase...), y además incorpora la **invisibilidad ante las figuras adultas**, que no suelen estar en los espacios digitales donde sucede. El daño en la salud mental

de las distintas formas de acoso puede ser muy elevado, incluyendo algunas consecuencias extremas analizadas en los capítulos anteriores.

Aislamiento

Durante los últimos años ha incrementado la consciencia de la importancia de las buenas relaciones interpersonales para la salud en todas sus dimensiones. Como vamos a ver, las **conexiones con otras personas no son algo opcional**, que puede mejorar una vida que ya está determinada por otros factores, **sino que son un elemento fundamental del bienestar en todos los niveles**.

Así, el informe de la Oficina del Cirujano General del gobierno de Estados Unidos (*Office of the Surgeon General* en inglés) de 2023 ya destacaba el **peligro que entraña la soledad no deseada** para la salud no solo mental sino también física, con menciones a estudios que reflejan que causa el daño (en personas adultas) superior a fumar 15 cigarrillos diarios o tomar 6 bebidas alcohólicas al día (p. 25), y con un aumento del riesgo cardiovascular (p. 26), de hipertensión (pp. 26-27) y de diabetes (p. 27). El informe cita también un interesante artículo de Sheldon Cohen (2021) para reflejar la importancia de las relaciones sociales en la respuesta del sistema inmune ante las infecciones, poniendo de relieve que un número mayor de funciones sociales aumenta la resistencia frente a las enfermedades infecciosas. Y pasando al ámbito psicológico, el informe proporciona datos sobre la influencia de la soledad no deseada en el deterioro cognitivo de personas mayores (pp. 28-29). Además, recoge los resultados de Maria Elizabeth Loades y colaboradoras (2021) que apuntan a que el aislamiento social en la infancia y adolescencia aumentan el riesgo de depresión y ansiedad hasta nueve años después de haberlo experimentado (p. 29). Y cita también los datos de Cheryl King y Christopher Merchant (2008) que evidencian la relación entre el aislamiento y el suicidio en la adolescencia (pp. 29-30).

En España el Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada ha ido elaborando estudios sobre el impacto que tiene el aislamiento principalmente en la población adulta, y más recientemente también en adolescentes y jóvenes, aunque a fecha de la publicación de este manual todavía no en la infancia. Así, su *Estudio sobre juventud y soledad no deseada en España* (Ruiz, Tuñón, Fresno, Del Río y Sonat, 2023) destaca que **un 25,5% de adolescentes y jóvenes entre los 16 y los 29 años (ámbito del estudio) se sienten solos** (pp. 25-26), y que, de esas personas, cerca de la mitad (45,7%) llevan sufriendo la soledad no deseada desde hace más de tres años (pp. 26-27). En la línea del

informe de la Oficina del Cirujano General del gobierno de Estados Unidos, la soledad no deseada tiene consecuencias también para la salud mental. El estudio muestra una prevalencia **3,3 veces superior de problemas de salud mental entre quienes se perciben con soledad** (61,4%) frente a quienes no (18,7%) en la población española (p. 67); que sufren problemas como la ansiedad o la depresión (77,8%), más del doble que quienes no la padecen (34,8%) (p. 69); y que la soledad no deseada correlaciona también con una proporción mayor de pensamientos y conductas autolesivas (entre 2,5 y 3 veces más frecuentes) (p. 70).

También Madrid Salud, la institución del Ayuntamiento de Madrid encargada de la salud, en su *Estudio cualitativo sobre la soledad no deseada en la población adolescente y joven del municipio de Madrid 2020* (2020) proporciona datos sobre la vivencia de la soledad no deseada en la franja de edad de 16 a 29 años, en especial en el contexto de las medidas sanitarias por COVID-19 durante ese año, aportando, además de otros datos, ciertas claves para entender el fenómeno como un fallo en cuatro grandes ámbitos: la pertenencia, la comunicación, la identidad y el proyecto vital (pp. 121-150).

Como reflejan los distintos resultados, las relaciones interpersonales son fundamentales tanto para tener buena salud mental (previniendo situaciones) como para superar las problemáticas psicológicas que tengan otras causas. Por eso, **el aislamiento es a la vez un riesgo para la salud y un indicador de que la situación psicológica de la persona no es la adecuada**. Y, así como la legislación prohíbe el consumo de tabaco o de alcohol a los niños, niñas y adolescentes, es cada vez más urgente desarrollar medidas para abordar una situación que les puede causar unos efectos tan perniciosos como el abuso de esas sustancias. Para generar, por tanto, entornos que favorezcan unas relaciones saludables es necesario tener en cuenta varias consideraciones.

EL AISLAMIENTO SOCIAL ES A LA VEZ UN RIESGO PARA LA SALUD FÍSICA Y MENTAL Y UN INDICADOR DE QUE LA SITUACIÓN PSICOLÓGICA DE LA PERSONA NO ES LA ADECUADA

En primer lugar, para desarrollar relaciones sanas y evitar la soledad y el aislamiento los niños, niñas y adolescentes han de contar con unas **habilidades sociales adecuadas para su edad**. Estas habilidades se desarrollan a través de las figuras de cuidado primarias, primero en la familia y en el hogar, y luego en los centros educativos, que son espacios fundamentales de socialización. Sin embargo, los cambios producidos en las estructuras sociales, culturales y estructurales, como veremos en el capítulo siguiente, repercuten en una

reducción de esas interacciones básicas: las familias trabajan más horas y tienen menos disponibilidad, y los niños, niñas y adolescentes tienen cada vez agendas más ocupadas, sin tiempo de descanso y con un nivel de intensidad que reduce su disponibilidad para jugar y relacionarse desde el ocio. Al mismo tiempo, los currículos educativos se centran cada vez más en resultados numéricos en pruebas uniformes, cuando las tendencias pedagógicas deberían ir orientadas a desarrollar las competencias relevantes para una vida satisfactoria en todos los ámbitos y las profesiones, como son comunicarse de manera efectiva, establecer y cuidar relaciones interpersonales y resolver conflictos en la vida diaria.

En este sentido, como hemos visto en el capítulo 3, para que los centros educativos sean realmente entornos seguros y protectores se ha de visibilizar la **responsabilidad profesional de facilitar la creación de redes afectivas**. En un momento en el que los problemas de salud mental están aumentando tanto en la población infantojuvenil, el **trabajo de las relaciones interpersonales** ha de ocupar un lugar primordial como estrategia de prevención, detección y acompañamiento de estas situaciones. Este trabajo tiene funciones de **prevención** porque, como se ha comprobado, las relaciones sociales satisfactorias reducen el riesgo de problemáticas de salud mental o hacen que sean menos graves cuando existen. Además, mejora la **detección**, ya que si se observa que un niño, niña o adolescente no participa en las dinámicas especialmente orientadas a fomentar las relaciones sociales o si manifiesta de alguna forma que está sufriendo soledad no deseada, se puede actuar antes. Y es una forma de **acompañamiento**, trabajando las relaciones sociales desde el propio centro educativo, además de seguir las pautas que se indiquen desde los servicios correspondientes de salud mental.

Pero para abordar el aislamiento y la soledad hay que incorporar el **análisis de las circunstancias que dificultan las relaciones entre iguales**. Puede haber dificultades individuales, como, por ejemplo, la timidez o la introversión, que no deberían ser problemáticas por sí mismas (se puede tener una vida satisfactoria siendo tímido y abriéndose en los espacios de confianza, o siendo introvertida y disfrutando de solo dos amigas, pero muy buenas y fiables), o ciertas características personales. Las

PARA SER ENTORNOS
SEGUROS Y PROTECTORES
LOS CENTROS
EDUCATIVOS TIENEN
LA RESPONSABILIDAD
PROFESIONAL DE
FACILITAR LA CREACIÓN
DE REDES AFECTIVAS
PARA LOS NIÑOS, NIÑAS
Y ADOLESCENTES,
PORQUE SIRVE PARA LA
PREVENCIÓN, DETECCIÓN
Y EL ACOMPAÑAMIENTO
DE POSIBLES
PROBLEMÁTICAS DE SALUD
MENTAL

dificultades también pueden provenir de las **circunstancias familiares**, por ejemplo, cuando la familia no recibe en casa a las amistades de sus hijos e hijas, tanto por falta de espacio en los hogares más humildes como por falta de tiempo en los más acomodados, o por circunstancias que dificultan las relaciones, como relaciones familiares conflictivas, especialmente durante las separaciones y divorcios mal gestionados. Siguiendo así podemos identificar también dificultades en muchos **otros ámbitos culturales y sociales**, de modo que vayamos encontrando alternativas para sortearlas y favorecer una mayor sensación de pertenencia y de apoyo.

Sin embargo, a veces **el aislamiento es buscado por el propio niño, niña o adolescente de manera activa**, y eso tiene que ver con su historia previa. Cuando han tenido experiencias dañinas, tanto por parte de figuras adultas como por parte de sus iguales en otros espacios, a veces los niños, niñas y adolescentes pueden optar por seguir al pie de la letra el refrán “*Mejor solo que mal acompañado*”. En ese caso la intervención va a requerir mucho más tiempo, primero para desmontar la creencia de que todas las relaciones son peligrosas, y después para favorecer el establecimiento de relaciones graduales, de cortesía en un primer momento, de simpatía más adelante y de amistad a largo plazo.

Porque la alternativa a las relaciones interpersonales saludables ya la estamos viendo: **lo digital como refugio**. Y esto es en sí mismo a la vez un indicador de falta de salud mental y una problemática propia. Cuando las relaciones humanas parecen todas dañinas, por vivencias previas reales o por falta de experiencias positivas duraderas, la tecnología ofrece un espacio aparentemente seguro (especialmente si no implica interacción con otras personas, sino solo con vídeos, canales o juegos). Se trata de recuperar unas relaciones sanas, que proporcionen oportunidades de crecimiento tanto desde la confianza como desde la exploración, y que puedan pedir ayuda cuando el niño, niña o adolescente no sea capaz. Y esta consideración no pretende clasificar todo lo digital como dañino, porque a veces el apoyo vendrá de lo digital (por ejemplo, por contacto por redes sociales con amistades y familia que apoyan después de un cambio de municipio o de país, o por encontrar comunidades con intereses y valores similares...) cuando las relaciones en persona sean negativas o dañinas. La cuestión es que solo lo digital no basta, y los equipos educativos y las familias tienen que poner el foco en las interacciones en persona.

Conceptualización de los temas sociales, culturales y estructurales

Durante mucho tiempo, al menos desde una concepción occidental, se ha considerado la salud mental como una cuestión individual o, a lo máximo, interpersonal, cuando se comenzó a incorporar las perspectivas de la teoría del apego y de la comprensión relacional del trauma. Sin embargo, como se ha ido constatando en las últimas décadas, **cada persona desarrolla su salud mental mejor o peor dependiendo de su entorno concreto, dentro estructuras sociales específicas.** Esas estructuras son el marco en el que se establecen los tres tipos de conexiones, la interior, la relacional con otras personas y la conexión con la vida, el mundo y la trascendencia. Como anticipábamos en el apartado **Factores que afectan a la salud mental** en el capítulo 1, con los conocimientos actuales es evidente que hay estructuras sociales que o bien favorecen o bien impiden cada una de esas conexiones. Dedicaremos este capítulo a explorar algunas consideraciones al respecto.

En primer lugar, **ninguna de las situaciones aquí descritas recibe un diagnóstico específico** desde las disciplinas de la Psiquiatría y la Psicología. No se han acuñado (todavía) términos como el “Trastorno del Estado de Ánimo por Pobreza” ni la “Ansiedad por Discriminación”, por ejemplo. Sin embargo, es evidente que vivir en una situación de pobreza puede afectar muy negativamente al estado del ánimo, y que sufrir discriminación puede aumentar la ansiedad hasta causar problemáticas graves de salud mental. Por eso, cuando detectamos este tipo de situaciones es necesario **ver el impacto que tienen en cada persona de manera concreta.** Y esto nos ayuda a entender, desde un enfoque biopsicosocial, que a veces la depresión de un niño que vive con su familia en condiciones de privaciones materiales no es meramente “un desequilibrio en los neurotransmisores” (aunque tenga esa consecuencia a nivel fisiológico), sino que tiene un origen en su situación de carencia e inseguridad. Del mismo modo, una adolescente que sufre discriminación cada vez que sale a la calle puede presentar una ansiedad que va más allá de sus características psicológicas individuales y que nace y se mantiene por experiencias reales concretas en el día a día con una dimensión social.

Haciendo un paralelismo con el bienestar físico, así como es difícil contar con buena salud física en un entorno contaminado o con condiciones físicas adversas, **en estructuras sociales poco sanas es muy difícil gozar de una buena salud mental**. De hecho, el organismo tiende naturalmente a manifestar las carencias en forma de malestar para que la persona busque alternativas más saludables, y eso puede conducir a que lo más sano ante una situación dañina sea no ajustarse, sino buscar otras posibilidades. Sin embargo, las sociedades en general buscan que sus miembros simplemente se sometan a las condiciones existentes, por poco saludables que sean. Esas condiciones tienen su sentido desde una mirada limitada de los intereses grupales o estructurales (Horno, 2022), pero dejan fuera aspectos fundamentales de la persona. La presión social ha permitido que sobrevivamos como especie, a veces en contra del bienestar y de la autenticidad de muchos de sus miembros. Las estructuras políticas y económicas han permitido un fuerte desarrollo en muchos ámbitos, con la creación de estados complejos con grandes avances a nivel cultural, científico, tecnológico e industrial, pero a menudo a costa de

EN ESTRUCTURAS SOCIALES POCO SANAS ES MUY DIFÍCIL DE GOZAR DE BUENA SALUD MENTAL, Y EL DESAJUSTE SOCIAL PUEDE SER ESPERABLE E INCLUSO SALUDABLE

los derechos humanos de una parte importante de su población. Por eso, en ciertas situaciones el desajuste social es esperable e incluso saludable, aunque resulte incómodo, por manifestar aspiraciones a un mundo mejor.

Por todos estos motivos, al contrario que con los temas individuales y relacionales, que pueden tener un abordaje suficiente en el contexto limitado donde se dan, **los temas sociales, culturales y estructurales requieren una acción colectiva para la transformación**. Es necesario organizarse para lograr los cambios deseados, para humanizar las sociedades en un proceso continuo. Los centros educativos, con su función socializadora, son agentes fundamentales para identificar las situaciones sociales, culturales y estructurales que perjudican a su alumnado, y pueden detectar y derivar casos individuales a la vez que hacen incidencia para mejorar las condiciones generales de toda la población.

Para acabar esta introducción, nos centraremos en recordar que **todas estas temáticas son complejas**, con impactos graves en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes y con soluciones que requieren múltiples agentes. El **trabajo en red** con instituciones públicas, privadas y no gubernamentales es, por tanto, imprescindible para modificar las estructuras sociales para que no

sean dañinas sino protectoras y para garantizar un bienestar que favorezca un desarrollo saludable a nivel psicológico.

Estructuras familiares que generan inseguridad

Como hemos visto en el capítulo anterior, las relaciones con las figuras parentales y otros referentes afectivos configuran dimensiones importantes en los niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, esas relaciones no se dan en el vacío, sino que dependen de **estructuras familiares no siempre positivas que son permitidas e incluso promovidas por la sociedad**, bien por falta de conocimiento, bien por priorizar otros intereses (individuales, económicos, sociales...) a costa de su bienestar. Es cierto que las figuras parentales tienen responsabilidad respecto a sus propias decisiones, y al mismo tiempo es evidente que la aparición de nuevas tendencias en la sociedad configura e incluso limita mucho su campo de actuación. Sabiendo que hay muchas otras que se podrían añadir, a continuación veremos algunas estructuras familiares que existen en nuestras sociedades actuales a modo de ejemplo.

Los **modelos familiares complejos** no son nuevos, pero han aumentado en número y dificultad en las últimas décadas. Así, las **separaciones** y los **divorcios** pueden generar mucha inseguridad en los niños, niñas y adolescentes, especialmente cuando se producen con grandes conflictos en las figuras parentales y esas relaciones complicadas se mantienen en el tiempo. La sensación de ansiedad, la baja autoestima al ver que no se les tiene en cuenta, la violencia de las relaciones y la pérdida de situaciones seguras por otras nuevas y desconocidas (nueva casa, nuevo centro educativo, incluso nueva población y nuevos idiomas) pueden perjudicar claramente el bienestar y pueden generar problemas en todas las temáticas anteriores. De hecho, los servicios sociales municipales suelen prestar una especial atención a este tipo de situaciones, diseñando programas para prevenir los problemas y realizando intervenciones cuando se detecta una gran conflictividad (Horno y Romeo, 2020, pp. 58 y 73). En el caso de las **familias reconstituidas** (cuando dos figuras parentales se unen incorporando hijos e hijas de relaciones previas, que se convierten en hermanastros y hermanastras, en una convivencia

ESTRUCTURAS FAMILIARES QUE GENERAN INSEGURIDAD:

- LOS MODELOS FAMILIARES COMPLEJOS.
- LA CRIANZA DESDE LA FAMILIA NUCLEAR E INCLUSO MONOPARENTAL, FRENTE AL MODELO TRADICIONAL DE LA FAMILIA EXTENSA.
- LA FALTA DE CONCILIACIÓN DE LOS REFERENTES AFECTIVOS.
- EL EXCESO DE ACTIVIDADES DESPUÉS DE LA JORNADA ESCOLAR.

cotidiana), si no se cuidan bien los procesos, el malestar puede ser aún mayor, y cuando esas uniones y separaciones se producen de manera repetida, la confusión puede ser muy grande por las pérdidas acumuladas.

Concretando en un ejemplo, es evidente que a una niña de Primaria le puede costar comprender por qué su hermano que es mayor de edad se queda a vivir con su padre, que tiene una nueva pareja que aporta dos hijos pequeños (nuevos hermanastros para la niña), mientras que ella se va a vivir con su madre y el novio de esta, que tiene otra niña de su edad (otra hermanastra), hasta que tiene un nuevo hermano solo por parte de su madre, aunque poco tiempo después la familia reconstituida se separa y deja de ver a su padrastro y a su hermanastra. Si, además, para aprovechar una oportunidad laboral de su madre se van a vivir a otra región, la pérdida de referencias y relaciones puede causar un daño severo en la niña, con efectos en varias de las temáticas de salud mental vistas en capítulos anteriores. Hay una responsabilidad en las figuras parentales, pero también es evidente una responsabilidad social, que debería favorecer una toma de decisiones más pausadas y sólidas que proporcionen seguridad a los niños, niñas y adolescentes.

Las nuevas tendencias de la sociedad hacen que **cada vez cuente menos la familia extensa** y, al menos en el mundo occidental, se esté generalizando el **modelo de familia nuclear o incluso monoparental**, con sus aspectos positivos y también negativos. Este modelo familiar presenta dos grupos de problemas. **A nivel práctico**, si no se ha complementado con otras personas

que estén en el día a día de la familia, la falta de apoyos hace que los niños, niñas y adolescentes se queden **demasiado tiempo a solas sin supervisión adulta**, o con un uso excesivo de los dispositivos electrónicos, y que no se realicen todas las actividades necesarias para su bienestar (un niño puede pasarse días sin ducharse si no hay nadie que lo verifique, o una adolescente puede empezar a experimentar con técnicas de reducción de peso sin que nadie controle si come o cena). Y a **nivel afectivo**, las **carencias debidas a la ausencia de figuras vinculares** pueden tener consecuencias muy graves.

EL MODELO DE FAMILIA NUCLEAR E INCLUSO MONOPARENTAL HACE QUE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES SE QUEDEN DEMASIADO TIEMPO A SOLAS SIN SUPERVISIÓN ADULTA (TENDENCIA AL USO EXCESIVO DE DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS) Y QUE APAREZCAN CARENCIAS AFECTIVAS POR LA AUSENCIA DE SUS FIGURAS VINCULARES

Por eso es necesario poner consciencia y plantear **alternativas que generen redes afectivas y de apoyo**. Desde los centros educativos, se pueden **favorecer las relaciones entre familias de**

estudiantes: por ejemplo, el hecho de que los niños y niñas se puedan quedar en el patio con sus familias terminada la jornada escolar para jugar mientras meriendan es una iniciativa sencilla que desde los colegios puede favorecer esas amistades y redes de apoyo entre familias que benefician a todas las partes interesadas y que pueden mejorar incluso el clima escolar. Los municipios también deben mantener en buen estado sus espacios públicos como parques, jardines y espacios de deportes para generar ese tipo de conexiones, así como dotar sus recursos de profesionales que puedan acompañar en los cuidados, desde apoyos educativos no formales hasta seguimiento en situaciones de riesgo. Y la sociedad tiene que prestar atención a esta dimensión, favoreciendo **modelos relacionales de “familia social”**, definida por relaciones de cuidado y apoyo mutuo, desde la elección consciente y correspondida, más allá de la familia puramente biológica.

Por otro lado, y ligada con lo anterior, una tendencia que lleva décadas afectando a las familias y en especial a los niños, niñas y adolescentes es la **creciente dificultad para la conciliación familiar**, entendida como el equilibrio entre la dedicación al trabajo y el tiempo para la familia y las labores de cuidado. La realidad es que las figuras parentales se encuentran trabajando cada vez más horas para mantener un nivel de vida mínimo y para no perder oportunidades laborales, y esta situación afecta a la crianza y educación de sus hijos e hijas. El sistema nervioso humano está configurado para estructurar su visión del mundo y de las relaciones a partir del trato (y de la presencia cálida y atenta) de las figuras vinculares. Por tanto, cuando el padre o la madre no pueden dedicarles el tiempo suficiente, los niños, niñas y adolescentes sufren esas carencias en su desarrollo emocional, con posibles consecuencias graves en muchos ámbitos, incluida la salud mental (Plataforma de Infancia, 2022b). A veces el peso de los cuidados fuera del horario escolar recae en los abuelos y abuelas, si viven cerca y tienen disponibilidad, pero este movimiento no siempre tiene en cuenta su estado de salud, con exigencias que a menudo suponen un sobre esfuerzo, y con la consideración de que, con todo lo bueno que pueden aportar, no son sus figuras parentales. En unos sistemas económicos en los que cada vez es necesario trabajar más horas, es imprescindible poner consciencia para realizar ajustes sociales que permitan tiempos de crianza más realistas, que favorezcan el desarrollo de seres humanos equilibrados, frente a la aceleración, el cansancio y la ansiedad actual. Además, como se suele decir, *“El lenguaje del amor para la infancia es el tiempo”*, en la línea de que los niños, niñas y adolescentes interpretan el afecto que se les tiene a través del tiempo que se les dedica, de modo que, con poco tiempo compartido sentirán que no se les quiere, con todas las consecuencias psicológicas de esa vivencia tan dolorosa.

Relacionado con el problema de la **falta de conciliación aparece también la falta de descanso y de ocio no estructurado** en los niños, niñas y adolescentes. Después de jornadas escolares exigentes, en muchos casos las familias y la sociedad les obligan a tener tardes también muy intensas, desde el tiempo dedicado a completar tareas académicas en casa hasta la presión por realizar actividades extraescolares, ya sea por presión social (las exigencias de saber idiomas, de obtener resultados deportivos o artísticos, de pertenecer a grupos específicos...), ya sea por necesidad de cubrir el horario hasta que alguien puede ir a recogerles. Y eso no es bueno. El sistema nervioso humano necesita tiempos de descanso, de relajación, y en el caso de los niños, niñas y adolescentes, que están desarrollándose, esos tiempos son mucho más necesarios. Gran parte de las temáticas graduales provienen de la falta de tiempo para recuperarse cada día, promoviendo la ansiedad y unos resultados que afectan a la autoestima y a la capacidad de regulación. De nuevo, es una temática que excede a las competencias familiares, y la sociedad necesita reevaluar sus prioridades para proteger la salud mental de la infancia y adolescencia.

Por último, hay que destacar que los cambios explorados no tienen por qué ser siempre negativos, desde una idealización falseada del pasado, de “cómo eran antes las cosas”. **Muchas de las situaciones mencionadas pueden ser menos dañinas que las opciones que había en el pasado:** una familia separada puede doler menos que la violencia diaria en el ámbito familiar; la crianza en solitario puede ser dura, pero menos que en una gran familia muy dominante que decide todo por el niño, niña o adolescente e incluso por sus figuras parentales desde la rigidez y el control; la vivencia de la falta de sus figuras parentales de un niño, niña o adolescente cuenta con una narrativa distinta si es por falta de interés (“*Mi madre prefiere estar de compras con sus amigas que conmigo*”) que si es por el trabajo necesario para costear todos los gastos de la vida (“*Mi padre no puede ayudarme con los deberes porque cuando trabaja menos no comemos fruta en casa*”), causando un daño diferente... La cuestión es que hay situaciones familiares que tienen muchas posibilidades de causar daño, y que la responsabilidad no puede recaer exclusivamente en las figuras parentales, sino que existe una corresponsabilidad por parte de las administraciones públicas y de toda la sociedad.

En cuanto a su impacto, todas estas temáticas pueden afectar de manera significativa a los tres tipos de conexiones, empezando por las **conexiones con otras personas** (en especial la relación con las figuras parentales), que si no son suficientemente positivas pueden acarrear consecuencias también en la **conexión interior** (con narrativas como “*Si mi madre o mi padre no me cuidan*”).

debe ser porque no soy suficiente, no valgo como soy”) y en la conexión con la vida, el mundo y la trascendencia (con narrativas como *“En los conflictos de personas adultas solo soy un arma arrojadiza, no tengo otro valor en el mundo”* o *“En esta sociedad, lo más importante es el trabajo y los logros académicos, pero entonces ¿la vida consiste solo en trabajar? ¿Cómo puedo entenderme si me interesan otras cosas?”*).

Con unas temáticas tan complejas, el acompañamiento a los temas de salud mental desde el centro educativo requiere una visión global y una intervención en todos los niveles. Evidentemente, habrá que abordar las temáticas concretas de salud mental que aparezcan, pero también habrá que sensibilizar a las familias respecto a todas estas situaciones y ofrecerles pautas protectoras, a la vez que se deben ofrecer reflexiones a las autoridades competentes y a la sociedad en general. El trabajo desde la consciencia, pues, es imprescindible para el abordaje integral de las temáticas causadas por este tipo de situaciones.

Desventaja social

Para los propósitos de este apartado, consideraremos **desventaja social** cualquier **situación en la que un niño, niña o adolescente y su familia tienen menos oportunidades de desarrollo y bienestar que otras**, basándose en características personales y sociales como el nivel económico, la educación previa, los grupos sociales a los que pertenecen, la cultura, la situación administrativa (como la situación de irregularidad en la residencia en el país), los problemas de vivienda, el desempleo estructural de las personas adultas, y las medidas de protección (como vivir en acogimiento residencial y familiar), entre muchas otras. Por eso, en muchos casos, el hecho de nacer y vivir en un tipo de situación social condiciona el acceso a recursos, afectando a las posibilidades en la vida y teniendo un doble impacto en la salud mental.

Por un lado, la desventaja social tiene un primer tipo de impacto al **generar condiciones inadecuadas**, aumentando todas las posibles temáticas de salud mental vistas en los capítulos anteriores tanto en las personas adultas como en los niños, niñas y adolescentes que dependen de ellas. Desde una vivencia de inseguridad aparecen todo tipo de problemas, desde la ansiedad hasta la falta de sentido y la depresión. Así, por ejemplo, UNICEF dedica un apartado de su informe *Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia* (2022) a los efectos de la pobreza en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes, en el que precisa:

...La relación también puede ser de doble vía: la pobreza puede llevar a que se produzcan problemas de salud mental y los problemas de salud mental pueden llevar a la pobreza. Por ejemplo, la pobreza puede ir en detrimento de la salud mental de los niños y los jóvenes al exponerlos a riesgos como la violencia, el trauma y altos niveles de estrés. Y a la inversa, como muestran las investigaciones, los niños y los jóvenes con problemas de salud mental pueden caer en la pobreza a causa de los altos costos de la atención de la salud, la menor productividad, el desempleo y la imposibilidad de participar en la comunidad y de acceder a tratamiento debido al estigma que pesa sobre ellos (p. 86).

La situación de la pobreza infantil en España, analizada por ejemplo por UNICEF España (2023) revela unas condiciones muy desfavorables para una proporción muy alta de la población, de un 28%, e incluso con una proporción del 10,8% de la población infantil viviendo en situaciones de privación material y social severa. Es evidente que, con los retos de avanzar en el día a día, la salud mental de esos niños, niñas y adolescentes no será demasiado positiva. En esa línea aparecen los resultados elaborados para Save the Children España por Aumaitre *et al* (2021, pp. 15-18), que manifiestan, entre otros datos, que en España *“los niños, niñas y adolescentes que viven en hogares pobres tienen una probabilidad 4 veces mayor de sufrir trastornos mentales y/o de conducta [13%] que aquellos que viven en hogares de renta alta [3%]”* (p. 17) y que *“La incidencia de problemas de salud mental entre los niños, niñas y adolescentes en familias sin empleo es por tanto 3 veces mayor [10%] que entre los niños, niñas y adolescentes en familias con empleo [3%]”* (p. 18). La Plataforma de Infancia (2024a) analiza en más detalle el impacto de la pobreza en los distintos grupos poblacionales de niños, niñas y adolescentes, comentando los distintos componentes que contribuyen a las dificultades económicas y a la pobreza severa. Y un componente fundamental en los últimos años ha sido la pandemia por COVID-19, con efectos muy severos en la población en general y también en los niños, niñas y adolescentes (UNICEF España, 2020; Fundación FOESSA y Cáritas Española, 2022a y 2023).

Por otro lado, la desventaja social tiene un segundo impacto porque implica muy a menudo que hay **menos recursos disponibles para abordar las temáticas de salud mental que aparecen**. Si la familia está preocupada por conseguir algo de comer cada día y mantener la vivienda, difícilmente

tendrá capacidad para buscar apoyos cuando su hijo tiene problemas de concentración o cuando la hija comienza a mostrar signos de depresión grave. Además, cuando se le puedan ofrecer esos apoyos desde fuera, por intervenciones del centro educativo o de otras instituciones, e incluso desde los servicios sociales, a menudo considerarán las situaciones de salud mental como más abstractas y menos graves que quedarse sin comer o que el miedo al desahucio, y colaborarán menos que en situaciones orientadas a la mera supervivencia. Y en un contexto más amplio, la desventaja social incluye también a menudo que en el barrio o en el municipio haya, por esas mismas estructuras de desigualdad, menos recursos públicos, privados y no gubernamentales para ofrecer servicios básicos y especializados, y los que existen pueden estar saturados o con dotaciones inferiores a las necesarias. Por todo esto, según describe la Organización Panamericana de la Salud (y la Organización Mundial de la Salud) (2022/2023, pp. 22-24), se puede entrar en el **círculo vicioso de la desventaja**, en el cual **los problemas sociales y de salud mental se retroalimentan mutuamente, aumentando su gravedad**.

EL CÍRCULO VICIOSO DE LA DESVENTAJA CONSISTE EN QUE LOS PROBLEMAS SOCIALES Y LAS PROBLEMÁTICAS DE SALUD MENTAL SE RETROALIMENTAN MUTUAMENTE, AUMENTANDO SU GRAVEDAD

La desventaja social tiene impacto en todas las conexiones, pudiendo generar distintas consecuencias en la salud mental. Así, puede afectar a la **conexión interior**, cuando el niño, niña o adolescente aprende a desconectarse de sus vivencias internas de hambre, de frío o de malestar físico porque no hay recursos suficientes para abordarlas (con una narrativa como *“Necesito separarme de mi vivencia de estómago vacío o de dolor de garganta porque no va a haber una solución, así que tendré que endurecerme”*), pero también genera una sensación de distancia con **otras personas** (con narrativas como *“Mi madre no puede cuidarme, ¿de quién me puedo fiar entonces?”* o *“Vivo en una sociedad donde no importa si como o no, así que no me preocuparé por nadie”*) y una **desconexión con la vida y el mundo** (con narrativas como *“La vida consiste en conseguir y acumular, porque nadie va a apoyarme”* o *“Mi lugar en el mundo es sobrevivir como pueda, a través de agresiones/adicciones/disociación...”*).

Los colegios han sido desde hace mucho tiempo instituciones que han trabajado para ofrecer oportunidades a niños, niñas y adolescentes en desventaja social, ofreciéndoles no solo una educación que les puede proporcionar cualificaciones y oportunidades para salir del ciclo de la

pobreza a largo plazo, sino abordando también las desigualdades en el día a día, a través del comedor escolar, de becas para las distintas necesidades o de programas educativos que ayuden a mejorar su nivel académico. En un momento en el que **las desigualdades sociales siguen existiendo e incluso están aumentando** (Fundación FOESSA y Cáritas Española, 2022a a nivel estatal en España; 2022b en la Comunidad de Madrid; 2023, con una visión de los mayores desequilibrios) y con el impacto que tienen en la crianza dentro de las familias (Fundación FOESSA, Cáritas Diocesana de Barcelona y Cáritas Española, 2022), el acompañamiento a temas de salud mental que tienen su origen en situaciones de desventaja social, o que se ven agravados por ellas, ha de consistir en una **intervención con múltiples focos**. Por un lado, es necesario **buscar recursos de apoyo** en instituciones públicas, privadas y no gubernamentales (un niño con hambre mantenida o una niña con un dolor físico permanente no van a tener fuerzas para mejorar su salud mental si no se atajan antes esas situaciones urgentes), e incluso ofrecerlos desde el propio centro educativo. Por otro, también hay que **ofrecer pautas** a las familias y a los grupos con problemáticas compartidas para abordar sus situaciones, tanto a nivel práctico como las especificidades de las temáticas psicológicas. Y, por último, **el acompañamiento de cada situación de salud mental deberá contar con una visión apropiada de las influencias de la desventaja social en su aparición y mantenimiento**. Por ejemplo, si una familia tiene dificultades para pagar la calefacción y el agua caliente, las iniciativas de higiene en invierno para un adolescente con baja autoestima y dificultades para la integración en la clase tienen que tener en cuenta que ducharse a diario en su casa no sea una opción realista, con el impacto que tiene para su salud, para su autoimagen e incluso para la aceptación social si presenta un olor corporal detectable, y que será necesario buscar alternativas prácticas y dignas.

Discriminación social

En este apartado consideraremos que la **discriminación social** consiste en la **transformación de una diferencia objetiva**, basada en características concretas, **en una desigualdad subjetiva**, basada en juicios de valor, y que **tiene una dimensión social**, con una validación de esa desigualdad dentro de la cultura y de las estructuras sociales, más allá de las posiciones de las personas en concreto. La discriminación social, por tanto, pasa del ámbito de las opiniones a la implementación de medidas que dificultan a ciertas personas el acceso a sus derechos y a diversas oportunidades por ciertas características que comparten, según la visión de la sociedad.

Los motivos de discriminación son muy variados, y solo mencionaremos algunos de los más relevantes a modo de ejemplo. Así, el **sexo** o el **género** se utilizan para asignar roles y derechos diferentes a las personas, de manera que para la mayoría de las situaciones supone más ventajas ser hombre, excepto para algunas condiciones en las que ser mujer conlleva ciertos beneficios. Sin embargo, las niñas y las adolescentes tienen retos específicos para su salud mental que están condicionados por elementos sociales y culturales, e incluso las mismas problemáticas tienen componentes diferentes entre niños y niñas, como muestra Martha Straus en un amplio manual de problemáticas que afectan a las “adolescentes en crisis” (2007). El **origen étnico y cultural** se utiliza en nuestros contextos para favorecer a las personas con piel más clara y rasgos más “europeos”, frente a quienes tienen la piel más oscura o presentan rasgos o indicadores de origen gitano (ver la realidad de *La situación educativa del alumnado gitano* en España de la Fundación Secretariado Gitano, 2023) o extranjero. A nivel práctico, contar con la **nacionalidad española** o la **residencia legal** facilita muchas gestiones que resultan muy difíciles o imposibles en una situación administrativa irregular. El **lugar de residencia** afecta también a las oportunidades de manera desigual, de modo que vivir en una ciudad conlleva mayores ventajas (en algunos de los distritos, no en todos) respecto a posibilidades de educación, atención sanitaria y ocio, por ejemplo, mucho más escasas en municipios rurales alejados que, por otro lado, a menudo cuentan con mayor acceso a la naturaleza como elemento positivo (pero que no compensa normalmente todas las otras carencias). La **discapacidad** implica que los espacios y los recursos adaptados tienden a ser más limitados, dificultando o incluso impidiendo un desarrollo adecuado (que se podría alcanzar con adaptaciones apropiadas). La **identidad LGTBIQ** todavía se codifica en muchos entornos como inadecuada, a pesar del consenso científico de que forman parte de la normalidad cuando se dan las condiciones sociales para su aceptación y de los posicionamientos oficiales de las instituciones internacionales (UNESCO e IGLYO, 2021), estatales y locales.

Es evidente que cuando la persona experimenta de manera continua desvalorizaciones por su identidad o por sus características, mantener una estructura psicológica sana es más complicado. Si esto sucede en la infancia y adolescencia, cuando la identidad personal se está desarrollando y cuando la pertenencia es tan necesaria para el bienestar psicológico, la sensación de discriminación y de experimentar rechazo puede causar mucho daño en la salud mental. De hecho, la discriminación social sirve como excusa para la violencia contra los niños, niñas y adolescentes por parte de iguales o de otras personas, y está en el origen de muchas de las problemáticas analizadas, desde la ansiedad y la depresión hasta la ideación suicida.

A todo esto se le añade que **los niños, niñas y adolescentes pueden sufrir formas específicas de discriminación que no se dan igual con personas adultas**. Por ejemplo, a pesar de los avances logrados en el cumplimiento de muchos derechos de la infancia y adolescencia, el hecho de ser menores de edad todavía dificulta derechos como la **participación** y que se escuche a los niños, niñas y adolescentes en muchos procedimientos que les afectan, como custodia en casos de separación y divorcio o posibilidades de estudio (por limitaciones familiares). Los niños, niñas y adolescentes con **medidas de protección (acogimiento familiar o residencial)** ven cómo su vida privada se encuentra dictaminada en muchos casos por procedimientos burocráticos que impiden la normalidad, como no poder dormir en casa de sus amistades o poder invitar a personas de su clase a su residencia, y conllevar un estigma por “no ser normales”. Un estigma similar afecta también a **adolescentes con medidas judiciales** que, aunque necesitan intervención para corregir sus actuaciones y recibir apoyo para una vida social más satisfactoria, ven también limitaciones en el ejercicio de sus derechos, sobre todo el derecho de aprender de sus errores y poder tener un futuro mejor, sin etiquetas innecesarias. Cuando los niños, niñas y adolescentes viven en condiciones familiares en las que sus figuras parentales sufren formas de discriminación (por su nivel económico o cultural, por su origen, por su situación administrativa irregular, por ser familias monoparentales, especialmente si están encabezadas por una mujer...), la vivencia de discriminación es mucho mayor.

En este sentido, un concepto útil en este campo es la **interseccionalidad**, que se refiere a la manera en que **dos o más formas de discriminación se combinan, aumentando mucho más que la mera suma de sus efectos** (Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas, 2019, pp. 9-10). Así, por la configuración actual de la sociedad, una niña tiene muchas menos probabilidades de convertirse en ingeniera que un niño, pero si además la niña es gitana, las posibilidades disminuyen drásticamente, y si además presenta dislexia, resulta prácticamente imposible (mientras que hay hombres con dislexia no gitanos que son ingenieros, a pesar de las dificultades). O, por seguir con otro ejemplo, un niño con situación administrativa irregular por su condición de migrante tendrá más dificultades para practicar su deporte, pero si además tiene la piel oscura será más complicado, y si su familia no habla bien el idioma, lo más probable es que el deporte se limite a espacios informales como parques y espacios abiertos, sin poder acceder a instalaciones y equipos oficiales. Esta discriminación compuesta, articulada en torno a distintas identidades de la misma persona, complica la intervención, porque no siempre se tienen en cuenta todas las variantes. Por seguir con los casos

anteriores, se está promoviendo el acceso de las niñas y de las mujeres a las carreras científicas, pero no es frecuente que se incluyan otros elementos como la etnicidad o dificultades de aprendizaje; y también se está facilitando el acceso al deporte desde los ámbitos municipales, pero no siempre se tiene en cuenta la situación administrativa o la mediación intercultural necesaria.

Si ya son escasos los recursos de salud mental en general y para la población infantojuvenil en particular, el acceso a ellos es mucho más difícil cuando quienes sufren las problemáticas son niños, niñas y adolescentes con rasgos diferenciales, ya que esos rasgos pueden conllevar una discriminación añadida por parte de profesionales o de las propias instituciones. De hecho, **parte de sus problemas de salud mental se pueden interpretar como rasgos propios del colectivo asignado socialmente al niño, niña o**

adolescente, invisibilizando las necesidades reales, con mensajes erróneos como *“Este niño es agresivo porque su cultura es así, no porque haya sufrido ninguna forma de violencia o incluso porque presente trauma”* o *“Esa niña llora mucho porque es lo esperable con su discapacidad, no porque esté sufriendo ninguna situación preocupante en concreto”*.

LA INTERSECCIONALIDAD SE REFIERE A LA MANERA EN QUE DOS O MÁS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN SE COMBINAN, AUMENTANDO MUCHO MÁS QUE LA MERA SUMA DE SUS EFECTOS

Hasta este momento hemos analizado el papel de la discriminación en la creación, mantenimiento y empeoramiento de los problemas de salud mental, y ahora es conveniente analizar también cuando **la discriminación se produce precisamente por contar con una problemática de salud mental.**

Se suele diferenciar entre **estigma**, que se utiliza para visibilizar la **marca social negativa asignada a las personas con problemas de salud mental identificados**, y **discriminación**, que es la **limitación de derechos a esas personas**. En ambos casos, el sufrimiento aumenta en quienes reciben ese trato. En este sentido, los niños, niñas y adolescentes con temas de salud mental a menudo sufren etiquetas negativas, limitando su identidad a su problemática (“el hiperactivo”, “la anoréxica”...) y organizando las interacciones en torno a sus dificultades (“*No puede hacer esto porque tiene ansiedad/depresión/intentos autolíticos...*”). Sin embargo, parte de la intervención consistirá precisamente en incluir su participación en actividades normalizadas y saludables, desde tareas académicas hasta actividades deportivas, culturales y de ocio, y en darles la posibilidad de gestionar sus dificultades de maneras concretas ya adaptadas. En esta línea hay metodologías probadas, como las que presenta la Organización Mundial

de la Salud a través de su Oficina Regional para Europa (2024), entre otras muchas.

Por todo esto se puede entender que la discriminación tiene un impacto negativo en todas las conexiones. La **conexión interior** se ve perjudicada porque el niño, niña o adolescente tiene dificultades de aceptarse como es, viendo las dificultades que conllevan sus características externas e internas, generando tensiones internas. Pero también tiene un impacto negativo en la **conexión con otras personas**, al experimentar la violencia que supone el rechazo por elementos personales concretos. El rechazo por parte de otras personas puede impulsar también a relaciones poco sanas, tanto desde la sumisión, para que se les acepte, como desde la agresión, para que se les tema (ya que no se les respeta). Y en general es más difícil sentir una **conexión** buena **con la vida** cuando parece que el mundo está en contra, por situaciones no elegidas como el color de piel o el origen.

Los centros educativos tienen un papel fundamental en la reducción y eliminación de la discriminación y en el acompañamiento de las consecuencias en la salud mental de las distintas formas de discriminación. El primer elemento consiste en la **formación de los equipos en las distintas formas de discriminación** en general y en las formas concretas que puede experimentar su alumnado específico en particular (en un colegio con población gitana o migrante, conocer sus culturas de origen y abordar las desigualdades sociales que sufren sus miembros; en un centro con programas para alumnado con necesidades educativas especiales, comprender qué pueden hacer y qué no, y realizar las adaptaciones pertinentes para su plena integración...). Otro elemento importante consiste en **darles voz a los niños, niñas y adolescentes y sus familias** para descubrir sus vivencias e incorporar sus ideas de mejora en la práctica diaria, ya que son especialistas en sus situaciones (como se puede observar con los análisis tan relevantes recogidos en el Anexo). Además, la vivencia de discriminación genera inseguridad y malestar, así que, si logramos **que los espacios escolares sean entornos seguros y protectores**, lograremos una mejor prevención, detección e intervención ante situaciones de desigualdad y discriminación, y esa experiencia puede suponer un apoyo importante, incluso aunque no se extienda al resto de sus vidas. **Visibilizar desde el ámbito educativo los aspectos positivos y las capacidades de los colectivos discriminados** ayuda también a transformar su imagen social, poniendo en valor sus aportaciones y sus derechos. Por último, el acompañamiento de temas de salud mental en niños, niñas y adolescentes que sufren discriminación **añade un nivel de complejidad** y exige una atención constante a todos los elementos que influyen, desde la gestión de los conflictos

dentro del centro educativo hasta las decisiones y la visibilidad que se asigna a cada grupo humano. Y a pesar de las dificultades, tiene sentido intervenir, ya que podemos ofrecer a esos niños, niñas y adolescentes sus primeras experiencias de integración y de ponerse en valor, que pueden ayudarles a tener unas perspectivas vitales mucho mejores.

Referentes sociales inadecuados

El último bloque de este capítulo está dedicado a los referentes sociales inadecuados como origen de muchas problemáticas de salud mental y como motivo para su mantenimiento cuando tienen otras causas. Aunque las figuras adultas del entorno, tanto la familia como los equipos profesionales, pueden proteger respecto a estas influencias perjudiciales y reducir su impacto, **los mensajes son tan frecuentes y están tan generalizados que es necesario un esfuerzo consciente y sistemático para abordarlos y proporcionar alternativas más saludables**. Veremos cuatro tipos generales de referentes sociales inadecuados, desde la consciencia de que se podrían añadir muchos más.

El **individualismo**, entendido como el **mensaje que considera que el valor máximo está en buscar el beneficio personal**, se encuentra difundido en prácticamente todos los ámbitos de la sociedad. Esto hace que la persona se sienta sola, y que su valor dependa de su capacidad de hacerse cargo de su bienestar (a nivel económico). Esto lógicamente afecta a la conexión con otras personas, y esa sensación de aislamiento conduce a menudo a cuestionarse el valor propio (y la conexión interior con las necesidades de pertenencia e intimidad) y a tener dificultades para encontrar un sentido vital aparte de sobrevivir (perdiendo la conexión con la vida, el mundo y la trascendencia). Y no se trata de idealizar las relaciones interpersonales, las vivencias de comunidad ni los sistemas, que pueden generar sus propios problemas (Horno, 2022), sino de comprender que sin relaciones significativas es difícil mantener una buena salud mental.

En el caso de los niños, niñas y adolescentes estas necesidades relacionales son más importantes todavía, ya que precisan de muchas relaciones para desarrollar todas sus competencias sociales, desde aprender a cuidarse a partir del cuidado que reciben, hasta la intimidad, la amistad, la lealtad e incluso la capacidad de cooperar con personas que no les agradan, pero con las que comparten un fin común (por ejemplo, su clase o su equipo deportivo).

EL INDIVIDUALISMO, MENSAJE QUE CONSIDERA QUE EL VALOR MÁXIMO ESTÁ EN BUSCAR EL BENEFICIO PERSONAL, AFECTA A TODAS LAS CONEXIONES, ESPECIALMENTE EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA, Y NO SOLO CAUSA PROBLEMAS DE SALUD MENTAL, SINO QUE DIFICULTA LA INTERVENCIÓN CUANDO SE DETECTAN

El individualismo, con su mensaje en la línea de “*Yo me resuelvo todo a solas por mi cuenta*”, no solo causa problemas de salud mental como la **ansiedad** (en el choque con la realidad de que todas las personas necesitamos ayuda o colaboración en muchas situaciones cotidianas), la **baja autoestima** (por la falta de datos realistas de que a la mayoría de las personas nos resultan difíciles muchas cosas en el día a día, pero existe la creencia de que “no hacer todo perfecto” es igual a “ser un fracaso”) o incluso el **trauma por omisión** (cuando el estrés se produce por la ausencia de un acompañamiento necesario). Además, aumenta el daño y dificulta la intervención en todas las problemáticas de salud mental, por el **aislamiento** del niño, niña o adolescente y su falta de comprensión de que el primer paso es pedir ayuda.

De hecho, cuando a pesar del individualismo persistente son capaces de pedir apoyo, normalmente la situación es mucho más grave y complicada que si hubieran confiado sus dificultades a alguien cuando estaban apareciendo.

En línea con el individualismo está también el **consumismo**, comprendido como la **presión para consumir, no solo comprando objetos, sino también pagando por experiencias y situaciones, desde una sensación de carencia y de que nada es suficiente**. El consumismo tiene la ansiedad como origen (“*Tengo preocupación, así que me compro X o pago por Y y así me calmo durante unos instantes*”) pero también como destino (los mecanismos de comercialización se basan en generar inseguridad a potenciales clientes para que compren sus productos bajo la promesa falsa de que se sentirán mejor si lo hacen). El consumismo, desde la angustia por la sensación de carencia, conduce al cálculo continuo de posibles beneficios, insistiendo en la producción a cualquier coste, incluso cuando ese coste es desorbitado.

El consumismo, de hecho, tiene un **impacto negativo en todas las conexiones**: en la **vida propia** (perdiendo calidad y calidez en las experiencias), en las **relaciones** (cuando todas las interacciones tienen que tener un objetivo práctico, dejando de lado la gratuidad y la generosidad) y en la **visión del mundo** (desde la competitividad más extrema, sin espacio para compartir ni para la colaboración).

Y, sin embargo, la visión consumista, con las consecuencias reales trágicas que produce, no es una perspectiva natural: **el mundo en realidad funciona gracias a otros modelos de cooperación y de cuidado**, tanto en la naturaleza (ya que los ecosistemas son amplias redes de colaboración, en las que las especies y sus individuos se apoyan entre sí, incluso de manera involuntaria) como en las relaciones humanas (las relaciones más significativas tienen una dimensión de gratuidad o de reciprocidad, como las figuras parentales, las amistades o la pareja, con una colaboración por el bien común).

A pesar de todo esto, **la vivencia de los niños, niñas y adolescentes es, muchas veces, que valen tanto en cuanto producen** (logros académicos, deportivos, artísticos...). Además, la sensación de carencia general, de que solo habrá suficiente para quienes destaquen extremadamente, y de que el resto tendrán vidas condenadas al fracaso y la insatisfacción, conduce a una motivación dirigida a los resultados, sin pararse a disfrutar del proceso, de las relaciones ni de ser como son desde la aceptación. Cuando vemos la sobrecarga de actividades académicas y extraescolares podemos observar cómo la presión por producir y consumir de sus figuras parentales hace mella en los propios niños, niñas y adolescentes, aumentando su individualismo y reduciendo sus competencias sociales, sus amistades y sus tiempos de descanso. Toda esta presión puede generar desequilibrios que afecten a la salud mental, y cuando ya hay problemáticas identificadas, el consumismo puede impulsar a buscar soluciones rápidas basadas en el desembolso de dinero o exclusivamente en la medicación, cuando habría que transformar las situaciones personales y sociales del niño, niña o adolescente y de su entorno. La dimensión social de la intervención en la salud mental debería ser una prioridad por su potencial sanador.

Aunque el individualismo y el consumismo son mensajes dañinos en muchos sentidos, es necesario fijarse a nivel social también en otros mensajes dañinos, más específicos aunque también muy generalizados. En este grupo estarían todos los mensajes de discriminación social vistos en el apartado correspondiente, ya que son transmitidos a través de la cultura y de las estructuras sociales, pero también aparecerían ideas más específicas, los **estereotipos**, y que pueden conducir a la pérdida de la conexión interior y de la autoaceptación, a conexiones interpersonales dañinas y a la sensación de desconexión con la vida, el mundo y la trascendencia.

De nuevo, este tipo de mensajes pueden causar problemas de salud mental, o agravarlos cuando aparecen por otros motivos. Algunos ejemplos serían los siguientes:

- **Los estándares de apariencia física** (*“Los chicos tienen que estar fuertes y las chicas deben estar delgadas”*), sin tener en cuenta la variabilidad de las formas corporales, que depende de la genética y de las condiciones de vida, conduciendo a trastornos de la conducta alimentaria (más en mujeres, pero también en hombres) y a la obsesión por el deporte (más en hombres, pero también en mujeres).
- **Las relaciones de maltrato entre iguales** (*“En las películas estadounidenses se da por hecho que siempre habrá acoso en las aulas, así que no pasa nada porque nos tratemos mal en clase, la crueldad puede resultar hasta graciosa, si no me toca a mí”*, *“Hay una tendencia de colgar vídeos burlándose así de cierto tipo de personas, vamos a hacer uno en el patio cuando no nos vean”*), partiendo de modelos dañinos que no se deberían replicar.
- **Los modelos de relaciones de pareja tóxicos ya desde la adolescencia** (*“Los celos y el control son una señal de que me quiere”*, *“Como estoy en pareja tengo que dejar de relacionarme con mis amistades de toda la vida”*, *“Estamos en la fase en la que toca mantener relaciones sexuales, aunque no sea mi momento e incluso me dé miedo, porque si no, ¿qué dirán los demás?”*).
- **La infantilización** (atribuir menos responsabilidades y capacidades de las adecuadas para la edad) **y la adultización** (atribuir más responsabilidades y capacidades de las adecuadas para la edad) en muchos ámbitos de la vida, por influencia de patrones culturales, tanto en la autonomía espacial (con *“No puedo dejar que mi hijo de dieciséis años vaya solo al supermercado de la esquina a comprar el pan”* frente a *“Mi hija ya tiene cinco años, se puede quedar sola en casa toda la tarde sin ningún problema”*) como en labores académicas (*“Tengo que ayudar a esta adolescente a redactar su trabajo de literatura porque ella sola no puede”* frente a *“He dejado al niño de seis años que practique la lectura en voz alta por sí mismo, tiene que desarrollar soltura por su cuenta, que aprenda de sus errores aunque nadie se los indique”*). Son mensajes inadecuados, porque impiden la autonomía (la infantilización) o la fuerzan de manera inapropiada (la adultización), causando un daño en el desarrollo y no preparando para la vida real como sería recomendable.

La última categoría en esta breve enumeración de referentes sociales inadecuados, que está relacionada con todas las anteriores pero que exige una reflexión específica por la gravedad de su impacto, es la **sexualización inapropiada**. Una preocupación que aparece cada vez más en las familias y en los equipos profesionales es la adopción de comportamientos inadecuados

respecto a la sexualidad de los niños, niñas y adolescentes. Así, pueden adoptar **apariencias físicas que no resulten apropiadas para la edad**, como ropa, peinados o maquillaje que transmitan mensajes de más edad de la que tienen, o intentar maximizar la cantidad de piel que muestran, especialmente si han hecho esfuerzos por tener una forma física deseable socialmente, y esto se aplica tanto a niños como a niñas. También pueden **asumir conductas sexuales para las que no tienen la preparación afectivosexual necesaria**, en especial cuando se exponen a la pornografía, que suele mostrar situaciones inapropiadas para su estado evolutivo y relaciones muy poco sanas, basadas en la cosificación de las personas (otra forma de consumismo). Y en el otro extremo están los intentos de **negar la dimensión afectivosexual en los niños, niñas y adolescentes**, pretendiendo que vivan en una burbuja de desconocimiento e incluso de culpabilidad hasta la edad adulta, cuando ya será muy tarde para incorporar toda una serie de competencias básicas. La educación afectivosexual debe comenzar desde el nacimiento, para favorecer el desarrollo de niños, niñas y adolescentes con una integración emocional suficiente para vivir toda la vida, también la sexualidad, desde la responsabilidad y la plenitud (Horno y Fernández, 2021; 2024).

El abordaje de todas estas situaciones, especialmente cuando provocan problemas de salud mental o los empeoran, es complejo y requiere de cambios sociales que protejan mejor a los niños, niñas y adolescentes y a la población en general. Al mismo tiempo, desde los centros educativos se puede trabajar tanto con el conjunto del alumnado como con estudiantes que presenten problemáticas específicas para favorecer unas conexiones más sanas. Las **conexiones interiores** más equilibradas ayudan a los niños, niñas y adolescentes a conocerse mejor, y adoptar valores que les proporcionan bienestar. Las **conexiones saludables con otras personas** favorecen la presencia de una red real de apoyo y su sensación de pertenencia, siendo capaces de pedir ayuda cuando aparece cualquier malestar, sin esperar a que el daño sea muy grave. Y la conexión con el mundo y la trascendencia da sentido tanto a las acciones cotidianas, aunque resulten incómodas (como cuidar las relaciones, estudiar, mantener la higiene y la alimentación...), como a la perspectiva vital en un sentido más amplio (sintiendo que tienen una vida valiosa por delante). Para lograrlo es necesario ofrecer modelos alternativos que resulten atractivos, y eso empieza

LA
SEXUALIZACIÓN
INAPROPIADA PUEDE VERSE
EN:
- ADOPTAR APARIENCIAS
FÍSICAS INAPROPIADAS PARA
LA EDAD.
- ASUMIR CONDUCTAS
SEXUALES PARA LAS
QUE NO TIENEN
LA PREPARACIÓN
AFECTIVOSEXUAL
NECESARIA.
- NEGAR LA DIMENSIÓN
AFECTIVOSEXUAL EN
LOS NIÑOS, NIÑAS Y
ADOLESCENTES.

también por el **autocuidado de las personas adultas**: ¿cómo pretendemos que se esfuercen siguiendo nuestro ejemplo, si al final vivimos vidas insatisfactorias, con el mismo individualismo y consumismo que criticamos, siguiendo referentes que se basan en la exclusión y en las relaciones tóxicas? Al contrario, tendremos que tomar consciencia de nuestras necesidades de bienestar y trabajar para construir una sociedad más sana, en la que los niños, niñas y adolescentes puedan tener un futuro apetecible, y por el que merezca la pena esforzarse. Hay muchas personas que trabajan en esa línea, se trata de visibilizarlas y ponerlas en valor, para que sirvan de referencia e inspiración.

LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN Y LA SALUD MENTAL

El auge de las Tecnologías de la Información y la Comunicación

El término “**Tecnologías de la Información y la Comunicación**” (TIC) engloba **todos los elementos que permiten la transmisión de datos en ambos sentidos y que posibilitan la difusión de elementos sociales, culturales y económicos**. Se aplica de manera amplia a los dispositivos en sí, como los ordenadores, los teléfonos móviles y las tabletas, y también a las estructuras informáticas que generan los contenidos y los espacios de relación, como internet, las redes sociales, los programas informáticos tanto de trabajo como de juego y los sistemas de comunicación por texto, sonido y vídeo.

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación están en la vida diaria de la mayoría de los niños, niñas y adolescentes en nuestras culturas. En la **vida privada**, según recoge un estudio de Andrade, Guadix, Rial y Suárez (2021) para UNICEF España, en torno a un 95% de estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria poseen un teléfono móvil propio con acceso a internet, con una edad media de inicio en los 10,96 años (p. 22). En el **ámbito escolar**, por otro lado, ha ido aumentando el uso de estos medios tanto para actividades en clase (pantallas digitales para presentar contenidos o visualizar vídeos, tabletas para buscar información y realizar ejercicios...) como para tareas para la casa (redacción de trabajos, elaboración de presentaciones, resolver ejercicios...). De hecho, **la pandemia por COVID-19 aceleró la transición al mundo digital**, generalizando el uso de las videollamadas y el empleo de plataformas digitales en la enseñanza. Y a **nivel social** ha habido muchos cambios relevantes que se basan en las nuevas tecnologías, como la recepción de información a través de redes sociales más que por medios de comunicación como televisiones, cadenas de radio y periódicos; el consumo de contenidos (música, películas y series) a través de plataformas más que a través de la radio, la televisión o las salas de cine; la compra a través de internet más que en establecimientos físicos; la comunicación a través de mensajes más que por llamadas de teléfono; o la aparición de la inteligencia artificial y su aplicación en la generación de imágenes y de textos (incluidos trabajos clase), entre otras muchas.

LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN ESTÁN EN LA VIDA DIARIA DE LA MAYORÍA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES::

- EN SU VIDA PRIVADA.
- EN EL ÁMBITO ESCOLAR.
- CON EL TRÁNSITO AL MUNDO DIGITAL IMPULSADO POR LA PANDEMIA POR COVID-19.
- A NIVEL SOCIAL.

De hecho, la relevancia de los espacios digitales en la vida de los niños, niñas y adolescentes ha llevado al Comité de los Derechos del Niño (2021), que depende de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos dentro de la Organización de las Naciones Unidas, a formular su *Observación general núm. 25 (2021) relativa a los derechos de los niños en relación con el entorno digital*, con un análisis desde los elementos de la Convención sobre los Derechos del Niño (UNICEF España, 1989/2015). Dicha Observación General pone de relieve tanto los aspectos constructivos como los riesgos, y está dirigido a que los estados lleven a cabo las medidas legislativas y sociales necesarias para garantizar la seguridad y el desarrollo saludable de los niños, niñas y adolescentes en su uso de los recursos digitales, con orientaciones que son válidas también para cualquier entidad educativa o de la sociedad civil.

A nivel estatal, es destacable el esfuerzo metodológico de combinar las distintas perspectivas sobre los entornos digitales que supone el *Informe del comité de personas expertas para el desarrollo de un entorno digital seguro para la juventud y la infancia* del Ministerio de Juventud e Infancia (2024), que, tras un análisis muy amplio sobre la situación y los riesgos, plantea una serie de recomendaciones válidas tanto para las administraciones públicas como para las familias y los centros educativos.

Como cualquier otro avance tecnológico, las Tecnologías de la Información y la Comunicación presentan luces y sombras, aspectos constructivos que se pueden conservar y elementos dañinos que se deben limitar o incluso impedir. En este capítulo analizaremos muy brevemente (ya que un análisis en profundidad exigiría otro manual de dimensiones parecidas a este) su impacto positivo o negativo en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes en torno a las siguientes reflexiones:

- **Tecnologías:** como cualquier tecnología, tienen sus riesgos.
- **Información:** cambian la relación con la información y con los procesos cognitivos, con un impacto psicológico, en especial a nivel emocional.
- **Comunicación:** afectan a las relaciones que se establecen, tanto de modos favorables como desfavorables.

En los siguientes apartados desglosaremos algunas claves relevantes sobre cada una de estas dimensiones.

Una tecnología que puede perjudicar

La primera consideración va dirigida al término “**Tecnologías**”, y a que cualquier avance tecnológico conlleva tanto ventajas como inconvenientes, incluso con los desarrollos aparentemente más positivos. Como se suele decir, “*Antes de que los aviones existieran no había accidentes de aviación*”. En un ejemplo más claro, los antibióticos, con todas las enfermedades que han evitado o curado, tienen también una serie de consecuencias no deseadas, como las reacciones alérgicas de algunas personas, los efectos secundarios en distintas partes del cuerpo o la aparición de cepas resistentes, que no se ven afectadas por estos tratamientos, especialmente cuando se utilizan los medicamentos de forma inadecuada. Con las Tecnologías de la Información y la Comunicación sucede lo mismo.

Por un lado, los dispositivos en sí pueden tener **consecuencias físicas y fisiológicas no deseadas**, como las dificultades para conciliar el sueño después de su uso a consecuencia de la luz azul que estimula el sistema nervioso (y que se puede abordar reduciendo ese tipo de luz en el modo nocturno o directamente dejando de utilizarlos un tiempo adecuado antes de acostarse). También su uso prolongado puede afectar a la visión, provocando fatiga ocular, y a los huesos y a los músculos, por posturas inadecuadas. De igual modo, el uso de auriculares, especialmente con volumen alto durante periodos largos, puede dañar el oído. Y los dispositivos pueden conducir a una vida más sedentaria, con los riesgos para la salud física correspondientes, como problemas cardiovasculares, obesidad y diabetes, y también para la salud mental, como la tensión excesiva no liberada o la falta de tono vital. La mayoría de estas y otras situaciones (ver Ministerio de Juventud e Infancia, 2024, pp. 77-82) se pueden evitar con unas pautas básicas y con un uso adecuado.

Por otro lado, los sistemas informáticos y las redes sociales, y en especial las empresas que los desarrollan y los mantienen, tienen un interés muy alto en que quien los utiliza siga consumiendo, para aumentar sus beneficios, a menudo a costa del bienestar de la persona. El término “**economía de la atención**” pretende explicar cómo **las empresas tecnológicas centran su actividad en conseguir que las personas sigan conectadas a sus servicios**, utilizando algoritmos especializados que combinan tanto la personalización respecto a los gustos individuales como la atracción por temas sorprendentes, llamativos, o que polarizan, ya que con lo que se comercia es con la atención. De hecho, en algunos casos estas tecnologías facilitan la aparición de problemas de salud mental, como recoge el Ministerio de Juventud e Infancia (2024, pp. 82-114) y como destaca Amnistía Internacional (2023) en su investigación con el descriptivo título de *Empujados a la oscuridad: El feed “Para ti” de TikTok fomenta la autolesión y la ideación suicida*. Así como los aspectos físicos y fisiológicos se pueden abordar con un uso moderado, para evitar los riesgos del diseño de muchos de los programas y redes sociales es necesaria una toma de consciencia y unas medidas más prudentes, que se evalúen regularmente.

Información constructiva, información dañina y exceso de información

Estas tecnologías tienen una segunda dimensión, la “**Información**”, el acceso a datos y contenidos que habrían sido inimaginables hace unas décadas. Los aspectos positivos son que los niños, niñas y adolescentes pueden encontrar fácilmente recursos y contenidos que amplían su mirada y sus competencias. Sirven para buscar datos para un trabajo de clase rápidamente, para comprender conceptos nuevos mediante vídeos didácticos, para aprender y practicar idiomas, para desarrollar nuevas aficiones (cocina, música, prácticas artísticas...) y para profundizar en temas de su interés (desde la ecología y los movimientos sociales hasta sus grupos de interés, por muy restringidos que sean). Mientras que hace unas décadas los intereses particulares estaban limitados a la biblioteca local o a las actividades del barrio o del municipio, ahora cualquier niño, niña o adolescente tiene acceso a todo un universo de información que puede utilizar para su desarrollo en muchos ámbitos de su vida.

Sin embargo, no toda la información disponible es constructiva para los niños, niñas y adolescentes, sino que mucha de ella es claramente dañina. Entre los riesgos más relevantes se pueden citar, a modo de ejemplos muy resumidos, los siguientes:

- **El exceso de información.** No es difícil experimentar saturación y cierto desbordamiento cuando se puede obtener cualquier información en unos segundos, y en especial cuando la información aparece ordenada por criterios que no tienen que ver con la relevancia, sino con otras cuestiones (popularidad, polarización para conseguir que se haga clic, el llamado *clickbait*, disponibilidad para su compra en línea...). En el caso de los niños, niñas y adolescentes, que a menudo no tienen desarrollados criterios en muchos campos, la posibilidad de desbordamiento es mayor. Y cuando sucede una desgracia (un accidente, un desastre natural, una acción militar...), la exposición continua a imágenes atemorizadoras puede causar ansiedad. El término “**infoxicación**” combina “**información**” e “**intoxicación**”, y recoge este fenómeno de saturación por una exposición excesiva a ciertos contenidos.
- **La ansiedad por no perderse ninguna información,** “*Fear Of Missing Out*” (FOMO). En un mundo hiperconectado, en el que las noticias cambian cada muy poco tiempo, puede aparecer angustia por no contar con los últimos detalles, que en el caso de niños, niñas y adolescentes tienen que ver con sus amistades en redes sociales o con personalidades a las que siguen. A veces influye la presión grupal, por la sensación de que, si no están al día, sus iguales pueden burlarse o dejarles de lado.
- **Los bulos y las noticias falsas.** En un entorno digital dirigido por atraer clics (el ya mencionado *clickbait*) se ha normalizado que cualquier estrategia es válida para conseguir personas que lean los contenidos, especialmente cuando hay intereses económicos o ideológicos, y una de esas estrategias es diseminar informaciones falsas. Carmela del Moral y Clara Burriel (2024b) recogen en un informe de Save the Children España, por ejemplo, que la mitad de adolescentes no saben detectar si una noticia es falsa o no (p. 9), y que hay una proporción relevante (16,3%) que consideran que los creadores de contenido en YouTube, TikTok o plataformas de *streaming* son una buena fuente de información (p. 5). Todo este flujo de noticias y comentarios puede generar una pérdida de contacto con la realidad, con visiones distorsionadas influidas por los discursos de odio (en especial respecto a la violencia de género, la identidad y la orientación sexual y el racismo y la xenofobia) y una disminución del pensamiento crítico razonado. Vivir en un mundo más hostil afecta a la salud mental.
- **La pornografía y sus efectos en el desarrollo afectivosexual y en las relaciones.** Como refleja, por ejemplo, un estudio de Cristina Sanjuán (2020) para Save the Children, los niños, niñas y adolescentes tienen acceso cada

vez más temprano a contenidos pornográficos, a menudo a solas (sin una supervisión adulta y sin un comentario crítico de lo que ven), en materiales que se centran en la cosificación de las personas, especialmente de las mujeres, y que normalizan en muchos casos su sufrimiento y la violencia en general. Es preocupante que parte de los niños, niñas y adolescentes acceden a la pornografía como forma de aprendizaje de contenidos de sexualidad, con un 30% de adolescentes que la considera su única vía de información (Sanjuán, 2020, p. 65), y quienes han recibido más información (a través de una educación afectivosexual adecuada) consumen menos pornografía (Sanjuán, 2020, p. 64). Ver contenidos inapropiados también configura cómo se establecen las relaciones, tanto entre géneros como dentro de las primeras parejas, en muchos casos siguiendo patrones poco saludables para todas las partes implicadas.

- **Las ideologías radicales y la polarización.** El acceso a cualquier tipo de contenido sin limitaciones conlleva el riesgo de entrar en contacto y dejarse convencer por formas de pensamiento extremas y de carácter violento, que niegan la humanidad de ciertas personas (racismo, xenofobia, LGTBI-fobia, ideologías religiosas o políticas radicales...). Este tipo de información configura la visión del mundo, y puede causar mucho daño, tanto a los niños, niñas y adolescentes que la reciben y la asumen como a quienes sufren las consecuencias de las acciones que llevan a cabo quienes las han aceptado (Del Moral y Burriel, 2024b).
- **Promoción directa de problemas de salud mental.** Desafortunadamente, hay personas y grupos que directamente promueven los problemas de salud mental, con una clara intención de causar daño. Así, hay foros que fomentan la **anorexia** y la **bulimia**, con claves para avanzar en el proceso y para ocultar los indicios a las figuras adultas. Hay espacios que favorecen las **autolesiones** y el **suicidio**, con instrucciones para realizar las prácticas cada vez más arriesgadas. También hay grupos que promueven el **consumo de sustancias ilegales**, desde drogas hasta medicamentos para aumentar la masa muscular o para perder peso. Pero además de esos grupos específicos, las propias plataformas, guiadas por los algoritmos, pueden conducir a esos contenidos a niños, niñas y adolescentes que nunca los habrían buscado, como el estudio de Amnistía Internacional (2023) de *Empujados a la oscuridad: El feed “Para ti” de TikTok fomenta la autolesión y la ideación suicida*.

Comunicación y relaciones en los entornos digitales

La tercera dimensión de estas tecnologías es la “**Comunicación**”, que ha evolucionado de ser unidireccional (de las empresas de comunicación) a ser multidireccional, en una situación en la que cualquiera se puede comunicar con cualquiera, y crea contenidos a la vez que los consume. Esto ha llevado a la acuñación del término “**Tecnologías de la Relación, la Información y la Comunicación**” (**TRIC**), que va avanzando en distintos ámbitos (Sanjuán, 2020, p. 13; Andrade, Guadix, Rial y Suárez, 2021, p. 5), y, aunque todavía no se ha generalizado, recoge perfectamente el **nuevo espacio de relación**, con modos y consecuencias que se están configurando todavía. Analizaremos varios aspectos especialmente relevantes en esta dimensión.

LA “COMUNICACIÓN” PRESENTA ASPECTOS CON ELEMENTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS:

- LA POSIBILIDAD DE RELACIÓN HA AUMENTADO MUCHO.
- LO DIGITAL CAMBIA LAS RELACIONES (Y SE PIERDEN ELEMENTOS IMPORTANTES, SOBRE TODO A NIVEL CORPORAL).
- LAS RELACIONES EN LÍNEA PUEDEN INCLUIR LA VIOLENCIA, COMO EL CIBERACOSO Y OTRAS FORMAS DE VIOLENCIA VIRTUAL.
- LA PERTENENCIA A NUEVOS GRUPOS (CON EL RIESGO DE LAS “CÁMARAS DE ECO” Y LA POLARIZACIÓN).

Por un lado, **la posibilidad de relación ha aumentado mucho**. El aspecto positivo es que la comunicación es mucho más fácil, incluso entre personas que viven lejos o con horarios muy diferentes, mediante llamadas de teléfono, videollamadas o mensajes. Los niños, niñas y adolescentes pueden mantener el contacto con la familia extensa, o con sus amistades de otro centro educativo o de otros municipios, con todo lo que aporta a su vida social. Pero esa disponibilidad hace que a menudo no se puedan cuidar todas las relaciones, de manera que quedan más superficiales, o sin desarrollar una intimidad que permita el crecimiento en confianza y apoyo.

Por otro lado, **lo digital cambia el tipo de relaciones**, que pueden carecer de la dimensión física y corporal de compartir tiempo y espacio en actividades concretas. Eso no significa que las relaciones no sean reales, sino que la vivencia cambia, y que **se pierden elementos de conexión importantes**. Así, las conversaciones por mensajes pueden hacer que se escapen datos como el tono de voz, la expresión facial o la mirada, y puede conducir a malentendidos, tanto en conflictos (por pensar que la otra persona no respeta o toma en serio las emociones expresadas) como en situaciones de vulnerabilidad (al no recibir el apoyo que se espera de la otra persona, que no ha sabido identificar el sufrimiento por el que se está pasando). Además, se pueden generar relaciones que no son reales, como sucede con adolescentes que tienen una sensación de amistad con una persona que genera contenido, por su cercanía al público objetivo, pero que no sabe quiénes son en concreto. Esto también sucede en interacciones presenciales, con el fenómeno del *phubbing*, que consiste en atender el móvil con internet (*phone*) ignorando al resto de personas (*snooping*), y que se va generalizando como una actitud aceptable socialmente, aunque genera malestar en la mayoría de quienes lo sufren (Cebollero, Bautista, Iñiguez y Elboj, 2022). Además, una alta proporción de figuras parentales utilizan el móvil durante las comidas familiares, el 36,8% (Andrade, Guadix, Rial y Suárez, 2021, p. 47), y los niños, niñas y adolescentes que tienen esa vivencia se exponen a mayores riesgos en su uso de internet (Andrade, Guadix, Rial y Suárez, 2021, p. 50).

Las relaciones que se establecen en línea también pueden incluir la violencia en sus distintas formas, con el daño que puede causar, incluido el trauma. El **ciberacoso** es un ejemplo de la ampliación de ámbitos de violencia que crean las redes sociales. El acoso entre iguales exige encontrarse en persona en lugares y tiempos concretos (en el centro educativo, deportivo, de ocio y tiempo libre, en el barrio o el municipio...), habiendo otros momentos de no agresión, permitiendo la recuperación parcial de quien lo sufre. Sin embargo, el ciberacoso tiene una **doble dimensión de permanencia**: por un lado, porque **los mensajes pueden llegar en cualquier momento del día o de la noche**, impidiendo la recuperación psicológica y generando ansiedad por la siguiente agresión; por otro, porque **los mensajes perduran**, el niño, niña o adolescente que los sufre los puede leer una y otra vez para intentar interpretar los siguientes pasos (“¿Harán un comentario más esta noche?”) o cómo evitarlos (“A ver si descubro qué quieren hacer contra mí, y me protejo de alguna manera”), y si se difunden en redes sociales, sabe que otras personas estarán leyéndolos y despreciándolos por cómo se les humilla. A esto se añaden el **anonimato**, de modo que quien sufre los ataques a veces no sabe quién los realiza, o no lo puede demostrar, y el **riesgo de ataques físicos**, incluso por

parte de personas a las que no conocen. Existen **otras formas de violencia virtual**, como la manipulación de niños, niñas y adolescentes por parte de personas adultas con el fin de abusar sexualmente (en inglés, *child grooming*) o el uso de imágenes sexualizadas o sexuales producidas por los propios niños, niñas y adolescentes para su extorsión (pasando del *sexting* a la *sextorsión*) que se pueden ampliar, por ejemplo, en el informe de Cristina Sanjuán (2019) para Save the Children España; en el de Andrade, Guadix, Rial y Suárez (2021) para UNICEF España (especialmente pp. 39-43 y 73-87); y en el de Carmela del Moral y Clara Burriel (2024a) para Save the Children España (especialmente pp. 46-57); y en la recopilación del Ministerio de Juventud e Infancia (2024, pp. 99-110).

Y para acabar esta breve exposición, estas tecnologías permiten la **pertenencia a nuevos grupos, con sus ventajas e inconvenientes**. Así, los niños, niñas y adolescentes pueden encontrar referencias y comunidades que no serían accesibles en su vida en persona. Las niñas pueden encontrar modelos de mujeres científicas o ingenieras. Los niños, niñas y adolescentes de grupos minoritarios pueden seguir a figuras relevantes de éxito reconocido con las que se identifiquen, favoreciendo su compromiso con los estudios, el deporte o la salud. Y en un municipio rural pequeño y empobrecido pueden acceder a los mismos contenidos por internet que en una ciudad grande y con muchos recursos. Los beneficios son innegables. Al mismo tiempo, esas posibilidades incluyen la pertenencia o la identificación con posturas mucho menos positivas, como grupos machistas, racistas, xenófobos, o con ideologías de odio muy variadas. Es el fenómeno de las “**cámaras de eco**” en las redes sociales por medio del cual, como las cámaras de eco de estudios de física (que devuelven solo el mismo sonido que se ha producido, sin permitir que sea modificado por el exterior), **se crea un entorno en el que las personas solo escuchan ideas muy similares a las suyas**, las incorporan como parte de su identidad y consideran cualquier otra conceptualización no solo errónea, sino además malintencionada y dirigida a destruir la comunidad, como recoge el análisis de Carlos Díaz Ruiz y Tomas Nilsson (2023). En este sentido, no solo se asumen informaciones falsas o sesgadas, como hemos visto en el apartado anterior, sino que también se genera una serie de relaciones alrededor de ellas, de apoyo-colaboración con quienes las comparten y de oposición-ataque frente a quienes no, incluso dentro de los círculos más próximos. La **polarización** que generan no se limita a afectar a las personas implicadas en estos intercambios, sino que también deteriora el clima social y la convivencia. Los niños, niñas y adolescentes, que están desarrollando su criterio continuamente, pueden asumir posturas dañinas con efectos perjudiciales a largo plazo, tanto para su salud mental como para sus relaciones.

Algunas áreas de impacto en los tres tipos de conexiones

Por continuar con la metodología empleada en otras partes del manual, llevaremos a cabo una breve revisión de algunas áreas de impacto de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en las conexiones de los niños, niñas y adolescentes.

Respecto a la **conexión interna**, estas tecnologías pueden tener un impacto muy positivo en los niños, niñas y adolescentes al permitir su autoconocimiento y su reconocimiento en actividades que pueden ser minoritarias en el entorno físico, como pueden ser los roles de las mujeres en la ciencia, o un conocimiento mayor de posibilidades de los estudios y de carreras profesionales que encajan con sus habilidades o pautas de autocuidado. Pero también pueden tener un impacto más negativo por la desconexión de las necesidades fisiológicas, como dormir, descansar o alimentarse saludablemente, y pueden generar un uso problemático e incluso adicciones.

Respecto a la **conexión con otras personas**, estas tecnologías pueden favorecer las relaciones de los niños, niñas y adolescentes con sus iguales, desarrollando su sentido de pertenencia y su crecimiento como personas con nuevas habilidades sociales, pero también pueden facilitar las situaciones de violencia como el ciberacoso o las prácticas de manipulación de personas adultas. Lo virtual también puede ser un refugio frente a lo presencial, siendo una ayuda cuando el niño, niña o adolescente tiene dificultades para la relación en persona, proporcionándole ocasiones para ir construyendo amistades que se concreten en la vida real, pero también puede convertirse en una huida frente a la soledad o incluso la violencia en sus espacios habituales. Además, los códigos seguidos (palabras clave, emojis que indican significados específicos, imágenes con mensajes ocultos) pueden hacer que sucedan conversaciones y comentarios muy dañinos en las redes sociales sin que las figuras adultas puedan detectarlos, incluso viendo los mensajes en concreto, y desprotegiendo aún más a los niños, niñas y adolescentes afectados.

Y respecto a la **conexión con la vida, el mundo y la trascendencia**, estos medios pueden abrir la mirada de los niños, niñas y adolescentes a aspectos desconocidos del mundo, con elementos positivos como el conocimiento de otras culturas o la implicación con movimientos transformadores, pero también con posibles mensajes dañinos, que generen expectativas poco realistas (con aspiraciones no realizables, como que todos se conviertan en *influencers* o lograr tener un físico concreto incompatible con la genética heredada), y con valores destructivos como el consumismo y radicalización. Por eso son

fundamentales las conversaciones y en especial la escucha a los niños, niñas y adolescentes sobre sus experiencias en línea, para conocer la información que reciben y ofrecerles ideas de contraste con la realidad

Podemos ver el **impacto de estas conexiones**, tanto favorables como desfavorables, **en la mayoría de problemas de salud mental**, que se pueden aliviar o complicar según el uso que se haga de las Tecnologías de la Información y la Comunicación. Y hay casos en los que no está clara la causalidad: por ejemplo, quienes utilizan más internet presentan niveles hasta dos y tres veces mayores de depresión que quienes tienen un uso más reducido, ¿el uso genera la depresión o más bien la depresión conduce a un uso mayor? (Andrade, Guadix, Rial y Suárez, 2021, p. 100). De cualquier modo, al preparar un caso para la derivación será útil contar con datos sobre el uso que tiene el niño, niña o adolescente de estas tecnologías, y cuáles son sus vivencias en este ámbito, porque podrá iluminar otros aspectos de su vida.

LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN TIENEN UN IMPACTO CONCRETO, QUE PUEDE SER POSITIVO O NEGATIVO, EN LAS TRES CONEXIONES (INTERIOR, CON OTRAS PERSONAS Y CON LA VIDA) Y TAMBIÉN EN LA MAYORÍA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL, ASÍ QUE ES NECESARIO TENER EN CUENTA SU USO POR PARTE DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE.

Pautas básicas para un uso seguro de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en relación con la salud mental

Aunque la educación y el acompañamiento en la utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación son mucho más amplios que lo que podemos recoger aquí, sí que es conveniente tener claras varias pautas básicas, en especial por la relación que tienen con la salud mental.

- **Hablar regularmente con los niños, niñas y adolescentes y escuchar** cómo son sus vivencias de uso, qué riesgos identifican y cuáles no, y qué necesitan para tener un uso más satisfactorio y saludable. Solo creando espacios seguros y repetidos en el tiempo podremos ofrecerles claves en el uso cotidiano y proporcionarles ayuda cuando se den situaciones de riesgo.
- **Limitar el uso**, tanto en duración (para evitar los daños del exceso de uso) como en franjas concretas para favorecer lo previsto en ellas (por ejemplo, en las comidas lo que toca es hablar con otras personas, o en la noche lo adecuado es dormir).

- **Adecuar el uso a la intención.** Por ejemplo, Cal Newport, profesor de Ciencias de la Computación en la Universidad de Georgetown, emplea el término “**minimalismo digital**” (2021) para designar un **uso consciente de la tecnología, de manera que sea útil pero sin dominar la vida.** Aunque sus publicaciones están dirigidas principalmente a público adulto, ofrece pautas que se pueden aplicar también en la infancia y adolescencia, como el uso intencional de estas tecnologías (solo cuando existe un objetivo, no para pasar el tiempo) y la limitación consciente de las redes sociales hasta lograr una experiencia satisfactoria (una especie de “ayuno” de redes sociales para ver cuál sería el uso más beneficioso).
- **Incluir la presencialidad y la corporalidad en las relaciones cuando sea posible.** Gran parte de las actividades que se llevan a cabo a través de los medios digitales se pueden llevar a cabo también en persona. En ese caso el contacto directo, especialmente si incluye movimiento (baile, deporte, teatro, juegos...), no solo evita el sedentarismo y la falta de actividad física, sino que agrega una dimensión corporal a las relaciones, añadiendo profundidad y realidad.
- **Las personas adultas debemos dar ejemplo con nuestro buen uso de estas tecnologías.** Si, como recogen Andrade, Guadix, Rial y Suárez (2021, pp. 47 y 50), los riesgos de los niños, niñas y adolescentes son mayores en internet cuando sus figuras adultas no son un modelo de buen uso, es necesario prestar atención a qué mensajes están recibiendo, y optar por unos comportamientos más sanos. De hecho, todas estas pautas las podemos aplicar también quienes tenemos la responsabilidad de acompañar a los niños, niñas y adolescentes, y no solo beneficiará a quienes nos vean, sino también a nuestro propio bienestar psicológico.

Para profundizar

Andrade, B., Guadix, I., Rial, A., y Suárez, F. (2021). *Impacto de la tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades.* UNICEF España. <https://www.unicef.es/publicacion/impacto-de-la-tecnologia-en-la-adolescencia> Un análisis con muchos datos de las distintas experiencias habituales en la adolescencia respecto a estas tecnologías.

Del Moral, C., y Burriel, C. (2024a). *Derechos #Sinconexión. Un análisis sobre derechos de la infancia y la adolescencia y su protección en el entorno digital*. Save the Children España. <https://www.savethechildren.es/actualidad/informe-derechos-sin-conexion> Un análisis más cualitativo sobre las vivencias de los niños, niñas y adolescentes en los entornos digitales.

Del Moral, C., y Burriel, C. (2024b). *Desinformación y discursos de odio en el entorno digital*. Save the Children España. <https://www.savethechildren.es/actualidad/informe-derechos-sin-conexion> Un anexo al informe anterior, que profundiza en el uso de la información en el entorno digital.

Ministerio de Juventud e Infancia. (2024). *Informe del comité de personas expertas para el desarrollo de un entorno digital seguro para la juventud y la infancia*. Ministerio de Juventud e Infancia. <https://www.juventudeinfancia.gob.es/es/comunicacion/notas-prensa/comite-expertos-juventud-e-infancia-propone-107-medidas-crear-entornos> Una combinación de análisis exhaustivo de los distintos aspectos de los entornos digitales y su impacto en los niños, niñas y adolescentes con medidas y recomendaciones para las autoridades (pero que se pueden aplicar también en los centros educativos y en las familias).

Sanjuán, C. (2019). *Violencia viral. Análisis de la violencia contra la infancia y la adolescencia en el entorno digital*. Save the Children España. <https://www.savethechildren.es/publicaciones/informe-violencia-viral-y-online-contra-la-infancia-y-la-adolescencia> Una revisión amplia sobre los distintos tipos de violencia que pueden sufrir los niños, niñas y adolescentes en el entorno digital.

Sanjuán, C. (2020). *(Des)información sexual: pornografía y adolescencia. Un análisis sobre el consumo de pornografía en adolescentes y su impacto en el desarrollo y las relaciones con iguales*. Save the Children España. <https://www.savethechildren.es/informe-desinformacion-sexual-pornografia-y-adolescencia> Un estudio en profundidad de los usos de la pornografía en la población adolescente en España, con el impacto que tiene en su sexualidad y en sus relaciones de amistad y de pareja.

CLAVES PARA LA INTERVENCIÓN

Los objetivos de la intervención de los centros educativos

Como hemos visto a lo largo del manual, los temas de salud mental pueden afectar con gravedad y durante mucho tiempo a los niños, niñas y adolescentes, y, si no se actúa adecuadamente, pueden tener consecuencias muy dañinas para su desarrollo y para su vida en general. Por eso es fundamental tener claro que los **objetivos de la intervención** en estas problemáticas desde los centros educativos deben ser los siguientes:

LOS OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN DE LOS CENTROS EDUCATIVOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL:

1. GARANTIZAR QUE LOS ESPACIOS SON ENTORNOS SEGUROS Y PROTECTORES (CONDICIÓN PREVIA A CUALQUIER OTRA ACTUACIÓN).
2. APLICAR LA AFECTIVIDAD CONSCIENTE.
3. IMPLEMENTAR PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN TEMÁTICAS DE SALUD MENTAL.
4. DERIVAR LOS CASOS A LOS SERVICIOS COMPETENTES (NO ASUMIR COMPETENCIAS QUE NO SON SUYAS).
5. ACOMPAÑAR LOS CASOS CON LAS PAUTAS RECIBIDAS.

1. Garantizar que los espacios son Entornos Seguros y Protectores.

Como analizamos en el capítulo 3, una **condición previa a cualquier otra actuación en el ámbito de la salud mental con niños, niñas y adolescentes** es asegurar que se dan los elementos básicos para su seguridad. Si su sistema nervioso está agitado y con miedo no se atreverán a pedir ayuda, y tampoco serán capaces de recibirla cuando se les ofrezca. Por eso, las pautas presentadas en ese capítulo y desarrolladas en la publicación *Las paredes educan. Los centros educativos como entornos seguros y protectores* (Romeo, 2025a) dentro de este mismo proyecto son los primeros pasos que hay que seguir.

2. **Aplicar la Afectividad Consciente.** Un desarrollo del tercer nivel de los Entornos Seguros y Protectores es **contar con figuras adultas conscientes que manejen la afectividad de forma protectora**, la competencia que exploramos también en el capítulo 3 llamada Afectividad Consciente (Horno, 2018b). La vía principal para la detección de los problemas de salud mental, su derivación y su acompañamiento son los equipos profesionales con la formación y la sensibilidad suficientes para reconocer cuándo hay indicadores de riesgo o de daño. Este manual ha ido presentando distintos indicadores, pero, como veremos en el apartado siguiente, también están las sensaciones y los criterios difusos de cada profesional, que, sin ser siempre precisos, a menudo sirven para detectar situaciones relevantes.
3. **Implementar programas de prevención en temáticas de salud mental.** Una responsabilidad de los centros educativos es llevar a cabo acciones de prevención, que sirven no solo para evitar que algunos niños, niñas y adolescentes acaben con situaciones dañinas, sino también para detectarlas. De hecho, al darles claves para que interpreten lo que les puede pasar, en muchos casos pueden pedir ayuda ante problemas que no habían sido capaces de nombrar.
4. **Derivar los casos a los servicios competentes.** Como ya hemos mencionado en repetidas ocasiones, **los centros educativos no deben asumir competencias que no son suyas**, y han de derivar a los servicios de salud mental y a las autoridades las situaciones problemáticas de sus estudiantes, en comunicación con las familias y los tutores legales, según marquen la legislación vigente, las normativas específicas y las buenas prácticas establecidas para cada temática, siguiendo los modelos de notificación que resulten más eficaces en cada proceso.
5. **Acompañar los casos con las pautas recibidas.** Una vez realizada la derivación, los centros educativos tienen la responsabilidad de seguir acompañando a los niños, niñas y adolescentes en sus situaciones. En algunos casos bastarán las pautas generales presentadas en este manual y en las referencias mencionadas, pero en muchos serán necesarias pautas específicas para cada niño, niña o adolescente, según los equipos de salud mental que les atiendan, tanto públicos como privados, y a veces habrá que seguir también las indicaciones de otras autoridades competentes.

Como los objetivos 1 y 2 ya están abordados en el capítulo 3 y en otras referencias, en los siguientes apartados exploraremos cómo lograr los objetivos 3, 4 y 5 en los centros educativos, como orientaciones generales para la intervención.

La prevención: una forma de evitar problemáticas y una puerta de entrada a la intervención

Para los fines de este manual, definiremos la **prevención** como el **conjunto de actividades que sirven para sensibilizar a los niños, niñas y adolescentes y a sus familias de posibles situaciones de riesgo** (de salud mental, de violencia, de otro tipo de problemas como el sedentarismo...).

Aparte del objetivo más evidente de proporcionar claves para evitar problemáticas, la prevención tiene una segunda función fundamental: **sirve para que los niños, niñas y adolescentes puedan reconocer y nombrar situaciones que les causan daño**, pero que hasta el momento no habían podido identificar. Pero precisamente por esa segunda función, los programas de prevención solo se deben poner en marcha cuando existe un Sistema de Protección de la Infancia bien coordinado y conocido dentro de la institución, porque al darles claves, los niños, niñas y adolescentes comienzan a revelar situaciones y ni las personas adultas ni las instituciones les deben fallar en las respuestas, a riesgo de causar un daño mayor.

Por ejemplo, si se realizan actividades de educación afectivosexual, cabe esperar que haya peticiones de orientación respecto a las temáticas que se hayan tratado, como las relaciones de pareja, pero también otras relacionadas, como los abusos sexuales sufridos, y por eso los equipos deben contar con formación suficiente para recibir las revelaciones y para derivar a través de los canales establecidos a nivel institucional.

Otro ejemplo, si se llevan a cabo sesiones de uso adecuado de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación, aparecerán consultas tanto respecto a la configuración de sus dispositivos digitales para que sean más seguros como dudas respecto al uso problemático de internet o incluso ciberacoso, de modo que el centro educativo debe contar con personas que puedan abordar esas temáticas y derivarlas cuando sea necesario.

Como veremos en el apartado siguiente, antes de llevar a cabo actividades de prevención también es importante contar con una **coordinación previa con otras instancias** (como servicios sociales, pediatría, salud mental, tercer sector...), porque resultará más fácil la derivación cuando los canales y modos de comunicación sean claros y estén bien establecidos entre instituciones.

Y la otra consideración relevante es que antes de facilitar sesiones de prevención, **las figuras adultas tienen que haber realizado un trabajo**

previo de consciencia, porque en caso contrario el mensaje que estarán intentando transmitir quedará invalidado. Esto no significa que las personas adultas no tengan pendientes temas (todas las personas los tenemos, por mucho trabajo personal que hayamos hecho), pero sí que los conozcan, que los tengan identificados y que sepan gestionarlos a nivel emocional. Por ejemplo, si el profesor que facilita unas sesiones de uso responsable de internet luego dedica el tiempo de patio a estar consultando su móvil, es evidente que sus estudiantes no considerarán válido lo que les haya intentado transmitir, porque él mismo no intenta aplicarlo. Pero sí que sería positivo, por otro lado, que una maestra que enseña pautas de autocuidado vea durante las semanas previas a las sesiones cuáles puede aplicar en su propia vida privada, para reconocer sus puntos ciegos, porque sus estudiantes probablemente se los identificarán y le preguntarán por ellos.

Para la organización de programas de prevención hay que tener en cuenta los distintos tipos de prevención. Existen a grandes rasgos tres **tipos de prevención**:

- La **prevención primaria** está dirigida **a toda la población en general**, que probablemente no habrá tenido situaciones graves de la temática sobre la que tratan las sesiones.
- La **prevención secundaria** está orientada **a población vulnerable a la temática**, por sus características individuales o grupales.
- La **prevención terciaria** se centra en **población que ya ha sufrido la situación**, para que comprendan lo que les ha pasado y para evitar que les siga sucediendo.

Por aplicarlo de nuevo a la temática del uso responsable de internet, la prevención primaria sería para niños, niñas y adolescentes que tienen contacto con dispositivos digitales (la práctica totalidad en nuestros entornos); la prevención secundaria se fijaría en quienes pasan mucho tiempo a solas en casa, ya que la falta de supervisión adulta es un riesgo, pero todavía no hay indicios de que la situación se haya descontrolado; y la prevención terciaria sería la intervención con niños, niñas y adolescentes que presentan usos problemáticos, como apuestas en línea, empleo de los dispositivos durante la noche o dependencia de los dispositivos.

Esta distinción es útil a nivel teórico (y en ciertas intervenciones específicas), pero la realidad en los centros educativos es que nos encontramos **poblaciones**

mixtas, con necesidades de prevención primaria, secundaria y terciaria mezcladas dentro de un mismo grupo. Por esto la clave para una buena prevención es contemplar que las acciones deben servir para los tres niveles, asegurándose de disponer después de espacios y momentos para recoger y acompañar las vivencias que se les hayan despertado a los niños, niñas y adolescentes en cada nivel.

CRITERIOS BÁSICOS PARA LA SELECCIÓN DE ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN:

- ORIENTARSE A NOMBRAR Y PEDIR AYUDA.
- INCLUIR UNA DIMENSIÓN CORPORAL.
- UTILIZAR METODOLOGÍAS SEGURAS Y RESPETUOSAS: NO ABRIR PUERTAS QUE NO SE PUEDAN CERRAR.
- OFRECER PAUTAS Y CLAVES PARA CONSEGUIR LOS COMPORTAMIENTOS POSITIVOS (NO SOLO EVITAR LAS SITUACIONES DE RIESGO).

Existen muchos programas de prevención para todas las temáticas que pueden afectar a la salud mental de los niños, niñas y adolescentes, y decidir por cuál empezar puede depender de factores tan variados como las necesidades específicas de los grupos del centro educativo, la formación previa de sus equipos educativos, la disponibilidad de entidades externas que puedan dar apoyo a las problemáticas detectadas y las líneas de trabajo marcadas por las autoridades correspondientes. Para la selección de las actividades de prevención hay una serie de **criterios básicos** que se pueden aplicar, entre otros:

- **La prevención debe estar orientada a nombrar y pedir ayuda.** Aunque los niños, niñas y adolescentes pueden llevar a cabo acciones para su propia protección y bienestar, la responsabilidad de la protección siempre es competencia de las personas adultas (familias y tutores legales, personal educativo en cualquiera de sus ámbitos...). Por eso, el mensaje clave no ha de ser *“Si te pasa X, haz Y para resolverlo”*, sino *“Si te pasa X, pide ayuda (pídenos ayuda a A, B y C de esta forma)”*. Con ese primer paso, el entorno del niño, niña o adolescente debería ser capaz de encontrar la forma de encauzar la situación, y es mucho más seguro que responsabilizarle de que salga por sus propios medios de la situación que está viviendo.
- **La prevención** en cualquier campo, pero en salud mental aún más, **funciona mejor cuando incluye una dimensión corporal.** Las charlas y

la transmisión de conceptos a nivel cognitivo ayudan poco a que los niños, niñas y adolescentes reconozcan cuándo tienen malestar y qué tipo de ayuda necesitarían. Sin embargo, a través de la conexión con lo físico, con el propio cuerpo, con dinámicas que incluyan movimiento o consciencia corporal, se puede reconocer lo psicológico (emocional, mental...). Hay actividades que ayudan a reconocer dónde sienten las emociones y con qué manifestaciones, y así les proporcionan las bases para identificar situaciones en las que necesitan ayuda: por ejemplo, cuando reconocen dónde sienten el miedo (un niño en la tripa, una niña en forma de opresión en el pecho, un adolescente en la sensación de tensión en los brazos...) o cómo experimentan la tristeza (una adolescente con una sensación concreta en la garganta, un niño con las ganas de llorar, una niña con la espalda que se le encorva...) y se les enseña cómo pedir ayuda, es más fácil que busquen el apoyo necesario cuando empiecen a perder el equilibrio, sin esperar a los síntomas más graves. De hecho, por su estado de desarrollo, los niños, niñas y adolescentes tienden a manifestar parte de los problemas de salud mental a través del cuerpo, mediante movimiento incesante (ansiedad, problemas de concentración) o falta de energía (bajo estado de ánimo y depresión), e incluso a través de somatizaciones (esos dolores recurrentes que son reales, pero que no tienen una causa fisiológica que se pueda identificar, como hemos visto en el capítulo 6). Se trata de proporcionarles claves corporales, por ejemplo, a reconocer cómo sienten en el cuerpo las emociones principales, o a diferenciar las sensaciones físicas, como el hambre, el sueño y el cansancio, de otras vivencias fisiológicas, como la ansiedad, el desánimo o la falta de energía. De este modo será más fácil que reconozcan sensaciones que les preocupan y que pidan ayuda que si se utilizan solo aspectos cognitivos. Además, esta dimensión corporal les proporciona recursos también para expresar lo que les sucede, haciendo que las figuras de referencia entiendan mejor su vivencia, en contraste con cuando utilizan, por ejemplo, los términos “ansiedad” o “depresión”, que pueden querer decir algo distinto para cada niño, niña o adolescente dependiendo de dónde se hayan aprendido, y pueden ser algo muy diferente de la terminología clínica establecida.

- **La prevención debe utilizar siempre metodologías seguras y respetuosas.** Cualquier tema relacionado con la salud mental es potencialmente grave si no se aborda de una manera adecuada. Por tanto, se ha de garantizar que la metodología empleada es, por un lado, segura y no genera nuevos problemas, y que, por otro, respeta al niño, niña o adolescente como una persona completa. La clave más sencilla es, utilizando una imagen muy práctica, que **no se deben abrir puertas que**

no se puedan cerrar. Así, si se están abordando temas como la ansiedad, el objetivo será evitar que los niños, niñas y adolescentes desarrollen una “ansiedad hacia tener ansiedad”, una especie de “metaansiedad” que genere más problemas que lo que se pretendía abordar (y esto se puede evitar, por ejemplo, con una exposición gradual a los distintos conceptos y vivencias, partiendo de niveles muy bajos que puedan manejar con buenos resultados). De igual modo, si se quiere prevenir la soledad no deseada en una clase en la que hay varios niños, niñas y adolescentes con mucho aislamiento, el enfoque deberá ser progresivo, y no crear unas expectativas poco realistas en quienes están a solas dentro del grupo. En salud mental el objetivo es generar confianza y apertura en los niños, niñas y adolescentes para que pidan ayuda, y si se asustan en las actividades de prevención hacia vivencias que tienen, es probable que pierdan la capacidad de buscar el apoyo que necesitan.

- **La prevención ha de ofrecer pautas y claves para lograr los comportamientos positivos, no centrarse solo en evitar las situaciones de riesgo.** Cuando las actividades de prevención se concentran en exponer los riesgos de las situaciones, desde el miedo y la preocupación, pueden bloquear y generar más ansiedad en vez de impulsar los cambios deseados. Por eso, aunque ciertamente es útil poner ejemplos suficientes (pueden ser pocos pero claros) de los riesgos que se quieren prevenir, es necesario plantear las acciones que pueden realizar los niños, niñas y adolescentes para obtener los resultados positivos. Por ejemplo, si se quiere trabajar que pidan ayuda en determinadas situaciones, los mensajes catastrofistas de casos en los que hubo personas que no pidieron ayuda y sufrieron consecuencias trágicas sirven menos que un juego en el que pedir ayuda sea a la vez didáctico y ameno, con una toma de consciencia de los beneficios. O, si se quiere desarrollar la capacidad de tranquilizarse, más que hablar de los riesgos de la ansiedad, es más práctico realizar alguna actividad de toma de consciencia corporal breve, como relajación o yoga en el aula o en el patio, especialmente si se convierte en un hábito.

En cualquier caso, **hay disponibles muchas metodologías interesantes** para las temáticas de salud mental que hemos ido viendo. Sería conveniente trabajar los aspectos básicos presentados en el capítulo 1, como promover y poner consciencia en las conexiones sanas (la conexión interior, la conexión con otras personas y la conexión con la vida, el mundo y la trascendencia); desarrollar el autoconocimiento de la triple visión biopsicosocial; integrar el psiquismo humano a partir del modelo “cabeza, corazón y tripas”; y tomar

consciencia de los distintos niveles de relación (interacción, afectividad, vínculo y apego), entre otros.

Un par de ejemplos de prevención de violencia sexual que utilizan los criterios presentados y que incluyen algunos de estos contenidos son la campaña “El abuso sexual infantil queda fuera de juego” para la prevención y detección del abuso sexual infantil en el deporte (Romeo y Horno, 2018a, 2018b, 2018c), y la metodología de prevención del abuso sexual en Educación Infantil del Consejo de Europa (Romeo-Biedma y Horno, 2022c), ya que abordan no solo la evitación de situaciones de violencia, sino también la detección de muchas de sus consecuencias (especialmente en el ámbito de la salud mental), y se pueden leer también otras orientaciones en esta línea (Romeo y Horno, 2021, pp. 172-190). La recomendación es explorar las distintas metodologías dentro de los equipos educativos, para ver sus potenciales efectos positivos en los grupos con los que se vayan a aplicar, y saber que pueden conducir a la revelación de situaciones, ante las cuales el centro educativo tiene que actuar.

La detección, la sistematización del caso y la derivación

Aunque los tres objetivos anteriores (garantizar los Entornos Seguros y Protectores, aplicar la Afectividad Consciente e implementar programas de prevención) funcionan mejor cuando se dan consecutivamente, una vez logrado el paso previo, la detección sucede en todo momento de la vida escolar, y es necesario abordar los casos según aparecen, haciendo camino al andar. La realidad es que los equipos educativos de cualquier tipo están percibiendo situaciones que apuntan a problemas de salud mental continuamente, y por eso deben actuar cuanto antes, para evitar que los niños, niñas y adolescentes sufran perjuicios mayores. En este apartado veremos algunas **claves para mejorar la detección y la derivación de los casos**.

SISTEMATIZAR EL CASO:

- RECOGER POR ESCRITO LOS ELEMENTOS QUE APUNTAN HACIA UN POSIBLE PROBLEMA DE SALUD MENTAL, IDENTIFICANDO LO QUE SE SABE Y LO QUE TODAVÍA NO SE SABE.
- ESTABLECER UN HILO NARRATIVO ENTRE LOS INDICADORES Y LA HISTORIA DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE.
- CREAR UNA COORDINACIÓN INTERNA EN EL CENTRO EDUCATIVO.
- SERVIR PARA LA COORDINACIÓN CON OTROS RECURSOS.

El primer paso necesario en un centro educativo cuando se detecta un posible problema de salud mental en un niño, niña o adolescente es la **sistematización del caso**, esto es, **recoger por escrito de forma ordenada todos los elementos que apuntan hacia ese u otros problemas**, antes de tomar cualquier otra decisión. La sistematización sirve para **identificar lo que ya se sabe** (por ejemplo, los distintos indicadores observados, los factores de riesgo y los factores de protección personales, familiares y sociales, las figuras de referencia dentro del colegio...) **y lo que todavía no se sabe** (si la familia está haciendo algo al respecto, si hay más indicadores que solo hayan visto profesionales que todavía no han comentado nada, si la situación es temporal o si lleva sucediendo durante un periodo largo antes de la detección...). Además, ayuda a **establecer un hilo narrativo entre los indicadores y la historia personal del niño, niña o adolescente** (como en *“Parece que el comportamiento A tiene que ver con la situación X que ha vivido, y que cuando se encuentra en la situación Y reacciona con un comportamiento B”*), de modo que se pueda detectar la estructura interna de los procesos, que no son sucesos al azar, sino que tienen una lógica dentro de sus vivencias. Todo este proceso crea un punto de **coordinación interna en el centro educativo**, en el que los distintos perfiles profesionales aportan su mirada y trabajan en equipo (preferiblemente también con el propio niño, niña o adolescente y su familia, cuando sea posible). Y esta sistematización es el punto de partida para la **coordinación con otros recursos**, ya que ese informe inicial, sin ser un diagnóstico ni requerir gran precisión técnica, ofrece los datos fundamentales para que los equipos de salud mental y otras autoridades competentes puedan iniciar sus procedimientos.

La sistematización puede emplear distintas **fuentes**. Una muy básica, como hemos visto a lo largo del manual, es identificar **cuáles son las conexiones (y su insuficiencia o falta) que causan sufrimiento**:

- ¿Tiene el niño, niña o adolescente dificultades con la conexión interior, con la conexión con otras personas o con la conexión con la vida, el mundo y la trascendencia?
- ¿Cómo interactúa lo biológico, lo psicológico y lo social en su vida (y en su malestar)?
- ¿Qué niveles de relación van bien y cuáles no (interacción, afectividad, vínculo y apego)?

Otra fuente muy importante es **verificar los indicadores disponibles** (como hemos visto en los capítulos 5 y 6, de manera breve, y en el capítulo 7, de manera más detallada para el trauma), haciendo un listado de los observados y preguntando a otras personas adultas para verificar si han detectado alguno más, pero sin intentar realizar un diagnóstico, que será competencia de los servicios de salud mental correspondientes. Cada tema de salud mental tiene sus indicadores específicos, que apuntan a la posible situación, y al mismo tiempo hay **tres grandes indicadores** de que algo va mal en la vida del niño, niña o adolescente, especialmente cuando no se detectan más detalles de la situación:

- La **falta de compasión y de autocompasión**, que indica una pérdida de la conexión interior y con otras personas, siendo un indicador de alto riesgo.
- El **aislamiento social** (respecto a iguales y respecto a figuras adultas), ya que en la infancia y adolescencia lo saludable es tener amistades y figuras adultas de referencia (no necesariamente muchas en cada ámbito, pero sí varias), y la ausencia de esas relaciones indican ya un daño concreto, que puede tener múltiples causas posibles y que habrá que esclarecer.
- La **aparente ausencia de problemas**, el niño, niña o adolescente siempre amable, dócil y obediente. Lo natural en el desarrollo es que un día estén de mejor humor que otro, y que en un mismo día pasen por distintas emociones, algunas de ellas lógicamente desagradables. Si a lo largo del curso el niño, niña o adolescente no ha mostrado ningún otro comportamiento que no sea mostrarse agradable, significa que ha aprendido a esconder cómo se siente y, además, que no va a pedir ayuda (ni a recibirla) cuando haga falta. Para muchas personas adultas ese comportamiento resulta muy cómodo, porque no genera problemas en el exterior, pero apunta a un daño potencialmente muy grave que tendrán que explorar los equipos especializados.

Por otro lado, **nuestras propias sensaciones como profesionales** pueden ser a menudo muy útiles, aunque tendremos que manejarlas con cautela. La mayoría de personas que trabajamos con niños, niñas y adolescentes tenemos una sensibilidad inicial que nos llevó a nuestro camino profesional, así como muchas experiencias que han ido desarrollando nuestra capacidad de percibir a los niños, niñas y adolescentes y sus vivencias. Por eso prestar atención a nuestras sensaciones es también una forma de detección (aunque no tengamos que obedecerlas). Ayuda **ponerles palabras** (o incluso colores, formas, o movimientos) y **compartirlas en equipo**, para ver si hay otras personas que están intuyendo algo preocupante, y pueden utilizarse para

elaborar los informes de derivación (sin mencionarlas directamente). Por ejemplo, una profesora que dice *“No sé lo que le pasa a X, pero me preocupa, me genera cierta inseguridad y no acabo de descubrir por qué”* puede utilizar esa sensación para fijarse en cómo actúa X a lo largo de la semana, mientras conversa con el tutor y con la orientadora, y ese dato de “inseguridad” puede ser un elemento a buscar en el propio niño, niña o adolescente y se puede incluir en el informe de derivación. O un maestro que percibe *“Me da mucha pena este niño. Creo que me recuerda a mí cuando era pequeño, pero también hay algo más. Me da la sensación de que está muy solo. Me voy a fijar en qué hace durante el tiempo de patio, y le voy a preguntar al resto del equipo, a ver qué les parece”*.

Una vez que están disponibles unos datos suficientes, el siguiente paso es la **derivación**. Desde la consciencia es fundamental reconocer las limitaciones propias de cada persona (y sus atribuciones reales en el proceso de diagnóstico), y saber que, como hemos visto anteriormente, **no se deben abrir puertas que no se sepan cerrar**, de modo que la evaluación y el diagnóstico se deben hacer de forma segura y profesional. Lo que sí que pueden hacer los equipos educativos es poner por escrito, en grupo, todos los indicadores de las posibles temáticas de salud mental que se observan, cada uno con los momentos en los que aparecen, y las posibles relaciones con lo que se sabe del niño, niña o adolescente (su historia de vida, sus relaciones familiares y sociales, las vivencias recientes...).

La derivación es el primer paso para una **intervención integral**, que puede suponer la participación de diferentes administraciones públicas, de múltiples entidades y de varios tipos de personas adultas. **La clave es que cada ámbito haga su parte:**

- La **familia** (y quienes cumplen esas funciones desde la **tutela legal**) tiene la responsabilidad de liderar el proceso, si puede, y de acompañar al niño, niña o adolescente en los distintos pasos, proporcionando las informaciones necesarias y aplicando las pautas que se van acordando con ella.
- El **centro educativo** ya está identificando elementos de preocupación y posibles indicadores, y tiene que realizar el seguimiento en la vida cotidiana del niño, niña o adolescente (cuando siga asistiendo a clase).
- Los **servicios de pediatría y de medicina** en general (atención primaria, medicina de familia, servicios especializados tanto públicos como privados...)

tienen la posibilidad de detectar y derivar situaciones clínicamente significativas.

- Los **servicios de salud mental** (tanto públicos como privados) tienen la responsabilidad del diagnóstico y de la prescripción del tratamiento (que no deberían limitarse a la medicación en ningún caso, sino incluir una mirada biopsicosocial, como ya hemos visto).
- Los **servicios sociales** pueden ayudar a detectar las fortalezas y debilidades de la familia y derivar a otros recursos más especializados, y tienen la responsabilidad de actuar en cualquier situación de violencia contra los niños, niñas y adolescentes de acuerdo con la legislación vigente (actualmente en España, a nivel estatal, la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia [LOPVI], y en el ámbito de la Comunidad de Madrid, donde tienen presencia los centros asociados a Escuelas Católicas de Madrid, la Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid).
- En los casos de violencia más grave contra los niños, niñas y adolescentes, que pueden ser la causa o la consecuencia de sus problemas de salud mental, deben actuar también las **Fuerzas y Cuerpos de Seguridad** competentes y, en su caso, la **Fiscalía de Menores** y otras **instancias judiciales** con autoridad en la materia.

PAUTAS PARA LA DERIVACIÓN:

- **CON RECURSOS PÚBLICOS:**
 - EL CONOCIMIENTO PREVIO.
 - LOS PROTOCOLOS COMPARTIDOS.
 - LA EVALUACIÓN DE PROCESOS.
- **CON RECURSOS PRIVADOS Y DEL TERCER SECTOR:**
 - VALORAR LAS POSIBILIDADES DE LAS FAMILIAS.
 - EL CONOCIMIENTO DEL RECURSO.

Las pautas para la derivación pueden variar entre recursos, y hay varias cuestiones que considerar. Con los recursos públicos serán especialmente importantes los siguientes:

- **El conocimiento previo.** No es conveniente que el primer contacto con un recurso público por parte de un centro educativo sea el caso de un niño, niña o adolescente con un problema de salud mental. Los procesos tienden a fluir mejor cuando ha habido un esfuerzo previo por parte del colegio para conocer al equipo de servicios sociales, para hablar con la enfermera del centro de salud, para invitar a los agentes tutores y otros cuerpos de seguridad especializados en infancia y adolescencia... De este modo, cuando surge un caso ya hay una relación establecida, se conoce a las personas de contacto y los recursos públicos pueden ofrecer recomendaciones más apropiadas.
- **Los protocolos compartidos.** Las administraciones públicas cuentan con protocolos y otras herramientas estandarizadas para gestionar los procesos y los flujos de información. Los casos se atenderán de manera más eficiente si se siguen los procedimientos de cada institución pública y si se emplean, por ejemplo, sus modelos de informe, agilizando la comunicación entre profesionales y entidades.
- **La evaluación de procesos.** Si es posible, evaluar cómo están funcionando los procesos suele aportar mejoras a todas las partes implicadas, tanto con indicaciones desde las instituciones públicas (*“Esto ha estado bien, cuando tengáis otro caso así nos lo podéis enviar igual”,* o *“Aquí hemos llegado ya muy tarde, cuando veáis A, B y C rellenad el modelo 1 y enviádnoslo para que actuemos cuanto antes”*) como con comentarios desde el centro educativo (*“Hemos estado llamando y escribiendo correos y no hemos recibido respuesta en dos semanas en este caso que al final nos habéis confirmado que es grave. ¿Cómo podemos hacer para que la próxima vez la comunicación vaya mejor”,* o *“Muchas gracias por las orientaciones, como nos indicasteis hemos derivado a la familia al servicio X y ya les están haciendo seguimiento”*).

En el caso de derivar a **recursos privados**, aparte de las consideraciones anteriores, se añaden dos elementos más:

- **Valorar las posibilidades de las familias.** Para muchas situaciones una opción es que las familias lleven al niño, niña o adolescente a un **recurso privado**, como un gabinete de psicología o un servicio médico de salud mental infantojuvenil, o a un **recurso del tercer sector**, como una asociación especializada en la temática o una fundación con atención psicoterapéutica gratuita. Desde el centro educativo se debe tener en cuenta la viabilidad del recurso para la familia antes de realizar la derivación, tanto por defecto (si

no tienen medios para costear una consulta a largo plazo) como por exceso (si se les deriva a un servicio gratuito en el que no les van a recibir por exceder su renta familiar, por ejemplo). Las primeras experiencias de las familias con otras entidades externas al centro educativo en temas de salud mental deben ser positivas, porque, si no, se correrá el riesgo de que no sigan el proceso necesario para el niño, niña o adolescente, en la situación del momento o en posibles situaciones futuras.

- **El conocimiento del recurso**, con la responsabilidad que conlleva. Cada centro educativo debe decidir su posicionamiento respecto a los recursos privados y del tercer sector. Derivar a centros concretos puede ser visto por parte de las familias como una imposición, y es probable que el niño, niña o adolescente no quiera encontrarse con compañeros y compañeras del colegio en ese tipo de entorno. Por otro lado, dejar abierta la necesidad de una intervención externa sin ofrecer unas pautas mínimas puede hacer que las familias se sientan abandonadas o incluso exigidas por encima de sus conocimientos, y también puede impulsarlas a tomar decisiones por motivos prácticos (el precio o la localización) más que por una intervención técnica adecuada. Y puede haber respuestas diferentes dentro de un mismo centro (y de una misma orientadora, por ejemplo), derivando ciertas problemáticas a entidades conocidas y dejando las posibilidades abiertas para temáticas en las que no ha habido experiencias previas con ninguna entidad especializada en esa materia. En cualquier caso, es una conversación que se debe tener dentro del centro educativo, y las decisiones deben quedar claras para toda la comunidad educativa (incluidas las familias).

El acompañamiento de los casos: la necesaria coordinación con otros ámbitos y las pautas específicas

La salud mental es un tema tan complejo que no lo puede abordar un solo equipo, mucho menos una persona, por muy buena que sea su formación. Incluso las problemáticas más sencillas requieren una intervención coordinada desde distintos ámbitos, aspirando, como mínimo, a un **enfoque biopsicosocial**:

- Lo **biológico**: la medicina y la psiquiatría.
- Lo **psicológico**: la psicología clínica y (de nuevo) la psiquiatría, pero también la psicología de la intervención social.

- Lo **social**: en un colegio, las dimensiones sociales (y socializadoras) de la educación, aparte de las relaciones familiares, con iguales y con el equipo educativo.

Esta estructura se amplía cuando los niños, niñas y adolescentes presentan problemáticas graves, ya que pueden participar desde los servicios sociales hasta entidades públicas y privadas especializadas en esas temáticas. Por todo esto **la coordinación entre ámbitos no es opcional**, una buena práctica recomendable, **sino necesaria**, desde la responsabilidad de garantizar su bienestar. Porque, de nuevo, cuidar la salud mental de los niños, niñas y adolescentes no es una opción para los centros educativos (ni para cualquier profesional o entidad que intervenga con infancia o adolescencia), sino un deber, al menos desde un Enfoque de Derechos del Niño, como vimos en el capítulo 1. El motivo es que, sin una atención adecuada a la salud mental, no se puede garantizar que el niño, niña o adolescente goce de todos sus derechos, en especial del derecho a una vida digna y plena, lo más satisfactoria posible dentro de las limitaciones que marquen sus problemas de salud mental. Y aunque no es una responsabilidad oficial de los centros educativos liderar toda la intervención, en muchos casos, por su especial presencia cotidiana en la vida del niño, niña o adolescente, por su acceso a la familia y por el potencial transformador del ámbito educativo, podrán cubrir ciertas funciones de coordinación y de facilitar la comunicación entre agentes, en la línea de Gestión de Caso en el ámbito social (se puede ver un ejemplo de Gestión de Caso en trauma en Romeo, 2021a).

Antes de dar cualquier paso es imprescindible tener presentes tres **consideraciones** que deben organizar toda la intervención (Romeo, 2019, p. 61). En primer lugar, es importante recordar que **el niño, niña o adolescente tiene su tema de salud mental, pero es mucho más que eso**. Por difíciles que sean sus circunstancias y sus experiencias, su riqueza humana es mucho mayor, y no se le puede reducir a su problemática o a su diagnóstico.

Le pase lo que le pase, el niño, niña o adolescente sigue adelante con su vida, a pesar de las dificultades, lo cual indica que tiene fortalezas que tenemos que identificar y valorar, porque las necesitará para salir adelante. Y pueden ser fortalezas a nivel individual (a pesar de todo, es

CONSIDERACIONES PARA CUALQUIER INTERVENCIÓN:

- EL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE TIENE SU TEMA DE SALUD MENTAL, PERO ES MUCHO MÁS QUE ESO.
- LOS SÍNTOMAS SON UNA RESPUESTA ADAPTATIVA DEL SISTEMA NERVIOSO, LA MEJOR DISPONIBLE HASTA EL MOMENTO.
- CONTAR CON TIEMPO, PRESENCIA Y PACIENCIA PARA EL PROCESO.

capaz de enfrentarse a sus problemas, o le gusta dibujar, o es capaz de pedir ayuda...) o por elementos relacionales (una familia que apoya, o una tutora que es un modelo positivo, o dos buenos amigos en clase...) o sociales (asiste a un colegio que presta atención a la salud mental, o la zona donde vive tiene una buena atención sanitaria, hay organizaciones que le pueden ayudar en su problemática...). En cualquier caso, al tiempo que se valora lo que va mal en la vida del niño, niña o adolescente, hay que reconocer y poner en valor lo que sí que va bien, como posibles apoyos para que salga adelante.

La segunda consideración fundamental es que **los síntomas son una respuesta adaptativa del sistema nervioso del niño, niña o adolescente, la mejor posible hasta el momento**, de modo que no se trata de eliminar los indicadores directamente, sino de ayudarle a desarrollar respuestas mejores. Ante las manifestaciones de malestar infantil y juvenil puede haber personas adultas que deseen eliminarlas a cualquier precio, pero hay que mantener la consciencia de que esas manifestaciones tienen muchas funciones, entre ellas servirle al niño, niña o adolescente para sobrevivir y facilitar que se detecte que necesita ayuda externa. Por eso el objetivo debe estar orientado a abordar los problemas profundos (con la orientación de los servicios de salud mental correspondientes), al mismo tiempo que se modulan las expresiones de malestar para reducir las consecuencias en el propio niño, niña o adolescente y en otras personas (el resto de estudiantes, sus figuras adultas de referencia...). Haciendo un paralelismo con la fiebre, cuando tenemos a una niña con una temperatura alta, aunque bajar la fiebre puede ser un objetivo importante, lo fundamental es identificar la causa (una infección, un desajuste fisiológico...) y abordarla, porque la fiebre puede causar daño si es extrema, pero no abordar sus causas puede ser mucho peor, con consecuencias potencialmente fatales.

La tercera consideración tiene que ver con asumir que **la intervención va a necesitar tiempo, presencia y paciencia**. La mayoría de problemáticas (excepto ciertas situaciones de trauma por eventos puntuales) han tardado en constituirse en la vida del niño, niña o adolescente, de modo que la solución también **necesitará de mucho tiempo**, primero para que recupere la confianza en formas mejores de gestionar sus vivencias y luego para que las vaya incorporando gradualmente en su día a día. Pero el tiempo por sí solo no sana, es necesaria también la **presencia de figuras adultas del entorno** (como docentes de referencia, además de familiares y otras personas que intervienen), que con su cercanía cotidiana proporcionen cierta seguridad y una serie de experiencias positivas, de modo que el niño, niña o adolescente pueda ir probando y consolidando formas de estar en el mundo más sanas y satisfactorias. Al mismo tiempo, los procesos humanos, y más en temas de

salud mental en niños, niñas y adolescentes, están compuestos de avances y retrocesos, y es clave conservar la **paciencia** necesaria para sostenerles cuando aparentemente vuelvan a situaciones que parecían ya superadas, entendiendo que son pasos esperables dentro de su evolución, y dándoles apoyo para que recuperen los comportamientos más saludables.

Para organizar la intervención es necesario también tener unos **objetivos generales bien definidos y asumidos por todas las personas relevantes** (Romeo, 2019, p. 62). Los objetivos tienen que ir orientados a garantizar el desarrollo pleno del niño, niña o adolescente desde un enfoque de derechos, esto es, a prepararle para una vida digna y satisfactoria, a pesar de los problemas de salud mental que tenga. Puede haber limitaciones que sean inevitables, y que el niño, niña o adolescente necesite aprender a convivir con ellas, pero también hay logros que podrá alcanzar con apoyos externos y desarrollando capacidades internas, y todo eso debe estar presente en la intervención. En este sentido, los objetivos deben ayudar a reconfigurar (“recablear”) el sistema nervioso del niño, niña o adolescente mediante vivencias positivas que supongan un avance respecto a sus experiencias con sus problemas de salud mental. Además, muchas de esas vivencias tendrán que contar con una dimensión corporal, para dinamizar los aspectos que se han quedado bloqueados en patrones poco saludables.

Para concluir este apartado, recordaremos algunas de las pautas para la intervención que se deben seguir desde los centros educativos en las situaciones de problemas de salud mental de los niños, niñas y adolescentes:

- **Seguir las pautas proporcionadas por los equipos especializados en salud mental que llevan el caso del niño, niña o adolescente.** Y esas pautas pueden ser de acción (“*El niño necesita A*”, “*El colegio debe facilitar que la niña haga B*”) y también de evitar causar daño (“*No hay que preguntarle sobre C*”, “*Se recomienda reducir la presión por D*”). Si no se entienden, es conveniente preguntar al respecto, para no interferir en los procesos y para no causar nuevos problemas.
- **Participación y escucha del niño, niña o adolescente y su familia.** Cuando un niño, niña o adolescente puede hablar y opinar sobre los temas que le afectan, esa acción en sí misma es positiva y proporciona un punto de avance (Horno y Romeo, 2021, pp. 88-98). Además, no se trata solo de **comprender sus vivencias**, sino también de plantearse **asumir algunas de sus propuestas**, que pueden ser muy prácticas y efectivas por surgir de quienes más sufren la situación. Otras ideas, sin embargo, servirán para

comprender mejor la problemática, y se pueden incluir en las comunicaciones con los equipos especializados. Y la familia que asume su responsabilidad en los procesos del niño, niña o adolescente, dando su opinión y llevando a cabo las acciones correspondientes, también favorecerá el proceso, de modo que ofrecerle escucha (y, a veces, claves) será positivo para todas las partes implicadas.

- **Pautas de acompañamiento vistas en los capítulos anteriores (especialmente 5, 6 y 7).** Como hemos visto, hay actuaciones básicas que se pueden aplicar en muchos casos, en especial durante el periodo entre cuando se detecta la situación y cuando se reciben las pautas oficiales por parte de los equipos especializados. Evidentemente, una vez se cuente con un diagnóstico concluyente, las pautas tendrán que estar ajustadas a las necesidades concretas del niño, niña o adolescente afectado, según indiquen los equipos especializados.
- **Posibles sesiones de prevención.** Cuando existen sospechas o indicios de que una problemática puede estar afectando a niños, niñas y adolescentes individuales o a grupos concretos, una forma de obtener datos más precisos es realizar sesiones de prevención respecto a esas temáticas. De ese modo, pueden contar con claves para identificar lo que están viviendo y para pedir ayuda, al mismo tiempo que sus respuestas y su modo de participar pueden proporcionar ideas para que el centro educativo siga avanzando en la detección y derivación.
- **Acompañamiento a otros niños, niñas y adolescentes (clase, curso...).** Las problemáticas de salud mental generan mucho sufrimiento no solo en quienes las padecen, sino también en otras personas del entorno. Puede haber otros niños, niñas y adolescentes que sufran al ver, por ejemplo, a su compañero con ideas autolíticas o a su compañera con un trastorno de la conducta alimentaria, y que se planteen dudas sobre su propio bienestar, de modo que hay que ofrecerles el acompañamiento necesario, respetando la privacidad el niño, niña o adolescente afectado. Y también puede causar un impacto considerable el comportamiento del niño, niña o adolescente cuando actúa desde su problemática, por ejemplo, cuando agrede o causa desperfectos en las instalaciones. El acompañamiento forma parte de las medidas para garantizar que el centro educativo es un entorno seguro y protector para todos los niños, niñas y adolescentes, también de quienes ven o sufren las consecuencias de los problemas de salud mental.

- **Acompañamiento a figuras adultas.** En línea con la idea anterior, también los equipos educativos y otras figuras profesionales pueden sentir desconcierto, preocupación o incluso miedo ante algunos riesgos que conllevan los problemas de salud mental en los niños, niñas y adolescentes, y la mejor manera de garantizar que el entorno siga siendo seguro y protector es proporcionarles el acompañamiento que necesiten, tanto con aspectos prácticos (datos, conocimiento...) como mediante el desarrollo de competencias (formación, trabajo personal...). Para poder cuidar bien, esas personas deben sentirse cuidadas y con competencias suficientes para abordar lo que sucede en sus espacios.

En cualquier caso, será necesario tener una visión de conjunto, tanto dentro del centro educativo como por parte de equipos especializados, para que las figuras adultas puedan acompañar de la mejor manera posible a esos niños, niñas y adolescentes que están experimentando problemas de salud mental.

CONCLUSIONES

"HABITAR EN UN MUNDO DE POSIBILIDADES"

"HABITO EN LA POSIBILIDAD -
UNA CASA MÁS HERMOSA QUE LA PROSA -
MÁS ABUNDANTE EN VENTANAS -
SUPERIOR - POR SUS PUERTAS"
EMILY DICKINSON (C. 1862), TRADUCCIÓN PROPIA

Cada vez hay más profesionales e instituciones que detectan problemáticas de salud mental entre los niños, niñas y adolescentes que atienden. Aunque el panorama está evolucionando mucho, con nuevas investigaciones y datos globales y locales, este aumento se debe a una combinación de dos elementos principales. Por un lado, es claro que ha habido una **mejora considerable en la identificación** de estas situaciones por parte de los equipos educativos, de las familias y de la sociedad en general, y eso conduce a que se actúe ante situaciones que antes se pasaban por alto. Por otro, parece que se está produciendo un **incremento de las problemáticas** motivado por las distintas circunstancias sociales, culturales y estructurales que hemos visto, incluyendo la influencia de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación. En cualquier caso, el malestar de un solo niño, niña o adolescente sería suficiente para mover a la acción, y cuando son tantos los casos, la puesta en marcha es una responsabilidad que no debemos eludir.

Emily Dickinson, la autora de la cita que encabeza este capítulo, fue una escritora estadounidense del siglo XIX que padeció problemas de salud mental según la comprensión actual, pero eso no le impidió dejar un impacto positivo para las personas con las que interactuó y una obra memorable para la posteridad. Como ella dice, podemos habitar en un mundo de posibilidades, y esta es una opción constructiva en especial para acompañar las distintas temáticas de salud mental. **El sufrimiento de los niños, niñas y adolescentes, como hemos visto a lo largo del manual, es real, pero la posibilidad de que estén mejor también.** Tenemos que buscar esas posibilidades, aunque sean pequeñas o solo proporcionen mejoras parciales, y habitarlas, hacerlas reales y crear esos espacios con nuevas "ventanas" y "puertas", con oportunidades de crecimiento

y superación. No siempre conseguiremos todos los resultados deseables, pero merece la pena intentarlo. A veces nuestra mirada esperanzada será clave para introducir un cambio, con una expectativa de que hay opciones, aunque no sepamos bien cuáles son o cómo materializarlas en un primer momento.

Y todo este trabajo consiste en resaltar el **valor y la dignidad inherentes de cada niño, niña o adolescente (y de cada persona adulta)**: es un valor que no depende de su estado físico o psicológico, y mucho menos de sus resultados académicos o de otro tipo, sino de que son seres humanos. Y, por supuesto, desde los centros educativos se podrá evaluar si este niño lee mejor o peor que aquel (y cuál necesita apoyo para la lectura), o si esta niña completa los ejercicios de clase más o menos rápido de otra (y a quién asignarle un tiempo extra), pero su valor como persona no varía. Por eso, los niños, niñas y adolescentes que sufren temáticas de salud mental valen lo mismo que el resto, ni más ni menos. Y para poner en valor su dignidad tenemos que proporcionarles los recursos necesarios de modo que alcancen su pleno desarrollo, dentro de sus posibilidades, esas posibilidades que queremos materializar y ayudarles a habitar.

En esta línea, **la base de la intervención consistirá en garantizar que todos los espacios y actividades del centro educativo sean entornos seguros y protectores para la totalidad de personas (mayores y menores de edad)**. Desde esa seguridad, quienes sufren problemas de salud mental tendrán la capacidad de pedir ayuda, y quienes los detectan, sabrán cómo comunicar sus preocupaciones. A partir de ahí se seguirán en cada caso los cauces adecuados, desde la prevención hasta la detección y derivación e incluso el acompañamiento con las pautas ofrecidas por los equipos especializados correspondientes. Es una responsabilidad de los colegios y de sus profesionales, ya que su función no se limita a la mera transmisión de conocimientos, sino que tienen como objetivo final educar a personas para una vida digna.

Es cierto que a menudo las tendencias principales de la sociedad no ayudan, y en algunos casos son la causa de los problemas de salud mental. Por este motivo **los colegios y las instituciones educativas tienen también una función de cambio social: hay estructuras que es necesario mejorar, basándose en los conocimientos más actualizados y en las prácticas más protectoras**. La defensa de una educación humana y humanizadora sigue siendo un reto, y las plataformas como Escuelas Católicas de Madrid y la Asociación Educación y Gestión de Madrid pueden desempeñar un papel fundamental en dar voz a estas preocupaciones y hacer propuestas a las autoridades.

Y como ver y acompañar todas estas situaciones conlleva un desgaste, **es imprescindible contar con espacios y tiempos de autocuidado para todos los perfiles de profesionales**, en especial quienes pasan más tiempo con los niños, niñas y adolescentes. Así que es una responsabilidad institucional, tanto de las entidades educativas como de las administraciones públicas, promover esos cuidados y garantizarlos. Sus "posibilidades", como dice el poema, también se han de cuidar, tanto de desarrollo profesional, con nuevas competencias, como de bienestar personal, con descanso y otras actividades reparadoras, que les ayuden a estar presentes en las situaciones de sufrimiento.

Para terminar, ayuda tener en mente que con nuestra mirada cálida y atenta podemos empezar a **crear "posibilidades" para los niños, niñas y adolescentes**. Posibilidades de que alguien más vea su sufrimiento. Posibilidades de abordar las problemáticas de salud mental de una manera efectiva y coordinada, en equipo. Posibilidades de que descubran nuevas formas de ser y de estar en el mundo, más sanas y satisfactorias para todas las partes implicadas. Posibilidades de que retomen las conexiones con su interior, con otras personas y con la vida, el mundo y la trascendencia. Posibilidades, en fin, de crecer con un acompañamiento que les haga decir, efectivamente, que se han educado en "escuelas que cuidan la salud mental".

UN DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO SOBRE LA SITUACION DE LA SALUD MENTAL DEL ALUMNADO EN CENTROS EDUCATIVOS

Justificación

La participación de los niños, niñas y adolescentes y de las personas adultas en los temas que les preocupan es, por un lado, un derecho y es un componente fundamental de los entornos seguros y protectores, como se puede ver en el apartado “**Los Entornos Seguros y Protectores y su aplicación en el ámbito escolar**” dentro del capítulo 3 de este manual, y en *Las paredes educan. Los centros educativos como entornos seguros y protectores* (Romeo, 2025a). Comprender que **la participación es un derecho** ayuda a reconocer también que el proceso mismo de preguntar y escuchar a los niños, niñas y adolescentes y a sus figuras adultas de referencia mejora su protección, desarrollando su autonomía y abriendo los canales de comunicación entre iguales y entre distintas personas y niveles de la institución (Horno y Romeo, 2021, cap. 5).

Por otro lado, **la participación proporciona además información muy valiosa** sobre la situación analizada, pone de relieve cuáles son los problemas identificados por las personas que los sufren (así como los que pasan desapercibidos) y recoge cuáles son las soluciones que se contemplan, tanto las propuestas adecuadas y creativas (que sirven para identificar buenas prácticas) como las respuestas que, a pesar de la buena intención, no ayudan o que incluso perjudican (malas prácticas basadas en creencias erróneas), poniendo de relieve cuáles son las alternativas que no se llegan a valorar.

Como se explica en el apartado de metodología, la aproximación que se consideró más apropiada para este proceso fue la de sesiones de sensibilización con un componente participativo. De este modo, el formato resultaba más reconocible para el conjunto de participantes, y además generaba una experiencia más equilibrada, combinando el hecho de que proporcionaban información con la contrapartida de que recibían a cambio una conceptualización más estructurada, siempre partiendo de sus aportaciones, y la creación de unos espacios de conversación que la entidad podía decidir mantener más adelante.

Objetivos

El objetivo general de las sesiones realizadas en el marco de este proceso fue **identificar los temas de salud mental que más preocupaban tanto al alumnado como a los equipos directivos y docentes**, para incorporar los temas más relevantes y los enfoques más apropiados a las sesiones formativas posteriores y a los materiales de referencia que se han desarrollado a continuación. Este objetivo general se articuló en los siguientes objetivos específicos:

- **Identificar los conceptos de “salud mental”, “bienestar psicológico” y similares entre el alumnado y el profesorado.** Así se logró obtener una visión de los elementos fundamentales en este ámbito, y compararlos con los aspectos más relevantes a nivel técnico desde el campo de la salud mental.
- **Recopilar los problemas de salud mental más relevantes para el alumnado y para el profesorado.** De este modo se conocieron cuáles eran las temáticas que se reconocían con más frecuencia y cuáles las que pasaban inadvertidas. Además, sirvieron para comparar los focos del alumnado y del profesorado, tanto cuando coincidían como cuando se centraban en aspectos diferentes. La estructuración de temas de salud mental de este manual proviene de la agrupación de contenidos surgidos en esta parte de las sesiones de sensibilización y participación.
- **Conocer las propuestas para abordar los problemas de salud mental identificados**, tanto para **incorporar las buenas prácticas** que se sugirieron como para **desmontar mitos y falsas creencias** respecto a la intervención en salud mental. Las propuestas más apropiadas están incorporadas a lo largo de este manual y en *Las paredes educan. Los centros educativos como entornos seguros y protectores* (Romeo, 2025a), y se explican brevemente en este capítulo, pero además se abordan algunas ideas menos convenientes, ampliando aquí cuando no ha sido posible en otros apartados del manual.
- **Generar un espacio de conversación del alumnado con referentes adultos de su centro educativo respecto a los temas de salud mental.** En todos los grupos los alumnos y alumnas manifestaron su interés por seguir participando en iniciativas similares dentro de su colegio, y el facilitador les animó a que se lo propusieran a sus figuras de referencia dentro de la institución, y también se lo indicó a estas, una vez terminada la sesión.

- **Generar un espacio de conversación entre profesionales de cada centro educativo respecto a los temas de salud mental.** De manera similar a los grupos con alumnado, en todas estas sesiones sus participantes valoraron positivamente disponer de la posibilidad de compartir sus preocupaciones y sus propuestas de una forma estructurada, y agradecieron que la dirección les facilitara la participación. El facilitador les indicó que a partir de esa sesión podían seguir avanzando con otros espacios de trabajo que podían organizar entre profesionales dentro de la institución (por ejemplo, volviendo a reunirse el mismo grupo regularmente, o replicando la dinámica con profesionales por etapas o por cursos).

Perfiles de los centros educativos participantes

En el momento de su aceptación, se propuso realizar la actividad en cinco centros educativos que presentasen la variedad propia de Escuelas Católicas de Madrid, dependiendo del equipo de coordinación de esta entidad la selección de colegios entre todas las instituciones que se han presentado voluntarias. Los criterios de representatividad han sido los siguientes:

- **Localización:** 4 centros en Madrid capital y 1 centro en un municipio pequeño y rural.
- **Las etapas impartidas:** desde Educación Infantil (los 5 centros) y Primaria (los 5 centros) hasta Educación Secundaria Obligatoria (los 5 centros), Bachillerato (3 centros), Bachillerato Internacional (1 centro) y Formación Profesional (2 centros).
- **Adaptaciones curriculares a necesidades educativas especiales:** los 5 centros realizan adaptaciones curriculares a necesidades educativas especiales, con una amplia variedad de perfiles (necesidades motóricas, Trastorno del Espectro del Autismo, discapacidad intelectual...).
- **Tamaño:** 1 centro con menos de 500 estudiantes, 1 centro con entre 500 y 1000 estudiantes y 3 centros con más de 1000 estudiantes.
- **Residencia de estudiantes:** 1 centro con residencia de estudiantes.
- **Nivel socioeconómico del alumnado y de sus familias:** con los 5 centros se cubren desde los niveles socioeconómicos más bajos hasta los más altos pasando por los intermedios.

- **Origen:** en los 5 centros asiste alumnado de origen inmigrante (independientemente de su nacionalidad jurídica), con distribuciones muy diversas, desde una mayoría por encima del alumnado de origen español hasta una minoría.

Con estos criterios, los centros que han participado han sido los siguientes, por orden de realización de las actividades:

- Colegio San Ramón y San Antonio de Madrid.
- Colegio Nuestra Señora del Recuerdo de Madrid.
- Colegio Luz Casanova Usera – Fundación Educación y Evangelio de Madrid.
- Colegio Salesianos El Pilar de Soto del Real.
- Colegio Salesianos Ciudad de los Muchachos de Madrid.

Metodología

Las actividades se plantearon como **actividades de sensibilización con un componente participativo, y asistencia voluntaria**, tanto para **alumnado** como para **profesionales**.

Respecto a los **grupos de estudiantes**, se explicaron las condiciones previas a los centros educativos, que organizaron los grupos según los siguientes criterios generales enviados por texto y explicados por teléfono a la dirección de cada centro o a sus representantes:

Entre diez y doce estudiantes, preferiblemente representantes de alumnos (delegados y subdelegados de clase, o delegados de curso) y estudiantes con funciones similares (alumnos mediadores, enlaces con estudiantes con dificultades...), que NO tengan problemas de salud mental identificados, de diversos cursos (desde 5º de Primaria en adelante, incluyendo ESO, FP Básica y Grado Medio y Bachillerato) y que tengan interés en el tema de la salud mental. Se favorecerá la diversidad dentro de lo posible, ya que el grupo

estará abierto a estudiantes con discapacidad, de orígenes culturales y sociales diferentes y otras situaciones relevantes. El motivo de seleccionar a representantes del alumnado y niños, niñas y adolescentes con funciones similares es que, por sus responsabilidades, conocen las situaciones de sus compañeros y compañeras y tienen una visión amplia de las posibles problemáticas. La participación será voluntaria durante las horas de clase.

Para organizar los grupos se proporcionó un **modelo de autorización para las familias y tutores legales**, que cada centro educativo adaptó con sus datos específicos, y que se encargó de recibir y custodiar. Por protección de datos y respeto a la privacidad, el formador no tuvo acceso a esos documentos y no recogió datos personales de los alumnos y alumnas, sabiendo solo el nombre propio o apodo de cada cual según se presentó y su curso, y en algún caso la nacionalidad de origen, cuando la persona en cuestión lo expresó en algún comentario (*“Pues yo soy de X y cuando llegué a España y entré en este colegio...”*). En total participaron 62 estudiantes, con las siguientes características:

- 28 (45%) alumnos y 34 (55%) alumnas.
- Por etapa educativa:
 - 15 (24%) de Primaria (5º y 6º) (en 4 centros).
 - 31 (50%) de ESO (1º-4º) (en los 5 centros).
 - 1 (2%) de Grado Básico de Formación Profesional (en 1 centro).
 - 5 (8%) de Grado Medio de Formación Profesional (en 2 centros).
 - 9 (14%) de Bachillerato (en 2 centros).
 - 1 (2%) de Bachillerato Internacional (en 1 centro).
- En 3 centros participaron estudiantes que tenían funciones de delegados y delegadas de sus clases o similares (alumnos mediadores).

- 6 estudiantes se identificaron como de origen extranjero en 2 de los centros, pero la proporción real era más alta, por lo que comentaron los equipos, de modo que en al menos 4 centros participó alumnado con origen extranjero.
- Participó 1 estudiante atendida en la residencia femenina.

En cuanto a los **grupos de profesionales**, se indicó la conveniencia de que desde la coordinación de cada centro educativo se procurase que hubiera **perfiles variados**, de todas las etapas del colegio, con diferentes niveles de experiencia (desde muchos años de docencia hasta personas incorporadas en los últimos años) y con la participación de profesionales del Departamento de Orientación, del área de Pastoral y con cargos directivos. Los grupos fueron mayores que los de estudiantes, con 1 grupo de 10 profesionales, 3 de 14 profesionales y 1 de 20 profesionales (consultado para recibir a un claustro con una petición especial), con un total de 71 personas.

- 29 (41%) hombres y 42 (59%) mujeres.
- En los 5 centros estuvieron representados todos los niveles educativos del colegio (de Educación Infantil, de Primaria, de ESO, de Formación Profesional y de Bachillerato).
- En los 5 centros participaron personas con responsabilidades de docencia directa.
- 8 (11%) profesionales de un total de 4 centros tenían responsabilidades de Orientación (incluyendo los cargos de Coordinador o Coordinadora de Bienestar y Protección y de Pedagogía Terapéutica).
- 6 (9%) profesionales de un total 4 centros tenían responsabilidades de Pastoral.
- 4 (6%) profesionales de un total de 3 centros tenían responsabilidades como Personal de Administración y Servicios (Secretaría, Deportes, Comedor...).
- 1 profesional de la residencia femenina del único centro con este servicio.
- 3 profesionales de 2 centros se identificaron como de origen extranjero.

Para completar la información se realizó también la actividad respecto a la **Pregunta 2: ¿Qué tres temas de salud mental identificáis en los alumnos**

y alumnas de vuestro colegio? al grupo de participantes en la formación inicial dentro de la primera sesión, identificando algunas diferencias y similitudes relevantes que se exploran en ese apartado. La composición fue de 30 personas, 6 hombres y 24 mujeres, de distintos centros educativos y entidades, de las diversas etapas educativas, con diferentes cargos, desde la docencia y tutoría hasta las actividades de orientación y la dirección, y sin que nadie se identificase como de origen extranjero.

La metodología fue la misma en todos los grupos, tanto de alumnos y alumnas como de profesionales, y es similar a la utilizada en otros procesos (Horno y Romeo, 2021):

- Presentación oficial del facilitador por parte de la persona designada por el centro educativo.
- Presentación del grupo de participantes (en el caso de los alumnos y alumnas, a través de juegos dinamizados por el facilitador; en los grupos de profesionales por ronda de nombres y etapas).
- Presentación secuencial de cada una de las preguntas (ver el apartado de **Resultados**), con un tiempo inicial de escritura individual en papeles adhesivos de tipo Post-It® (un color diferente para cada una), y un momento posterior de compartir en grupo y explicar lo escrito, con preguntas del facilitador, que fue colocando los papeles en el suelo generando un mapa, y paso a la pregunta siguiente.
- Hubo algunos casos de alumnos y alumnas que quisieron proponer ideas sin explicarlas públicamente en el grupo, con mensajes del tipo *“Quiero que tengas esto en cuenta, te doy el papel, pero no lo comento en el grupo, ¿te parece?”*, que el facilitador aceptó. Estas ideas se han utilizado como todas las demás, y no tienen una marca específica en los resultados. Esto no sucedió con los grupos de profesionales.
- Actividad final (juegos de distensión con alumnos y alumnas cuando dio tiempo), agradecimiento y cierre.

Como parte de la metodología, se dejó claro a todas las personas que participaron en los grupos focales, tanto estudiantes como profesionales, que su colaboración era muy importante para el proceso de conocimiento de sus realidades y de la salud mental en sus centros educativos y que, por eso mismo, se recomienda que se comparta con ellas los resultados

de este proceso, con las adaptaciones que se consideren convenientes. De hecho, hubo participantes en varios de los grupos focales que preguntaron directamente al facilitador si podrían leer el informe final resultante y se les respondió que la decisión al respecto correspondía a la dirección de cada centro educativo, pero que se incluiría una recomendación al respecto en este anexo.

Resultados

Los resultados se presentan a continuación organizados dentro de cada una de las cinco preguntas, con una estructura que se argumenta dentro de cada una de ellas. Se utilizan las siguientes formulaciones:

- **NE:** número de menciones por parte del conjunto de estudiantes (sumando los cinco grupos).
- **GE:** número de grupos de estudiantes que mencionan el tema.
- **NP:** número de menciones por parte del conjunto de profesionales (sumando los cinco grupos).
- **GP:** número de grupos de profesionales que mencionan el tema.
- **NF:** número de menciones por parte de participantes en la formación presencial.
- **GF:** número de grupos de participantes en la formación inicial que mencionan el tema (las opciones son “0” si no se ha mencionado y “1” si se ha mencionado).

Cuando se amplía la información con citas directas de estudiantes o de profesionales, estas aparecen en cursiva y entre comillas, con la referencia al tipo de persona que la planteó. Debido a la dinámica de la metodología aplicada, no es posible recuperar más información sobre la identidad de la persona (género, edad, perfil...).

Aunque en cada apartado se analizan los distintos tipos de respuestas, y se refiere a los capítulos de este manual y otros materiales del proyecto “Escuelas que protegen y cuidan la salud mental” para una argumentación más amplia,

las conclusiones recogen de manera general las ideas más relevantes, con una visión que justifica las decisiones técnicas en la estructura de los contenidos.

Pregunta 1: ¿Cómo definís la salud mental?

Tema	NE	GE	NP	GP
Descripción global	36	5	44	5
- Bienestar	19	5	34	5
- Ser feliz	3	3	3	3
- Estar sano o sana	6	3	1	1
- Otros	8	3	5	2
Dimensión interna	37	5	75	5
- Autoconocimiento	7	3	5	3
- Estabilidad, equilibrio	5	3	30	5
- Autoaceptación	3	2	3	2
- Autoestima	3	2	1	1
- Autocuidado	5	2	2	1
- Gestionar las emociones propias	5	3	11	5
- Capacidades cognitivas	4	4	4	2
- Experimentar emociones agradables	1	1	9	2
- Otros	7	4	7	2
Dimensión relacional	7	3	8	3
- Saber pedir y recibir ayuda	3	1	0	0
- Tener relaciones sanas	4	2	8	3
Dimensión vital	12	4	19	5
- Capacidad de gestionar y resolver problemas	10	4	14	5
- Aspectos espirituales	1	1	2	2
- Integración de los aspectos físicos	4	3	11	5
- Visión biopsicosocial	0	0	5	2
- Descripción a partir de elementos de falta de salud mental	12	5	8	5
- Intervención de profesionales y cuidados de salud mental	1	1	5	3

Para definir la salud mental, tanto estudiantes como profesionales destacaron los aspectos positivos. Las visiones globales fueron predominantes en todos los grupos, destacando el bienestar (19 NE, 5 GE; 34 NP, 5 GP), pero también con menciones a “Ser feliz” (3 NE, 3 GE; 3 NP, 3 GP) y a distintas formas de “Estar sano o sana” (6 NE, 3 GE; 1 NP, 1 GP) y otras formulaciones generales.

Las tres dimensiones de conexiones (ver el **Capítulo 1. Una visión global de la salud mental**) aparecieron con una distribución muy irregular. La **conexión interna** fue la más prevalente para definir la salud mental (37 NE, GE 5; 75 NP, 5 GP). En esta dimensión destacaron la estabilidad y el equilibrio (5 NE, 3 GE; 30 NP, 5 GP) y gestionar las emociones propias (5 NE 3 GE; 11 NP, 5 GP). Además, fueron importantes el autoconocimiento (7 NE, 3 GE; 5 NP, 3 GP) y la mención a las capacidades cognitivas (4 NE, 4 GE; 4 NP, 2 GP). Y de forma más reducida, siguieron otros aspectos relevantes con una frecuencia menor, como la autoaceptación (3 NE, 2 GE; 3 NP, 2 GP), la autoestima (3 NE, 2 GE; 1 NP, 1 GP), las distintas formas de autocuidado (5 NE, 2 GE; 2 NP, 1 GP), experimentar emociones agradables (1 NE, 1 GE; 9 NE, 2 GE) y otras variadas que no se han recogido en detalle.

La **conexión con la vida, el mundo y la trascendencia** también surgió de manera relevante entre estudiantes y profesionales (12 NE, 4 GE; 19 NP, 5 GP), especialmente enfocada en la capacidad de gestionar y resolver problemas (10 NE, 4 GE; 19 NP, 5 GP). Sin embargo, a pesar del carácter confesional de todos los centros, las menciones a los aspectos espirituales fueron muy escasos tanto en esta pregunta (1 NE, 1 GE; 2 NP, 2 GP) como en las siguientes donde podrían haber surgido.

Sin embargo, la **dimensión relacional** (7 NE, 3 GE; 8 NP, 3 GP) no fue indicada en una proporción equivalente a todas las temáticas relacionales que se recogieron entre las problemáticas de salud mental más frecuentes (pregunta 2) o en qué hacía el centro educativo que ayudaba (pregunta 3) o no (pregunta 4) a la salud mental. Es destacable que, mientras que las menciones a “Tener relaciones sanas” aparecen en cierto grado (4 NE, 2 GE; 8 NP, 3 GP), “Saber pedir y recibir ayuda” solo surge una vez, y por parte de un único grupo de estudiantes, sin que las figuras adultas lo hayan mencionado (3 NE, 1 GE; 0 NP, 0 GP).

La **visión psicosocial**, en la que una persona presentaba conjuntamente los elementos biológicos, psicológicos y relacionales, solo se identificó en cinco formulaciones de profesionales (5 NP, 2 GP), sin que hubiera estudiantes que describieran todos sus elementos, pero sí que se integraron distintos aspectos

físicos (“el cerebro”, “el cuerpo”, “el nivel físico”...) en la mayoría de los grupos (4 NE, 3 GE; 11 NP, 5 GP).

Es destacable que se utilizaron **elementos de falta de salud mental** para describir el concepto en todos los grupos (12 NE, 5 GE; 8 NP, 5 GP) y en algunos de ellos (1 NE, 1 GE; 5 NP, 3 GP) también la **intervención de profesionales y cuidados de salud mental**, como menciones a la psicología y similares, pero con proporciones mucho menores que los aspectos positivos.

Pregunta 2: ¿Qué tres temas de salud mental identificáis en los alumnos y alumnas de vuestro colegio?

Para tener una visión más amplia de las distintas problemáticas que se identifican, esta pregunta incorpora también el proceso que se hizo con el grupo de participantes en la formación inicial “Escuelas que protegen y cuidan la salud mental” durante la primera sesión en diciembre de 2023. El grupo de formación constaba de 30 personas, 6 hombres y 24 mujeres, de distintos centros educativos y entidades, que tenían el compromiso individual y de su institución para participar en 53 horas a lo largo de cinco sesiones de día completo y otras cinco sesiones de tarde, con perfiles más centrados en dirección de equipos, orientación, pastoral y tutoría, aunque la mayoría también estaba impartiendo clases. Tanto las coincidencias como las diferencias con los grupos focales realizados en los centros educativos son relevantes para el análisis final.

Temas graduales

Tema	NE	GE	NP	GP	NF	GF
Descripción global	88	5	146	5	17	1
- Ansiedad y estrés	55	5	27	4	4	1
- Bajo estado de ánimo, falta de motivación y depresión	14	4	20	5	2	1
- Baja autoestima	10	4	36	5	5	1
- Dificultades con la gestión de las emociones	6	4	46	5	5	1
- Dificultades con la atención	13	3	17	5	1	1

Todos los grupos nombraron los **temas graduales** (88 NE, 5 GE; 146 NP, 5 GP; 17 NF, 1 GF), que van desde situaciones puntuales de incomodidad hasta temáticas graves de salud mental. El **Capítulo 5. Problemas de salud mental (I): temas graduales** proporciona un marco para la interpretación de los distintos conceptos.

La **ansiedad** y el **estrés** fueron detectados más por los grupos de estudiantes (55 NE, 5 GE; 27 NP, 4 GP; 4 NF, 1 GF), con temáticas recurrentes relativas a la presión por los estudios, la autoexigencia y el perfeccionismo y que, como surgió en comentarios con profesionales de los distintos centros, no es solo una cuestión propia de los grupos socioeconómicos más altos, sino que también en las familias con menos recursos la presión por obtener buenos resultados académicos o en actividades extraescolares existe porque puede ser la vía de acceso a una vida con mejores condiciones sociales y económicas.

El **bajo estado de ánimo**, la **falta de motivación** y la **depresión** fueron mencionados ligeramente más por los grupos de profesionales (14 NE, 4 GE; 20 NP, 5 GP; 2 NF, 1 GF), aunque los grupos de estudiantes indicaron también tendencias relevantes, en la línea de *“Hay personas en mi clase que nunca quieren hacer nada, aunque sea interesante”* (estudiante). Llamó la atención que esta temática surgió en su mayoría desde una preocupación por el bienestar de los alumnos y alumnas que no tenían “ninguna ilusión”, ni “expectativas vitales”, mucho más que desde la crítica o desde una interpretación de pasividad o falta de esfuerzo.

La **baja autoestima** también fue identificada más en los grupos de profesionales, aunque también hubo estudiantes que la detectaron (10 NE, 4 GE; 36 NP, 5 GP; 5 NF, 1 GF), con formulaciones especialmente ligadas al físico, como *“Yo veo en mis compañeros mucho complejo con lo físico, por ser demasiado altos o demasiado bajos, no se sienten bien con cómo son”* (estudiante), sobre todo desde la comparación con lo que aparece en las redes sociales, pero también a veces en lo académico y en lo deportivo.

Las **dificultades con la gestión de las emociones** recibió mucha atención en casi la totalidad de los grupos (6 NE, 4 GE; 46 NP, 5 GP; 5 NF, 1 GF), especialmente entre profesionales. Mientras que las formulaciones en los grupos de estudiantes fueron más genéricas, como *“Veo a gente que les cuesta un poco gestionar sus emociones, ya sean nervios o sentimientos por cosas que les surgen, y en vez de ponerles un remedio se lo guardan y explotan en clase”* (estudiante), entre profesionales los focos fueron dos. Por un lado, surgió la **baja tolerancia a la frustración**, como en *“Entran en Me enfado,*

me decepciono y tiro la toalla rápido. Caigo muy rápido en el «No valgo»» (profesional), con una llamativa distribución desde Educación Infantil hasta ESO, Formación Profesional y Bachillerato, dejando claro que no era una cuestión de desarrollo evolutivo, sino de malestar en cualquier etapa. Por otro lado, apareció también cómo **el manejo inadecuado de las emociones causaba problemas en la gestión de conflictos**, tanto entre iguales como con figuras adultas, empeorando la dimensión relacional.

Las **dificultades con la atención** también tuvieron mucha relevancia en la mayoría de los grupos (13 NE, 3 GE; 17 NP, 5 GP; 1 NF, 1 GF), normalmente focalizados en personas concretas, como en *“Empanamiento, esta persona muchas veces desconecta y no se entera de las cosas, incluso cuando le llamamos por su nombre tarda en darse cuenta y atender”* (estudiante) y, especialmente en los grupos de profesionales, con la etiqueta de “Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad”.

Temas extremos

Tema	NE	GE	NP	GP	NF	GF
Temas extremos	19	5	52	5	31	1
- Problemas de alimentación (incluyendo trastornos de la conducta alimentaria)	4	2	9	4	5	1
- Comportamientos autolesivos (incluyendo intentos de suicidio)	9	3	22	5	22	1
- Comportamientos adictivos	4	3	9	4	2	1
- Somatizaciones y otros elementos de salud mental relacionados con problemas fisiológicos	0	0	2	1	0	0
- Trastorno del Espectro del Autismo	0	0	3	2	1	1
- Problemas asociados a la discapacidad	0	0	0	0	0	0
- Trauma (explícitamente)	0	0	0	0	0	0
- Trauma (implícitamente, sin mencionar el término pero describiendo el fenómeno a través de indicadores y situaciones)	?	5	?	5	?	1
- Otros	2	2	7	5	1	1

Como era de esperar, los **temas extremos** fueron menos frecuentes, y fueron nombrados más por profesionales que por estudiantes (19 NE, 5 GE; 52 NP, 5 GP; 31 NF, 1 GF). Es importante destacar que cuando se mencionaron situaciones con esta temática, se referían a un número muy bajo de alumnos y alumnas, pero que, por su gravedad, eran conocidos en todo el centro educativo (incluyendo las etapas de menor edad, como Primaria). En el **Capítulo 6. Problemas de salud mental (II): temas extremos** de este manual se explica la conceptualización de cada uno de los que aparecieron en los grupos focales.

Sin embargo, debido a la invisibilidad del trauma en todos los grupos (el término no apareció en ninguno de ellos, ni siquiera entre profesionales), se dedica un capítulo específico en el manual, el **Capítulo 7. Problemas de salud mental (III): el trauma**, a abordar esta temática. Aunque la explicación está más desarrollada allí, es destacable que muchos de los indicadores de trauma han aparecido en los grupos, tanto de estudiantes como de profesionales, así como explicación de situaciones susceptibles de causar efectos traumáticos, pero sin el contexto de la historia personal del alumno o alumna afectado no es posible apuntar hacia una identificación definitiva del trauma. Así, asumiremos que en todos los grupos se mencionaron casos de trauma, aunque los indicadores no se puedan cuantificar con precisión (sirvan como orientación los intentos autolíticos o los trastornos de conducta alimentaria, que correlacionan en muchos casos con experiencias traumáticas).

Los **problemas de alimentación** aparecieron en muchos grupos (4 NE, 2 GE; 9 NP, 4 GP; 5 NF, 1 GF), pero la conceptualización variaba entre estudiantes, con formulaciones como *“Hay gente que tiene problemas alimenticios, están muy delgados y me preocupa”*, frente a la terminología más técnica aparecida entre profesionales (*“trastornos de la conducta alimentaria”, “anorexia”, “bulimia”*...).

Los **comportamientos autolesivos, incluyendo intentos de suicidio**, preocupaban especialmente a los grupos de profesionales, con una relevancia extraordinaria en el grupo de la formación inicial, de más de dos tercios de participantes (9 NE, 3 GE; 22 NP, 5 GP; 22 NF, 1 GF). Los grupos de estudiantes mencionaron principalmente situaciones de intentos de suicidio, a veces con percepciones distintas en el mismo centro educativo (*“Conozco a una persona que ha tenido pensamientos suicidas, pero el colegio ha actuado y ahora está mejor”* frente a *“Hay una persona que ha tenido muchos pensamientos suicidas, el colegio lo ha dicho y sus padres lo saben y no la han llevado al psicólogo ni nada”*). Sin embargo, los grupos de profesionales nombraron de manera separada la ideación suicida, con o sin intentos concretos, de los comportamientos autolíticos,

entendiendo la variabilidad de los procesos (aunque las consecuencias puedan ser fatales en ambos casos).

Los **comportamientos adictivos** tuvieron menor visibilidad, aunque surgieron en la mayoría de grupos (4 NE, 3 GE; 10 NP, 4 GP; 2 NF, 1 GF). El foco tanto de los grupos de estudiantes como de profesionales estuvo más en comportamientos preocupantes ante el uso excesivo de dispositivos electrónicos y redes sociales que en el uso y abuso de sustancias.

Fue interesante ver en un grupo de profesionales (0 NE, 0 GE; 2 NP, 1 GP; 0 NF, 0 GF) la mención a las **somatizaciones** y otros elementos de salud mental relacionados con problemas fisiológicos, con verbalizaciones en la línea de *“El crecimiento tan grande de alergias e intolerancias yo creo que tiene que ver con lo psicológico también”*. Esta temática se aborda, aunque de manera introductoria, en el capítulo 6, con una visión general, y en el capítulo 7, con una perspectiva de trauma.

El **Trastorno del Espectro del Autismo**, una de las temáticas más relevantes en la literatura de salud mental infantojuvenil (ver el análisis en el capítulo 6), prácticamente no apareció (0 NE, 0 GE; 3 NP, 2 GP; 1 NF, 1 GF), cuando la mayoría de centros educativos visitados tenían programas específicos de atención a esta población, e incluso contaban con acreditaciones oficiales al respecto. De hecho, las escasas menciones fueron dirigidas a posibles casos que no se detectaban bien, o que las familias no estaban dispuestas a aceptar en sus propios hijos e hijas. Queda la duda de si esto se debe a que la integración es tan completa que no se percibe esta situación como una “problemática de salud mental”, o si más bien es una temática compleja que, para no provocar malas interpretaciones y dar una imagen de “falta de sensibilidad”, los grupos de docentes prefirieron evitar.

Los **problemas asociados a la discapacidad**, tanto intelectual como física, siguieron una línea similar a la del Trastorno del Espectro del Autismo, sin ninguna formulación en ninguno de los grupos, incluso en los centros con atención específica a alumnado con discapacidad. Las dudas son las mismas respecto a una causa en la integración tan positiva que no contempla esta situación como una temática de salud mental o, por el contrario, en la invisibilidad social.

Aunque, por su especificidad no se desarrollan en este manual, es interesante recoger algunos de los otros temas identificados como extremos (2 NE, 2 GE; 7 NP, 5 GP; 1 NF, 1 GF), como la **dismorfia muscular**, conocida también como **vigorexia**, identificada básicamente por docentes de Educación Física (0 NE, 0 GE; 2 NP, 2 GP; 1 NF, 1 GF) con mensajes como *“Vienen chicos, varones, a*

preguntarme sobre sustancias que están tomando para mejorar su masa muscular, y a mí me parece un peligro”, los **pensamientos obsesivos**, el **Trastorno Límite de la Personalidad** y el nombrado como “*Trastorno múltiple de la personalidad*”. Todos ellos revelan situaciones más específicas con alumnos y alumnas de sus centros que requieren una intervención profesional acorde con las necesidades detectadas.

Temas relacionales

Tema	NE	GE	NP	GP	NF	GF
Temas relacionales	125	5	89	5	18	1
- Relaciones insuficientes o dañinas con las figuras parentales	10	2	30	5	6	1
- Relaciones insatisfactorias o dañinas con otras figuras adultas	0	0	0	0	0	0
- Relaciones insatisfactorias o dañinas con sus iguales (sin incluir el aislamiento ni la violencia)	24	5	18	5	1	1
- Aislamiento	37	5	13	5	7	1
- Problemas de comportamiento (sean o no trastornos de conducta)	18	4	15	5	5	1
- Sufrir o ejercer violencia	36	5	13	4	4	1
- Violencia física	11	4	2	2	0	0
- Violencia psicológica	22	5	3	2	0	0
- Violencia sexual	0	0	0	0	1	1
- Acoso entre iguales	1	1	3	2	1	1
- Ciberacoso	0	0	1	1	0	0
- Violencia de género	0	0	0	0	1	1
- Maltrato familiar	2	1	3	1	0	0
- Negligencia	0	0	0	0	0	0
- Falta de empatía	7	2	4	2	0	0

El **Capítulo 8. Problemas de salud mental (IV): temas relacionales** expone la justificación de tener una categoría de temas relacionales, explicando que las relaciones insatisfactorias, insuficientes o dañinas pueden afectar a la salud mental en muchos ámbitos, y se entienden mejor desde una visión de la conexión con otras personas. Las opiniones recogidas en los grupos focales sostienen este planteamiento (125 NE, 5 GE; 89 NP, 5 GP; 18 NF, 1 GF), con una sensibilidad diferente entre estudiantes y profesionales según la temática.

Las **relaciones insuficientes o dañinas con las figuras parentales** aparecieron en pocos grupos de estudiantes (especialmente en un solo centro), pero fueron altas entre los grupos de profesionales (10 NE, 5 GE; 30 NP, 5 GP; 6 NF, 1 GF). Entre estudiantes las preocupaciones principales fueron la exigencia excesiva, los conflictos parentales que afectan a la vida familiar (*“Me han contado muchos en mi clase que como sus padres se pelean y se divorcian, están tristes en el patio”*, estudiante) y alguna situación de malos tratos, mientras que los grupos de profesionales se centraron más en las carencias de afecto y en la atención proporcionada (*“Falta de cariño por parte de sus familias, que hacen que sientan falta de valía y afecta a su autoestima”*, profesional), en la sobreprotección (*“Sobreprotección que causa daño en el niño”*, profesional) y en que las figuras parentales no asumen la realidad de sus hijos e hijas, como las necesidades educativas especiales (*“Las familias no asumen las dificultades reales de sus hijos, dicen que ya se les pasará o que ya madurarán, y no ponen los remedios necesarios, incluso aunque se los ofrezcamos desde el colegio”*, profesional).

Aunque se preveía que una de las problemáticas relevantes serían también las **relaciones insatisfactorias o dañinas con otras figuras adultas**, desde el personal del centro educativo hasta otras personas de la vida de los alumnos y alumnas (en el cuidado doméstico, dentro de la familia extensa, en actividades de ocio y tiempo libre o en otros entornos), no hubo ningún comentario en esta categoría en ninguno de los grupos, ni de estudiantes ni de profesionales. El hecho de que, sin embargo, en la pregunta 4 hubiera muchas menciones a actuaciones de profesionales del centro educativo que no ayudaban a la salud mental podría apuntar a que lo que se cuestionaba en ese punto eran las acciones concretas, pero no la relación, que era suficientemente segura en la mayoría de situaciones. Es una cuestión que escapa al alcance de esta valoración, pero merecería profundizar en ella en futuros procesos.

Las **relaciones insatisfactorias o dañinas con sus iguales** (sin incluir el aislamiento ni la violencia) aparecieron como una temática grave en todos los grupos (24 NE, 5 GE; 18 NP, 5 GP; 1 NF, 1 GF). Mientras que los grupos de estudiantes se centraron en las relaciones sin respeto propio ni hacia otras personas (*“Hay alguien que es muy desagradable hasta con sus amigos”*, estudiante), y también en las relaciones basadas en la sumisión, los grupos de profesionales, aparte de esas temáticas, añadieron también el rechazo a las personas con diferencias (*“Veo una presión por la homogeneidad, todos quieren ser como todos los demás”*, profesional) y aportaron matices a la sumisión (*“Han normalizado el maltrato como forma de ser aceptados”*, profesional).

Por su relevancia en todos los grupos, se ha priorizado visibilizar el alto nivel de preocupación por el **aislamiento** y la **soledad** de los alumnos y alumnas (37 NE, 5 GE; 13 NP, 5 GP; 7 NF, 1 GF). El análisis de los grupos tanto de estudiantes como de profesionales reveló que les llamaba la atención tanto el aislamiento y soledad de forma más genérica e indeterminada (*“Hay personas que siempre están solas y no se relacionan con nadie”*, estudiante; *“Falta de pertenencia a un grupo: sensación de soledad”*, profesional) como las dificultades para socializar (*“Yo me preocupo por una persona que antes hablaba y ahora prácticamente nunca lo hace”*, estudiante; *“Meterse en su mundo”*, profesional) y las dificultades para pedir y recibir ayuda (*“Hay personas que fingen sus sonrisas para que los profesores no se den cuenta de que están mal”*, estudiante).

Se ha optado por categorizar en un grupo genérico todos los **problemas de comportamiento** (sean o no trastornos de conducta), muy mencionados (18 NE, 5 GE; 15 NP, 5 GP; 5 NF, 1 GF), porque la formulación en la mayoría de los casos se ha dirigido a cuestiones relacionales, como que el comportamiento de ciertas personas en clase afecta al aprendizaje del resto (*“Hay gente que molesta mientras que el resto está intentando hacer algo necesario y obligatorio [atender en clase o hacer las tareas]”*, estudiante) y la valoración de “impulsividad” especialmente entre docentes (*“Desequilibrios: respuestas desproporcionadas, actuaciones y gestos fuera de tono, ira, reacciones violentas”*, profesional).

Se ha creado también una categoría propia que recoge todas las alusiones a **sufrir o ejercer violencia**, que afecta a la salud mental y que apareció en todos los grupos de estudiantes con una tasa mucho mayor que entre los grupos de profesionales (36 NE, 5 GE; 13 NP, 4 GP; 4 NF, 1 GF), habiendo un grupo de profesionales que no llegó a mencionar elementos de esta temática, aparte de la impulsividad. Se podría aventurar la conclusión de que, tal vez, los programas de protección de la infancia que los centros educativos están implementando no están teniendo el efecto deseado, ya que los grupos de estudiantes sí detectaron estas temáticas, mientras que en los grupos de profesionales las citaron mucho menos. Así, los números destacaron en la violencia física (11 NE, 5 GE; 2 NP, 2 GP; 0 NF, 0 GF) y en la violencia psicológica (22 NE, 5 GE; 3 NP, 2 GP; 0 NF, 0 GF) especialmente entre estudiantes. Por contra, en el resto de categorías las menciones de profesionales fueron mayores, aunque bajas, como la violencia sexual (solo mencionada en el grupo de participantes de la formación inicial, 1 NF, 1 GF), el acoso entre iguales (1 NE, 1 GE; 3 NP, 2 GP; 1 NF, 1GF), el ciberacoso (0 NE, 0 GE; 1 NP, 1 GE; 0 NF, 1 GF), la violencia de género (solo una mención en el grupo de participantes de la formación inicial, 1 NF, 1 GF) y el maltrato familiar (2 NE, 1 GE; 3 NP, 0 GP; 0 NF, 0 GF). La

negligencia, una forma especialmente sutil de violencia (Romeo y Horno, 2021, apartado 2.1.4. “Negligencia: la violencia por omisión”) no fue mencionada por ningún grupo, aunque las faltas de atención y de afecto podrían aplicarse.

Fue interesante también ver la aparición de la categoría de “**Falta de empatía**” (7 NE, 2 GE; 4 NP, 2 GP; 0 NF, 0 GF). Es claro que las dificultades para experimentar empatía correlacionan con muchos problemas relacionales, especialmente con la crueldad y la violencia, de modo que por respetar las formulaciones aparecidas se han dejado en este grupo. Sin embargo, los orígenes de la falta de empatía suelen estar en una baja autoestima de los niños, niñas y adolescentes y en dificultades para sentir una compasión apropiada hacia sus propias vivencias, que se extienden a otras personas. En el Capítulo 5 se explica este proceso en más detalle.

Temas sociales, culturales y estructurales

Tema	NE	GE	NP	GP	NF	GF
Temas sociales, culturales y estructurales	12	4	31	5	15	1
- Estructuras familiares que generan inseguridad	8	3	16	5	2	1
- Problemas causados por situaciones de desventaja social	2	2	3	2	3	1
- Discriminación social	0	0	0	0	3	1
- Referentes sociales inadecuados	1	1	12	3	7	1

La influencia tan relevante de los aspectos sociales, culturales y estructurales en la salud mental aparece desarrollada en el **Capítulo 9. Problemas de salud mental (V): temas sociales, culturales y estructurales** y fue reconocida en la mayoría de grupos (12 NE, 4 GE; 31 NP, 5 GP; 15 NF, 1 GF), destacando el grupo de participantes en la formación inicial, con muchas observaciones al respecto (y que fue el único grupo que mencionó los cuatro ámbitos fundamentales).

Las **estructuras familiares que generan inseguridad** fueron el elemento más identificado, y el único con menciones repetidas en los grupos de estudiantes (8 NE, 3 GE; 15 NP, 4 GP; 2 NF, 1 GF). Las temáticas identificadas fueron los conflictos familiares, los nuevos modelos familiares no bien manejados o integrados (“*Dificultades emocionales relacionadas con el nuevo concepto*”).

de familia [reconstituida]”, profesional; *“Adopciones internacionales cuando llegan a la adolescencia”*, profesional; *“Problemas emocionales relacionados por ser concebido por fecundación in vitro [por donante, que dificulta tener una historia personal que encaje en las narrativas habituales dentro de la sociedad]”*, profesional) y los problemas de salud mental en las propias figuras parentales (*“Problema de [tener] familias desestructuradas: afecta a los estados de ánimo”*, profesional).

Los problemas causados por situaciones de **desventaja social** fueron mucho menos frecuentes (2 NE, 2 GE; 3 NP, 4 GP; 3 NF, 1 GF), con menciones a dificultades económicas (*“Una persona está preocupada por una situación social de la familia y está pensando en lo que puede pasar todo el tiempo”*, estudiante; *“Pobreza”*, dos profesionales) y a problemas asociados a migraciones (duelo migratorio y relación con la cultura de origen).

La **discriminación social**, uno de los elementos clave en los problemas de salud mental, sin embargo, no fue mencionada nada más que en el grupo de participantes en la formación inicial (0 NE, 0 GE; 0 NP, 0 GP; 3 NF, 1 GF), con temas específicos que se habían encontrado en su trabajo específicamente en el abordaje de identidades y orientaciones de género LGTBIQ+ (con más problemas en la aceptación por parte de las familias que en la integración en la vida escolar con su personalidad completa). Llama la atención que, especialmente los temas de nacionalidad e identidad étnica y de discapacidad no hayan sido mencionados, ni por estudiantes (que, en muchos casos, por su apariencia física que revelaba un origen extranjero debían de estar sufriendo formas de discriminación) ni por profesionales (que trabajaban con esos perfiles diariamente), y confirma la importancia de visibilizar esta temática en la salud mental.

Por último, los **referentes sociales inadecuados** aparecieron en varios de los grupos (1 NE, 1 GE; 12 NP, 3 GP; 7 NF, 1 GF), con menciones al desajuste entre edad cronológica y edad mental (*“Hiperrresponsabilidad e hiporresponsabilidad”*, profesional), tanto por encima (*“Hay compañeros que van teniendo conversaciones que no deberían tener [con siete años no deberían hablar de si tienen novios o de cosas de sexo] y actúan como si fueran ya mayores”*, estudiante; *“Veo que queman etapas. En Educación Infantil me encuentro con niños que celebran el cumpleaños en una discoteca adaptada, o que se van ocho a merendar con una sola cuidadora. Me parece que no es lo apropiado para niños de cuatro o cinco años”*, profesional) como por debajo (*“Inmadurez, proyecto de vida simple y superficial”*, profesional), y con referencias a la sexualización inapropiada (*Niños muy sexualizados a edades*

muy tempranas”, profesional) y a los efectos negativos de los medios y las redes sociales en las aspiraciones y creencias respecto a la vida.

Pregunta 3: ¿Qué está haciendo vuestro colegio que ayuda o mejora las situaciones de salud mental del alumnado?

Tema	NE	GE	NP	GP
Cercanía del profesorado	45	5	71	5
- Atención y escucha	27	5	47	5
- Resolución de problemas de relación	8	4	0	0
- Apoyo y motivación en lo académico	4	3	0	0
- Amabilidad y paciencia con los alumnos y alumnas	2	2	0	0
- Calidez y afecto	3	2	21	4
- Calidad como profesionales	1	1	3	2
Aplicación de medidas correctivas coherentes	4	4	1	1
Existencia de alumnos y alumnas con cargos especiales (delegados y delegadas, ayudantes, equipos de mediación...) como figuras que pueden intervenir en situaciones	3	3	3	2
Interés por abordar temas de salud mental	2	1	9	3
Sistemas que sirven para prevenir, detectar e intervenir ante situaciones de salud mental	10	4	13	4
- Existencia del Departamento de Orientación, que interviene también en el ámbito de la salud mental	4	2	10	4
- Existencia de protocolos de actuación para la detección y el seguimiento de los problemas de salud mental	0	0	1	1
- Existencia de profesionales de la psicología que ofrecen atención psicoterapéutica dentro del centro	4	1	0	0
Otras actuaciones que favorecen la salud mental	10	4	10	4

Los comentarios sobre las acciones del colegio (y sus profesionales) que ayudan o mejoran las situaciones de salud mental del alumnado generaron algunas respuestas muy diferentes entre los grupos de estudiantes y los de profesionales.

La **cercanía del profesorado** fue, claramente, el elemento más valorado (45 NE, 5 GE; 71 NP, 5 GP), pero las acciones concretas variaron mucho en identificación. Tanto los grupos de estudiantes como los grupos de profesionales destacaron la atención y la escucha (27 NE, 5 GE; 47 NP, 5 GP), incluso con terminología común dentro de cada centro, como “Escucha” o

“Acompañamiento”, pero los grupos de estudiantes detallaron otras acciones de cercanía del profesorado que los grupos de profesionales no llegaron a mencionar, como la resolución de problemas de relación tanto dentro de la clase como mediando con otros profesores y profesoras (8 NE, 4 GE; 0 NP, 0 GP), el apoyo y la motivación en lo académico (4 NE, 3 GE; 0 NP, 0 GP) y la amabilidad y paciencia con los alumnos y alumnas (2 NE, 2 GE; 0 NP, 0 GP). En el sentido contrario, los grupos de profesionales valoraron mucho más la calidez y el afecto que ofrecían sus centros que lo que percibían los grupos de estudiantes (3 NE, 2 GE; 21 NP, 4 GP). La calidad como profesionales fue mencionada relacionada siempre con la cercanía (1 NE, 1 GE; 3 NP, 2 GP).

La **aplicación de medidas correctivas coherentes** apareció principalmente en los grupos de estudiantes (4 NE, 4 GE; 1 NP, 1 GP), valorando la justicia y que las medidas ayuden a reparar las situaciones (“*Aunque alguien se porte mal, los profesores le ofrecen que si se esfuerza y hace las cosas mejor, le irá bien*”, estudiante), y, como se verá en la pregunta 4, gran parte de las preocupaciones vienen de cuando no se hace así.

Según los comentarios iniciales al organizar las visitas y las sesiones formativas, parecía que la **existencia de alumnos y alumnas con cargos especiales** (delegados y delegadas, ayudantes, equipos de mediación...) en los centros educativos como figuras que pueden intervenir en situaciones de salud mental tendría bastante relevancia. Sin embargo, se mencionó muy poco (3 NE; 3 GE; 3 NP, 2 GP), incluso en grupos que estaban formados principalmente por estudiantes con esas responsabilidades, y que estaban detectando situaciones y pidiendo ayuda para personas de sus clases. Serían necesarios más datos para comprender esta respuesta.

Es especialmente llamativo que en una actividad como esta hayan aparecido tan escasas referencias a distintas acciones que reflejen el **interés del centro educativo por abordar temas de salud mental** (2 NE, 1 GE; 9 NP, 3 GP), aunque hayan sido positivas (“*Las charlas y las actividades de pastoral [nos ayudan], porque tratamos estos temas*”, estudiante).

Sin embargo, los **sistemas que sirven para prevenir, detectar e intervenir ante situaciones de salud mental** fueron comentados con mayor frecuencia, aunque con poca visibilidad para los grupos de estudiantes en general (10 NE, 4 GE; 13 NP, 4 GP). El recurso fundamental fue el Departamento de Orientación, con intervenciones también en salud mental (4 NE, 2 GE; 10 NP, 4 GP), y solo hubo una mención a la existencia de protocolos de actuación para la detección y seguimiento de los problemas de salud mental (0 NE, 0 GE;

1 NP, 1 GP), cuando la mayoría de los centros tenían sistemas de protección de la infancia. En un centro con un programa de atención psicoterapéutica con recursos externos, ese programa fue muy bien valorado por el grupo de estudiantes, pero sin mención por parte del grupo de profesionales (4 NE, 1 GE; 0 NP, 0 GP). También se mencionó la existencia de un buzón para la comunicación de situaciones en un grupo de estudiantes (*“Explicar diferentes tipos de acoso o problemas mentales, y el buzón (que tenemos para comunicar anónimamente cosas que nos preocupan)”*, estudiante), y alguna práctica específica en la línea de atención a la salud mental (*“Hay unos profesores que se ofrecen para que los alumnos puedan salir de clase a hablar de problemas que tengan [como las tutorías, pero no es para todo el mundo]”*, estudiante).

Por último, aparecieron también distintos comentarios de **otras actuaciones** que favorecen la salud mental desde los centros educativos (10 NE, 4 GE; 10 NP, 4 GP), como las ayudas económicas a familias con dificultades, el acompañamiento específico desde el Departamento de Pastoral, y otras acciones muy variadas.

Pregunta 4: ¿Qué está haciendo vuestro colegio que no ayuda o que empeora las situaciones de salud mental del alumnado?

Tema	NE	GE	NP	GP
Comportamiento inadecuado de ciertos profesores y profesoras	68	5	3	2
- Humillación	9	3	0	0
- Faltas de respeto	11	5	0	0
- Asimetría en el trato	2	2	0	0
- Tratamiento basado en preferencias y rechazo hacia estudiantes individuales (“favoritismos” y “manías”)	18	5	0	0
- Inadecuada gestión de sus propias emociones	5	3	0	0
- Falta de motivación por dar clase	2	1	0	0
- Motivación solo por lo académico, sin tener en cuenta otras dimensiones de la persona	3	2	0	0
- Metodologías inadecuadas	10	4	1	1
Aplicación de medidas correctivas inadecuadas	29	4	6	3
- Castigos a toda la clase por comportamiento inadecuado de estudiantes individuales	8	2	1	1
- Intervenciones que no corrigen el comportamiento	9	4	2	2
- Falta de intervención ante situaciones inadecuadas	7	4	4	1

ANEXO: UN DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO SOBRE LA SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL DEL ALUMNADO EN CENTROS EDUCATIVOS

- Acusar sin pruebas	2	2	0	0
- Tratamiento diferencial a personas con discapacidad	2	1	0	0
Falta de formación y conceptualización inadecuada de los problemas de salud mental	10	3	20	5
- No comprender o detectar los problemas de salud mental	0	0	10	5
- Actuaciones inadecuadas ante problemas de salud mental	10	3	10	5
Profesorado sobrecargado y con falta de cuidado	0	0	22	5
- Falta de personal en general	0	0	3	2
- Falta de profesionales con formación específica para atención a temas de salud mental	0	0	3	2
- Sensación de sobrecarga hacia el profesorado y falta de cuidado por parte del colegio	0	0	10	4
Entornos que no son suficientemente seguros y protectores	2	1	7	2
- Comedor con problemas de ruido	2	1	1	1
- Insuficientes espacios y tiempos de escucha individual	0	0	6	2
Carga académica excesiva	6	3	1	1
El uso inadecuado de la figura de los delegados y delegadas de clase	1	1	0	0
Uso excesivo de tecnología y dispositivos digitales en la docencia	0	0	4	1
Otros elementos que afectan negativamente a la disponibilidad y escucha por parte del profesorado	0	0	2	2
Otros elementos que no favorecen la salud mental del alumnado	7	3	32	3

Las asimetrías en la percepción entre grupos de estudiantes y grupos de profesionales aparecieron de nuevo, y con una especial claridad, al preguntar sobre las acciones del colegio que no ayudaban o que incluso empeoraban la salud mental del alumnado, y muy especialmente en el **comportamiento inadecuado de ciertos profesores y profesoras y de otro personal del centro educativo** (68 NE, 5 GE; 3 GP, 2 NP), con algún comentario global reseñable (*“Poco afecto hacia los alumnos”*, profesional). Es destacable la precisión con la que los alumnos y alumnas indicaron que la mayoría de profesionales actuaban correctamente gran parte del tiempo, pero que cuando había figuras adultas que se comportaban de manera inadecuada, eso tenía un impacto muy negativo que reducía la influencia del buen hacer del resto de la comunidad educativa.

Así, las **humillaciones** (9 NE, 3 GE; 0 NP, 0 GP) podían afectar a la ansiedad o a la autoestima (“*Hay profesores que para impulsarnos nos comparan y dicen que somos la peor clase que han tenido en su carrera*”, estudiantes; “*Hay veces que dicen las notas en alto y hay gente a la que no le gusta que digan su nota, porque luego los demás comentan que si no ha estudiado suficiente o que si no sabe, cuando en realidad no saben qué le ha pasado*”, estudiante; “*Hay veces que humillan a alumnos*”, estudiante).

Las **faltas de respeto** tenían un impacto en el bienestar psicológico (11 NE, 5 GE; 0 NP, 0 GP), tanto en personas concretas (“*A veces los profesores son muy directos [desagradables] hablando con un alumno. Aunque tengan razón en lo que dicen, se puede decir de manera que enseñe y no moleste*”, estudiante; “*Hay alumnos a los que no les dan importancia*”, estudiante; “*Una profesora trata mal a una alumna, y si esta se defiende, la profesora se hace la víctima*”, estudiante) como en la clase completa (“*Desprecian a clases completas*”, estudiante).

La **asimetría en el trato** (2 NE, 2 GE; 0 NP, 0 GP) también generaba inseguridad e imprevisibilidad, como la exigencia en la entrega de actividades pero incumplimiento de los plazos de devolución de las actividades y de los exámenes corregidos.

También provocaba inseguridad y desmotivación el **tratamiento basado en preferencias y rechazo** hacia alumnos y alumnas individuales (“favoritismos” y “manías”), que preocupaba en todos los grupos de estudiantes pero que no apareció entre profesionales (18 NE, 5 GE; 0 NP, 0 GP), con algunos comentarios que presentaban mucho malestar (“*Corregir mirando el nombre*”, estudiante; “*Darles mucha importancia a algunos niños y no darse cuenta de lo que les pasa a los demás*”, estudiante; “*Lo malo es que [cuando hay un conflicto] los profesores solo se fijan en uno [y no en los otros que están en el conflicto], porque eso va a hacer que se enfade más [y que no se sienta comprendido]*”, estudiante).

Además, la **inadecuada gestión que mostraban sus profesionales sobre sus propias emociones** (5 NE, 3 GE; 0 NP, 0 GP) fue percibido por algunos grupos de estudiantes como una fuente de malestar, tanto cuando la figura adulta manifestaba el enfado generado en una clase con la siguiente como el trato inadecuado a un grupo por su propio malestar emocional.

Otras menciones minoritarias, pero relevantes, fueron la **falta de motivación por dar clase** (2 NE, 1 GE; 0 NP, 0 GP) con comentarios como “*Falta de*

vocación de algunos profesores, parece que no les gusta la materia que dan, y eso se nota en clase” (estudiante), y la motivación solo por lo académico, sin tener en cuenta otras dimensiones de la persona (3 NE, 2 GE; 0 NP, 0 GP), especialmente si tiene buenos resultados académicos (“*Hay veces que se fijan solo en la nota y en quienes van peor, y si sacas una buena nota no se preocupan de cómo estás a nivel personal*”, estudiante).

Y para cerrar los comportamientos inadecuados por parte de profesionales, con un área que incluiría también aspectos más institucionales del centro educativo, hubo comentarios sobre **metodologías percibidas como inadecuadas** (10 NE, 4 GE; 1 NP, 1 GP), tanto por estudiantes (“*La forma de hacer los grupos para trabajos en la clase o para equipos de educación física no es buena, porque hacen que siempre los mismos se queden los últimos en ser elegidos, y se sienten mal. Yo creo que en clase deberían decir ‘Haced grupos de dos, tres o cuatro’, para que no se quede alguien suelto, y en deportes pensar otras formas, con más flexibilidad*”; “*Te fuerzan a sentarte con alguien para que te lleses bien con todo el mundo, pero no funciona*”; “*Nos ponen con gente que no nos cae bien y luego nos echan la bronca por discutir*”; “*En el trabajo en grupos, a veces un compañero tiene que hacer todo el trabajo y el resto del grupo no hace nada*”) como por profesionales (“*Promoción de actividades poco variadas, es todo siempre muy parecido*”).

El otro gran ámbito de asimetría entre los comentarios de los grupos de estudiantes y los de profesionales fue la **aplicación de medidas correctivas inadecuadas** (29 NE, 4 GE; 6 NP, 3 GP), entre los que destacaron los castigos a toda la clase por comportamiento inadecuado de estudiantes individuales (8 NE; 2 GE; 1 NP, 1 GP), las intervenciones que no corregían el comportamiento (9 NE, 4 GE; 2 NP, 2 GP), que dejaban las situaciones sin solución (“*Cuando hay un problema en el patio en el momento dicen algo, pero luego se repite*”, estudiante; “*Si a un niño le tratan mal los compañeros, a veces no es suficiente con que les regañen para que dejen de maltratarlo [deberían hacer algo más y que sirva de verdad]*”, estudiante; “*El Reglamento de Régimen Interno y la gestión de las expulsiones: falta de recursos personales que apoyen alternativas a las expulsiones*”, profesional) y la falta de intervención ante situaciones inadecuadas (7 NE, 4 GE; 4 NP, 1 GP), que facilitaban la perpetuación de situaciones dañinas (“*Muchas veces tardan demasiado en ver las situaciones, y cuando actúan ya es tarde o ya se ha solucionado externamente, sin los profesores*”, estudiante; “*Hay dos personas sentadas por parejas [en el aula], una de ellas trata muy mal a la otra, el que sufre se lo cuenta a su tutor y no le cambia porque no le parece bien [y la persona sigue sufriendo]*”, estudiante; “*Permisividad*”, profesionales). También hubo comentarios respecto a que

había profesionales que acusaban a estudiantes sin pruebas (2 NE, 2 GE; 0 NP, 0 GP) y respecto al tratamiento diferencial a personas con discapacidad (2 NE, 1 GE; 0 NP, 0 GP), que generaban una sensación de desprotección (“*Se justifican los actos de personas que sufren discapacidad aunque estén mal*”, estudiante).

Las respuestas más orientadas hacia la **falta de formación y conceptualización inadecuada de los problemas de salud mental** presentó unas proporciones de formulación más altas en los grupos de profesionales, que conocían mejor sus limitaciones, pero apareció también en los grupos de estudiantes (10 NE, 3 GE; 20 NP, 5 GP). Los temas fundamentales fueron que los equipos educativos no comprendían o detectaban los problemas de salud mental (0 NE, 0 GE; 10 NP, 5 GP), principalmente por falta de formación (“*Sin formación en salud mental, los profesores cometemos y cometeremos errores por voluntarismo. Pero queremos formarnos en todo y no llegamos, lógicamente*”, profesional; “*Falta de formación en estos temas*”, profesional), y las actuaciones inadecuadas ante problemas de salud mental (10 NE, 3 GE; 10 NP, 5 GP), percibidas tanto por estudiantes, que pueden decidir dejar de pedir ayuda (“*Algunas veces no ayudan psicológicamente con el suicidio u otras cosas*”; “*Hay veces que ayudan de la forma equivocada*”), como por profesionales (“*No llegar a todo el alumnado por igual, dando más oportunidades al alumnado que nos da ‘mas trabajo’ [parece que a quienes sufren en silencio no les llega nunca el momento de que les atendamos]*”; “*No estamos sensibilizando respecto a peligros ‘reales’ [se abordan temáticas que tal vez les afectan menos en el día a día]*”).

Sin embargo, la temática del **profesorado sobrecargado y con falta de cuidado** solo fue detectado por los grupos de profesionales (0 NE, 0 GE; 22 NP, 5 GP), con menciones más generales hacia la falta de personal en general (0 NE, 0 GE; 3 NP, 2 GP) (“*Falta de tiempo para atender a las familias [haría falta más horas o más personal]*”; profesional) y más específicas hacia la falta de profesionales con formación específica para la atención a los temas de salud mental (0 NE, 0 GE; 3 NP, 2 GP), especialmente más personal del área de Orientación, y la sensación de sobrecarga hacia el profesorado y la falta de cuidado por parte del colegio o de las autoridades educativas (0 NE, 0 GE; 10 NP, 4 GP) (“*La ingente cantidad de tareas de los profesores que merman su capacidad de atender y escuchar a los alumnos*”; “*Papeleo excesivo [informes...]*”).

Fue interesante constatar que los **aspectos relativos a los espacios físicos** fueron detectados de manera similar entre estudiantes y profesionales en dos de los centros, aunque los grupos de estudiantes formularon algunos como

recomendaciones de mejora (ver sus respuestas a la pregunta 5) y no como problemas inicialmente (2 NE, 1 GE; 7 NP, 2 GP). En un centro se identificó el comedor como muy ruidoso, con mucha reverberación por el tipo de acabado de las paredes, que impedía realizar las comidas con tranquilidad y que generaba muchas tensiones y conflictos. El otro tema fueron los insuficientes espacios y tiempos de escucha individual (0 NE, 0 GE; 6 NP, 2 GP) (*“Nos faltan espacios [no tenemos despachos para esto] y tiempos para poder escuchar a los alumnos con tranquilidad, es todo en los pasillos y rápido”*, profesional).

La **carga académica excesiva** podría haber sido un tema mucho más relevante, sobre todo en relación con los altos niveles de ansiedad y estrés, pero fue más moderado (6 NE, 3 GE; 1 NP, 1 GP), y entre estudiantes se refería principalmente al exceso de tareas para casa o de exámenes cuando ya hay otros puestos (*“Ponen muchos exámenes y proyectos y luego las fechas coinciden y los profesores no quieren cambiarlos”*, estudiante), mientras que un comentario profesional dirigió la atención hacia el propio sistema educativo (*“Tensión por un sistema de enseñanza que agobia [con muchas materias, exigencia]”*, profesional).

También se mencionaron de manera más esporádica **otras temáticas**, como el uso inadecuado de la figura de los delegados y delegadas de clase (1 NE, 1 GE; 0 NP, 0 GP), el uso excesivo de tecnología y dispositivos digitales en la docencia y en otros ámbitos (0 NE, 0 GE; 4 NP, 1 GP) (*“Que todo sea digital afecta también a las familias no digitalizadas, que no saben cómo hacer las cosas con el móvil”*, profesional), otros elementos que afectan negativamente a la disponibilidad y escucha por parte del profesorado (0 NE, 0 GE; 2 NP, 2 GP) como la falta de tiempo de tutoría y otros elementos variados que no favorecen la salud mental del alumnado (7 NE, 3 GE; 32 NP, 3 GP), entre los que destacan la sobreprotección y su contrario, la exigencia excesiva propia (*“Exigencia única: el único logro de valía está puesto en lo académico [que entren en una buena carrera en la universidad]”*, profesional), y la falta de recursos (*“Dificultad para abarcar todos los problemas de todos los alumnos”*, profesional). Y para terminar este apartado, es interesante destacar una reflexión que proporciona una mirada más amplia: *“En los problemas que hemos identificado en el alumnado hay muchos que también están en el claustro de profesores y que se les transfiere a los alumnos”* (profesional).

Pregunta 5: ¿Cuál sería la mejora principal que tendría que hacer vuestro colegio para mejorar la atención a la salud mental del alumnado?

Tema	NE	GE	NP	GP
Elementos físicos	4	2	3	2
- Comedor	0	0	1	1
- Patio adecuado (más grande, o con zonas cubiertas para proteger del sol y de la lluvia)	3	2	1	1
- Instalar un ascensor (en un edificio sin accesibilidad)	1	1	0	0
- Espacios más amplios	0	0	1	1
Elementos psicológicos	49	5	19	5
- Actividades de cuidado de la salud mental	21	5	6	3
- Espacios y tiempos de escucha y atención individual a los alumnos y alumnas	11	4	12	4
- Otros	17	5	1	1
- Formación para el apoyo entre iguales	2	2	0	0
- Excursiones y salidas de clase	2	1	1	1
- Una alimentación más satisfactoria	6	1	0	0
- Mayores tiempos de descanso	3	1	0	0
- Reducir o eliminar el uso del uniforme en el alumnado	3	1	0	0
- Gestión de los patios más flexible	1	1	0	0
Elementos académicos	10	4	4	2
- Reducción de la presión por lo académico	6	3	4	2
- Clases más dinámicas	4	3	0	0
Elementos relativos a las figuras adultas en el centro educativo	32	5	29	5
- Formación en salud mental	2	1	13	4
- Intervención ante las situaciones de salud mental	1	1	1	1
- Entender a los alumnos y alumnas como personas completas y no solo como estudiantes	1	1	0	0

- Asegurar un trato adecuado	18	5	0	0
- Mejor comunicación hacia estudiantes	4	4	0	0
- Mayor empatía	2	2	1	1
- Mejorar la resolución de conflictos	3	3	0	0
- Espacios de diálogo para el profesorado	0	0	2	1
- Trabajo personal del profesorado	0	0	5	3
- Cuidado institucional al profesorado	0	0	5	3
- Otros	1	1	2	1
Elementos del sistema a educativo fuera del alcance de las decisiones del centro educativo	2	2	33	4
- Contar con más recursos (de tiempos, medios y profesionales)	0	0	27	4
- Mejorar las ratios para aumentar la atención a cada alumno o alumna	1	1	4	2
- Coordinación con equipos externos	0	0	1	1
- Otros	1	1	1	1

Las propuestas de mejora se pueden agrupar en cinco grandes bloques, quedando los primeros cuatro dentro de las responsabilidades de los centros educativos y el quinto fuera de ellos, en otras instancias (normalmente las autoridades educativas y otras instituciones).

El primer bloque, relativo a los **elementos físicos**, apareció circunscrito a temas específicos de los centros educativos en concreto, y con una representación menor que las quejas al respecto (4 NE, 2 GE; 3 NP, 2 GP). Así, en el centro con problemas de reverberación en el comedor se propuso mejorar su acústica para hacer que las comidas fueran más relajadas (0 NE, 0 GE; 1 NP, 1 GP), y los patios fueron objetos de recomendaciones según los centros (3 NE, 2 GE; 1 NP, 1 GP), en un caso con espacios amplios sin protección frente a la lluvia (y el sol), con un comentario de *“Necesitamos que haya espacios techados en los patios, porque, si no, cuando llueve los alumnos no pueden salir al patio y eso afecta al bienestar psicológico de todo el mundo (profesores también)”* (profesional); en otro caso con el problema objetivo de contar con un patio muy reducido entre edificios, sin posibilidad de ampliación; y en el tercer caso la propuesta iba a mejorar el uso de los patios, para evitar que coincidan estudiantes de edades muy diferentes en sus descansos. También hubo un deseo de reestructurar los

espacios de manera general (*“Espacios más grandes y muebles que favorezcan al alumnado: ¡reestructurar los espacios!”*, profesional) y una propuesta de instalar un ascensor en un edificio sin accesibilidad a nivel motor (solo acceso a los diversos pisos mediante escaleras).

El segundo bloque, que recoge **acciones concretas para mejorar el bienestar psicológico del alumnado**, es el más relevante para los grupos de estudiantes, y tiene también importancia para los grupos de profesionales (49 NE, 5 GE; 19 NP, 5 GP).

La principal petición por parte de los grupos de estudiantes en este bloque fue **que los centros educativos organizaran actividades específicas de cuidado de la salud mental** (21 NE, 5 GE; 6 NP, 3 GP), siguiendo el modelo de las sesiones facilitadas en este proceso (*“Tener charlas como esta con todas las clases y todos los cursos”*; estudiante; *“Realizar actividades como esta, charlas con grupos pequeños, no de todo el curso, para que cada uno pueda expresarse, para sensibilizar sobre temas de salud mental como la autoestima, conocerse mejor, no estresarse con los estudios... Y que nos pregunten, porque conocer sobre el medio ambiente está bien, pero que las tutorías y las charlas se centren más en nosotros”*, combinado de múltiples estudiantes de un mismo grupo), pero también otras actividades más generales (*“Dar información sobre la importancia de la salud mental y cómo cuidarla”*, estudiante; *“Más charlas, hablar más sobre la salud mental”*, estudiante) y el uso de cuestionarios anónimos para la detección de situaciones (*“Pasar de vez en cuando un cuestionario anónimo para que los alumnos puedan expresar libremente sus preocupaciones hacia cualquier tema y así poder revisarlos luego”*, estudiante; *“Que creen un tipo de formulario sobre cómo nos sentimos nosotros en clase, si creemos que nos tratan bien, si creemos que hay alguien que excluye a alguien”*, estudiante). Además, hubo propuestas para mejorar las intervenciones, tanto pautas generales de intervención grupal (*“No obligar a ir con todo el mundo, pero enseñar a cómo saber ir con todo el mundo”*, estudiante, refiriéndose a no obligar a los alumnos y alumnas a intentar tener una buena relación con personas con las que se sienten claramente incompatibles, aunque valoran las herramientas para tener un trato correcto y para resolver los conflictos en clase sin necesidad de tener amistad) como orientaciones respecto a la atención psicológica que estaban recibiendo (*“Mejorar la atención psicológica. Todos los alumnos de mi curso que han ido a hablar con los psicólogos actuales no se sienten cómodos con ellos”*, estudiante). Los grupos de profesionales apuntaron también hacia las actividades de formación, no solo para el alumnado, sino también para las familias y para los equipos profesionales (*“Formación a todos [alumnos, padres, profesores], con más tiempo, claro”*, profesional) y alguna reflexión sobre

incorporar el movimiento (y la dimensión corporal) en la vida escolar de manera más consciente (*“Incorporar más movimiento en la vida diaria”*, profesional).

La otra gran petición en el segundo bloque fue **mejorar los espacios y tiempos de escucha y atención individual para el alumnado** (11 NE, 4 GE; 12 NP, 4 GP), tanto para crear relaciones de confianza (*“Crear el vínculo entre alumno y profesor y preguntarte e insistir si algo no va bien”*, estudiante; *“Podrían hacer que al menos una vez por mes el tutor hable con cada alumno sobre si tiene algún problema o si le ocurre algo”*, estudiante; *“Individualizar más en los alumnos para poder conocerles mejor”*, profesional; *“Más tiempo para tutorías”*, profesional) como para resolver temas pendientes (*“Que haya más tiempo para solucionar los problemas graves y no las pequeñeces, ya que hay problemas muy graves que están por resolver”*, estudiante).

El segundo bloque incluye también otras propuestas que aparecieron con baja frecuencia (17 NE, 5 GE; 1 NP, 1 GP), pero que resultaron muy relevantes. Algunas surgieron centradas en el desarrollo de recursos ante problemas psicológicos como la formación para el apoyo entre estudiantes en temas de salud mental (2 NE, 2 GE; 0 NP, 0 GP). Otras ideas estuvieron más orientadas al bienestar psicológico general, como llevar a cabo actividades de convivencia, excursiones y salidas de clase (2 NE, 1 GE; 1 NP, 1 GP), mejorar la alimentación en el comedor y en otros aspectos (6 NE, 1 GE; 0 NP, 0 GP), tener mayores tiempos de descanso (3 NE, 1 GE; 0 NP, 0 GP), reducir o eliminar el uso del uniforme en el alumnado (3 NE, 1 GE; 0 NP, 0 GP) o tener una gestión de los patios más flexible, cuando se ha optado por calendarizar las actividades de tiempo libre (1 NE, 1 GE; 0 NP, 0 GP).

El tercer bloque, orientado a los **elementos académicos** es sencillo (10 NE, 4 GE; 4 NP, 2 GP), con dos peticiones básicas: la **reducción de la presión por lo académico** (6 NE, 3 GE; 4 NP, 2 GP) con una mirada más amplia (*“No todo gira alrededor de las notas. Indicar a los alumnos que evidentemente las notas son importantes pero dar a entender que hay otras áreas personales igual de importantes”*, estudiante) y con una **mejor coordinación entre docentes** (*“Que se coordinen para las fechas de exámenes [de modo que no coincidan]”*, estudiantes), y contar con **clases más dinámicas** (4 NE, 3 GE; 0 NP, 0 GP) como una forma de mantener la motivación (*“Didacticidad: hacer las clases más didácticas/entretenidas dentro de lo que cabe, para así intentar no saturar o agobiar al alumnado”*, estudiante; *“Hacer que dé ganas dar clase, así no te desanimas en su asignatura”*, estudiante; *“En las clases, intentar sacar lo mejor de los alumnos para animarlos”*, estudiante).

El cuarto bloque agrupa todas aquellas acciones relativas a las **figuras adultas en el centro educativo**, destacadas tanto por los grupos de estudiantes como por los de profesionales (32 NE, 5 GE; 27 NP, 5 GP). Mientras que en la pregunta 4 se destacaban como puntos débiles dos áreas principales, las propuestas no fueron demasiado elevadas al respecto, ni en cuanto a la **formación en salud mental de los equipos educativos** (2 NE, 1 GE; 13 NP, 4 GP) ni respecto a las **intervenciones ante las situaciones de salud mental** (1 NE, 1GE; 1 NP, 1 GP).

En el cuarto bloque aparecieron algunas **propuestas realizadas casi exclusivamente por los grupos de estudiantes**, como entender a los alumnos y alumnas como personas completas y no solo como estudiantes (1 NE, 1 GE; 0 NP, 0 GP) o asegurar un trato adecuado (18 NE, 5 GE; 0 NP, 0 GP), en especial desde la cercanía (*“Personalizar la atención: transmitir tranquilidad, tener profesores con los que te sientas cómodo, mayor cercanía en la ESO, que también es necesaria aunque seas más pequeño, y no sentirse juzgado”*; estudiante de Bachillerato, reflexionando sobre el trato que recibió en Secundaria) y desde la equidad (*“Tratar a todo el mundo por igual (sin favoritismos ni manías)”*, estudiante; *“Que hagan las cosas más justas”*, estudiante;) y con pautas de corrección adecuadas (*“Menos faltas y comentarios [notificación a las familias sobre comportamiento inadecuado] y más enseñar a hacer las cosas bien”*, estudiante; e incluso *“Saber castigar mejor”*, estudiante). También se propusieron mejoras en la comunicación hacia estudiantes (4 NE, 4 GE; 0 NP, 0 GP), en la empatía (2 NE, 2 GE, 1 NP 1 GP) y en la resolución de conflictos (3 NE, 3 GE; 0 NP, 0 GP), con intervenciones más efectivas (*“Estar más atentos y que intenten resolver mejor los conflictos”*, estudiante; *“Los profesores podrían actuar más [cuando hay problemas] y no solo avisar”*, estudiante).

Del mismo modo, en el cuarto bloque hubo también **aportaciones solo de los grupos de profesionales**, por su visión específica de las situaciones, como contar con espacios de diálogo para el profesorado (0 NE, 0 GE; 2 NP, 1 NP) (*“Seguir fomentando momentos y estructuras de formación donde escucharnos los profesores y aprender unos de otros, y fomentar estructuras de más diálogo y participación”*, profesional); el trabajo personal del profesorado (0 NE, 0 GE; 5 NP, 3 GP) para afrontar mejor las situaciones (*“Asumir que no todo se puede conseguir. Tenemos que priorizar como profesores adónde queremos llegar, porque no lograremos hacerlo todo”*, profesional; *“Terapia para docentes”*, profesional) y el cuidado institucional al profesorado (*“Profesor feliz = alumnado feliz. Cuidar al profesorado”*, profesional; *“Contar con un claustro contento y motivado”*, profesional; *“Cuidar al cuidador”*, profesional), y otros (1 NE, 1 GE; 2 NP, 1 GP) con alguna reflexión general relevante como *“Mejorar la*

coordinación de profesionales dentro del colegio, para que cada cual desempeñe sus funciones, sin solapamientos ni vacíos” (profesional).

Por último, el quinto bloque recoge el **resto de elementos del sistema educativo que quedan normalmente fuera del alcance de las decisiones de los centros educativos**, o que para aplicarlas necesitarían contar con otras instituciones. En este sentido, la mirada adulta destaca aspectos que los grupos de estudiantes no mencionaron prácticamente (2 NE, 2 GE; 33 NP, 4 GP), posiblemente por desconocimiento de esa dimensión por parte del alumnado. La demanda principal de los grupos de profesionales fue **contar con más recursos** (0 NE, 0 GE; 27 NP, 4 GP), más tiempos (*“Más tiempo para tutorías”*, profesional), más medios (*“Más recursos para el Departamento de Orientación”*, profesional) y profesionales con dedicación a la salud mental (*“Que el centro cuente con personas con dedicación exclusiva al bienestar y a la salud mental del alumnado”*, profesional; *“Tener una persona constante siempre presente para sacar de clase a chavales que lo necesitan, en un espacio de desconexión y descompresión, para que puedan calmarse y regularse con ayuda”*, profesional). La otra petición fue **mejorar las ratios para aumentar la atención a cada alumno o alumna** (1 NE, 1 GE; 4 NP, 2 GP), y apareció hasta en un grupo de estudiantes (*“Quizás habría que reducir las ratios o añadir más profesores”*, estudiante), aunque más moderada que lo que la pregunta 4 permitía pronosticar. El resto de temas fueron mencionados solo una vez (1 NE, 1 GE; 1 NP, 1 GP), como una mejor coordinación con equipos externos para la intervención en salud mental (0 NE, 0 GE; 1 NP, 1 GP), el deseo de reducir la jornada por parte de un estudiante, o, como salía en un grupo de profesionales, *“Que la administración desvinculase el diseño del currículo de los aspectos estrictamente presupuestarios”* (profesional).

Conclusiones

La primera conclusión del proceso de sesiones de sensibilización es que **la salud mental del alumnado es un tema que interesa y que, en muchos casos, preocupa tanto a estudiantes como a profesionales**. Cuando Escuelas Católicas de Madrid recibió la petición de múltiples equipos directivos de abordar la temática de la salud mental y decidió iniciar este proceso, estaba siguiendo una **necesidad real y claramente consciente** en muchos centros educativos. Es necesario el trabajo estructurado para abordar la salud mental con toda la comunidad educativa de cada colegio.

Como segunda conclusión, queda claro que **este tipo de actividades**, como las sesiones grupales con un alto componente participativo y muy dinámicas, y otras más mantenidas en el tiempo, **son percibidas como necesarias y reciben una acogida muy buena por parte de las personas que participan en ellas**, considerándolas como una acción positiva del colegio para cuidar su salud mental y aparece entre las peticiones de mejora (*“Tener charlas como esta con todas las clases y todos los cursos”*, estudiante; *“Realizar actividades como esta, charlas con grupos pequeños, no de todo el curso, para que cada uno pueda expresarse, para sensibilizar sobre temas de salud mental como la autoestima, conocerse mejor, no estresarse con los estudios...”*, estudiantes). De hecho, en varios grupos de estudiantes surgió la petición de si podían continuar con este tipo de reuniones, a lo que se les respondió que, por supuesto, podían pedirselo a su centro educativo, con las personas de apoyo correspondientes. Es más, al terminar uno de los grupos, una alumna que había participado en el grupo focal de estudiantes le planteó a su tutora replicar parte de la actividad en una tutoría, el formador les ofreció claves insistiendo en el liderazgo de la alumna que había propuesto la actividad y al terminar la visita al centro educativo se informó de que la actividad con la clase de la alumna había resultado muy interesante y de que se seguiría trabajando el tema. La metodología está desarrollada en este anexo, de modo que se puede realizar siguiendo esas pautas, con las adaptaciones que se vean necesarias.

Y la tercera conclusión global que se puede deducir del proceso es que, efectivamente, **consultar a estudiantes y profesionales proporciona mucha información muy relevante tanto de los aspectos que identifican y les preocupan como de aquellos que no llegan a detectar**. Y la información valiosa proviene de personas con todas las variables recogidas: estudiantes y profesionales, hombres y mujeres, de unas etapas u otras, con mayor o menor experiencia (entre profesionales), sirviendo de recordatorio de que **la diversidad es una riqueza**, y de que, **preguntando adecuadamente, la información aparece**. Los contenidos de la formación inicial y de los materiales del proyecto “Escuelas que protegen y cuidan la salud mental” están diseñados para abordar las temáticas según las necesidades que aparecieron: de claridad, respecto a aquellas que preocupan más habitualmente, y de visibilidad respecto a las que no se identifican con frecuencia.

Con estas tres conclusiones generales que hemos visto se puede constatar que se cumplió con los objetivos planteados al principio de la acción tanto en la dimensión formativa como en la utilidad como diagnóstico cualitativo. Al mismo tiempo, hay otras conclusiones en los temas específicos que merece la pena destacar.

En cuanto a la **conceptualización de la salud mental**, fue muy alto el nivel de presentación a través de elementos positivos (36 NE, 5 GE; 44 NP, 5 GP), con un nivel moderado de explicación a través de elementos de falta de salud mental (12 NE, 5 GE; 8 NP, 5 GP). Aparecieron los tres tipos de conexión que sirven de modelo en el **Capítulo 1. Una visión global de la salud mental**, confirmando el enfoque inicial, con una prioridad en la dimensión interna (37 NE, 5 GE; 75 NP, 5 GP), un nivel especialmente bajo de la dimensión relacional (7 NE, 3 GE; 8 NP, 3 GP) y una proporción suficiente de la dimensión vital (12 NE, 4 GE; 19 NP, 5 GP). Dar visibilidad a la conexión con otras personas y a la conexión con el mundo, la vida y la trascendencia es un objetivo de este manual, en especial por el impacto que tienen en las temáticas de salud mental identificadas en el resto de preguntas y en las prácticas que ayudan o que perjudican. La baja visibilidad de la integración de los aspectos físicos (4 NE, 3 GE; 11 NP, 5 GP) y de la visión biopsicosocial (0 NE, 0 GE; 5 NP, 2 GP) confirmó la necesidad de despertar la sensibilidad hacia estos elementos a lo largo de los materiales del proyecto “Escuelas que protegen y cuidan la salud mental”. Una reflexión interesante, que queda sin respuesta, es si los aspectos espirituales se mencionaron en un nivel tan bajo (1 NE, 1 GE; 2 NP, 2 GP) por la tradicional separación “entre ciencia y religión” o si, a pesar de ser instituciones de la Iglesia Católica, los colegios no están llegando a transmitir a sus miembros el valor de la dimensión espiritual (católica o no, por la variedad del alumnado y sus familias y sus religiones de origen) de una forma que configure su visión de la vida.

Respecto a los **temas de salud mental que se identificaron en los alumnos y alumnas** de los colegios, se confirmaron los planteamientos iniciales, tanto para abordar las temáticas más frecuentes como para poner luz en aquellos aspectos que pasaban desapercibidos. Además, por cómo se desarrollaron los distintos grupos, se optó por una estructuración en cuatro grandes bloques, que encajan tanto con los contenidos de las sesiones como con el abordaje integral de la salud mental. Como esta parte de la actividad se realizó también dentro de la formación inicial con el grupo de participantes, con resultados muy interesantes, sus aportaciones se han incluido también en el análisis.

Los **temas graduales**, que recogen desde situaciones normales de incomodidad hasta temáticas graves, en un continuo, fueron los más mencionados (88 NE, 5 GE; 146 NP, 5 GP; 17 NF, 1 GF), como era de esperar. Reflejaron que la realidad es compleja, y que una reacción que puede ser normal en una situación, puede ampliarse y cronificarse hasta convertirse en un problema grave, como se recoge en el **Capítulo 5. Problemas de salud mental (I): temas graduales**.

Por otro lado, los **temas extremos** aparecieron con menos frecuencia, y fueron identificados más por profesionales que por estudiantes (19 NE, 5 GE; 52 NP, 5 GP; 31 NF, 1 GF). Y, como se ha explicado anteriormente, las situaciones que se comentaron respecto a esta temática se referían a un número muy bajo de alumnos y alumnas, pero, por su gran impacto, eran conocidos en todo el centro educativo (incluyendo las etapas de menor edad, como Primaria). El **Capítulo 6. Problemas de salud mental (II): temas extremos** de este manual recoge tanto las temáticas mencionadas en los grupos focales como otras que no aparecieron pero que son habituales en publicaciones sobre la salud mental infantojuvenil y que necesitan la mirada de los equipos educativos.

Al mismo tiempo, la **invisibilidad del trauma** fue evidente en todos los grupos: el término no apareció en ninguno de ellos, ni siquiera entre profesionales. Y no se mencionó el trauma a pesar de que se señalaron muchos indicadores que correlacionan altamente con esta problemática, como los intentos autolíticos (4 NE, 2 GE; 9 NP, 4 GP; 5 NF, 1 GF) o los trastornos de conducta alimentaria (9 NE, 3 GE; 22 NP, 5 GP; 22 NF, 1 GF), y que se relataron situaciones que podrían haber causado trauma. Esto justifica la asignación a esta temática de un capítulo específico en el manual, el **Capítulo 7. Problemas de salud mental (III): el trauma**. Por eso, las explicaciones que aparecen ahí tienen la intención de proporcionar claves para identificar el trauma, mucho más frecuente de lo que se detecta.

La frecuencia de la mención de los **temas relacionales** (125 NE, 5 GE; 89 NP, 5 GP; 18 NF, 1 GF), así como sus características específicas y su reconocido impacto en la salud mental hace que tengan su categoría específica, según se explica en el **Capítulo 8. Problemas de salud mental (IV): temas relacionales**. Sin embargo, las relaciones preocupantes recibieron una atención distinta entre estudiantes y profesionales. Así, mientras que los grupos de estudiantes relataron muchos más casos de relaciones insatisfactorias o dañinas con sus iguales, y en especial de violencia (que sus equipos educativos casi no detectaron), los grupos de profesionales se fijaron más en las relaciones insuficientes o dañinas de los alumnos y alumnas con sus figuras parentales. Por la relevancia que tuvo, se decidió dejar como temática propia el aislamiento y la soledad, muy preocupante para todos los grupos (37 NE, 5 GE; 13 NP, 5 GP; 7 NF, 1 GF), y que es tanto una causa como un indicador de problemas con la salud mental. Con la intención de visibilizar la dimensión interpersonal de la salud mental, se ha categorizado los problemas de comportamiento (sean o no trastornos de conducta) como temas relacionales, porque la formulación en la mayoría de los casos se ha dirigido al impacto que tienen estas cuestiones en las relaciones con distintas personas.

Para concluir con las temáticas de salud mental, la categoría de **temas sociales, culturales y estructurales** apareció en la mayoría de grupos (12 NE, 4 GE; 31 NP, 5 GP; 15 NF, 1 GF), y se explica su relevancia en el **Capítulo 9. Problemas de salud mental (V): temas sociales, culturales y estructurales**, recogiendo los aspectos de las estructuras familiares que generan inseguridad, los problemas causados por situaciones de desventaja social, la discriminación y los referentes sociales inadecuados.

Los resultados revelaron con claridad que **los centros educativos estaban llevando ya a cabo muchas acciones que ayudaban a la salud mental del alumnado**. Entre las acciones positivas destacaron la cercanía del profesorado, valorada tanto por estudiantes como por profesionales (45 NE, 5 GE; 71 NP, 5 GP), y la existencia de sistemas que sirven para prevenir, detectar e intervenir ante situaciones de salud mental, en especial del Departamento de Orientación, como apoyo a la salud mental.

Al mismo tiempo, resultó evidente que había **situaciones que mejorar**, con mucha diferencia entre el alumnado y los equipos docentes. Mientras que los grupos de estudiantes destacaron como situaciones que empeoraban su salud mental el comportamiento inadecuado de ciertos profesores y profesoras y la aplicación de medidas correctivas inadecuadas, los grupos de profesionales se centraron en la falta de formación y en la conceptualización inadecuada de los problemas de salud mental y en el profesorado sobrecargado y con falta de cuidado. Sin embargo, la carga académica excesiva no fue demasiado relevante, y las quejas iban orientadas más a la ansiedad por entregas de trabajos y exámenes que coincidían que por la amplitud del temario o por las tareas para casa.

Como última serie de datos, las **propuestas de mejora** se pueden agrupar en cinco grandes bloques. Por un lado, la importancia de las mejoras de los entornos fueron claras: un centro educativo con buenas instalaciones en general y simplemente un punto de malestar generaba una valoración global de mayor inseguridad, de modo que es importante abordar esos aspectos físicos. Por otro, los elementos psicológicos, entendidos como actividades puestas en marcha por los centros para abordar el bienestar psicológico de su alumnado fue muy relevante, destacando tanto la realización de actividades de cuidado de la salud mental como seguir apoyando y ampliando los espacios y tiempos de escucha y atención individual a los alumnos y alumnas. Los elementos académicos aparecieron con una frecuencia similar a la del resto de preguntas, revelando que se puede mejorar con una reducción de la presión por lo académico y con clases más dinámicas, pero que no tiene la urgencia de otras peticiones. Sí que destaca la frecuencia de propuestas de mejora de los elementos relativos a las

figuras adultas del centro educativo, con mayor formación en salud mental para los equipos, según los grupos de profesionales, y con actuaciones que aseguren un trato adecuado, según los grupos de estudiantes, así como con otros muchos aspectos. También quedó claro que hay acciones que quedan fuera del alcance de las decisiones de los centros educativos, en especial la dotación de más recursos (de tiempos, medios y profesionales) y mejorar las ratios para aumentar la atención a cada alumno o alumna.

Tanto las buenas prácticas como las propuestas de mejora (para evitar las actuaciones que suponen un riesgo para la salud mental) aparecen recogidas en la publicación *Las paredes educan. Los centros educativos como entornos seguros y protectores* (Romeo, 2025a), dentro del proyecto “Escuelas que protegen y cuidan la salud mental”.

Para terminar, es encomiable el **compromiso con la salud mental de los grupos de profesionales y de sus centros educativos**, a pesar de la limitación de recursos y de las problemáticas que llegan a sus entornos, y así fue reconocido por la mayoría de grupos de estudiantes que, con una mirada crítica pero constructiva, ofrecieron una visión en proceso hacia unas estructuras educativas más seguras y protectores para la salud mental.

AGRADECIMIENTOS

Toda nueva publicación se basa en el trabajo previo de muchas personas, y este manual es un caso especialmente significativo de las aportaciones por múltiples vías. El autor y Escuelas Católicas de Madrid quieren agradecer a varios grupos de personas y de entidades.

En primer lugar, al departamento Pedagógico, Pastoral e Innovación de Escuelas Católicas de Madrid que ha liderado el proceso, por impulsar sus distintos pasos y por coordinar las diferentes acciones. Detectaron la necesidad de los centros educativos de tener más formación y referencias adecuadas para responder ante las temáticas de salud mental y organizaron el proceso completo, aportando su conocimiento directo de decenas de colegios, tanto dentro de Escuelas Católicas de Madrid como en otros ámbitos educativos, en todos los pasos.

Para conocer la percepción de la salud mental desde la base fue fundamental la participación de los colegios que se ofrecieron voluntarios. Un agradecimiento especial (por orden de realización de los procesos) a los equipos directivos, a las personas que organizaron los grupos focales con estudiantes y con profesionales, a quienes participaron en esas sesiones y a quienes acompañaron durante las visitas a cada centro educativo: el Colegio San Ramón y San Antonio de Madrid, el Colegio Nuestra Señora del Recuerdo de Madrid, el Colegio Luz Casanova Usera – Fundación Educación y Evangelio de Madrid, el Colegio Salesianos El Pilar de Soto del Real y el Colegio Salesianos Ciudad de los Muchachos de Madrid. La amplia mirada hacia las distintas problemáticas y sus posibles abordajes que aparecen en este manual surgen de su sensibilidad y de su mirada, con un valor especial por la participación de los niños, niñas y adolescentes y sus impresionantes aportaciones al proceso, y con una sincera admiración hacia los equipos profesionales que les acompañan en el día a día con una humanidad y un interés encomiables, tanto cuando hay problemas como cuando no.

La formación piloto avanzada fue el espacio de prueba de los contenidos y de la metodología del proyecto “Escuelas que protegen y cuidan la salud mental” de Escuelas Católicas de Madrid. Muchas gracias a cada participante, que desde su implicación, sus dudas, sus comentarios y sus experiencias profesionales

ayudó a dar forma a lo que aparece en este manual y en el resto del proyecto. Sus aportaciones están presentes en cada página del texto.

Un agradecimiento especial también a quienes, habiendo completado la formación, se ofrecieron para revisar el documento (por orden de apellido): María Andrés Martín, Eugenia Aparicio Martínez, María José García Mendizábal, Belén Llano Fernández, Susana Pérez Jurado, Cristina Reus Piqueras y Blanca Serrano García. Las aportaciones para mejorar el contenido y la forma de este manual, en forma de comentarios, dudas, sugerencias y propuestas prácticas, ciertamente lo han hecho mejor y más completo, a pesar de las limitaciones que pueda tener.

Un agradecimiento también para Pepa Horno, autora, psicóloga y socia fundadora de Espirales Consultoría de Infancia, por la revisión del texto, y por sus valiosas ideas para hacer el proyecto más amplio y realista desde el planteamiento inicial hasta las últimas versiones de los textos.

Para concluir, este manual se basa en el trabajo previo de innumerables personas, desde las figuras profesionales que aparecen en la bibliografía hasta cada miembro de una comunidad educativa que ha ayudado a que las tareas de la educación actual tengan en cuenta la salud mental de los niños, niñas y adolescentes, de sus familias y de los equipos que les proporcionan no solo educación sino acompañamiento y apoyo en todas las dimensiones de la vida. Sigamos construyendo en esta línea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguirre Sánchez, M., Sidera-Caballero, F., Rostan-Sánchez, C., y Onandia-Hinchado, I. (2022). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su relación diagnóstica con el Trastorno por estrés postraumático infantil: Una revisión sistemática. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 9(1), 9-19. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2022.09.1.1>

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum Associates.

Aleman, C. (Ed.). (1997). *Psicoterapia Experiencial y Focusing. La aportación de E. T. Gendlin*. Desclée De Brouwer.

Amnistía Internacional. (2023). *Empujados a la oscuridad: El feed "Para ti" de TikTok fomenta la autolesión y la ideación suicida*. Amnistía Internacional. <https://www.amnesty.org/es/documents/pol40/7350/2023/es/>

Andrade, B., Guadix, I., Rial, A., y Suárez, F. (2021). *Impacto de la tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades*. UNICEF España. <https://www.unicef.es/publicacion/impacto-de-la-tecnologia-en-la-adolescencia>

Araya, C., y Moncada, L. (2016). Auto-compasión: Origen, concepto y evidencias preliminares. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 67-78. https://www.researchgate.net/publication/299656241_Auto-Compasion_Origen_concepto_y_evidencias_preliminares

Aumaitre, A., Costas, E., Sánchez, M., Taberner, P., y Vall, J. (2021). *Crecer saludable(mente). Un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia*. Save the Children España. <https://www.savethechildren.es/actualidad/informe-crecer-saludablemente-analisis-sobre-la-salud-mental-y-el-suicidio-en-la>

Aumaitre, A., Costas, E., Sánchez, M., Taberner, P., y Vall, J. (2022). *Crecer saludable(mente). Un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia. Anexo Comunidad de Madrid*. Save the Children España.

<https://www.savethechildren.es/actualidad/informe-crecer-saludablemente-analisis-sobre-la-salud-mental-y-el-suicidio-en-la>

Baim, C., y Morrison, T. (2011). *Attachment-based Practice with Adults. Understanding strategies and promoting positive change*. Pavilion.

Barrero, P., y Sánchez-Sandoval, Y. (2022). Maltrato infantil y trastornos de la conducta alimentaria en la adultez: una revisión sistemática. *Psychology, Society & Education*, 14(1), 55-65. <https://doi.org/10.21071/psye.v14i1.14174>

Bateman, A., y Fonagy, P. (2016). *Tratamiento Basado en la Mentalización para trastornos de la personalidad. Una guía práctica*. Desclée De Brouwer.

Behar, R., y De la Barra, F. (2021). Abuso sexual infantil y adolescente y su relación con trastornos alimentarios. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 59(4), 308-320. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272021000400308>

Belgrave, B. (2006). *Connect with Respect. A handbook to accompany the film of the Nonviolent Communication and Urban Beats Film Project*. Life Resources.

Belgrave, B., y Lawrie, G. (2013). *The NVC Dance Floors. Facilitator's Manual* (3ª ed.). Life Resources.

Belloch, A., y Olabarria, B. (1993). El modelo bio-psico-social: Un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. *Clínica y Salud*, 4(2), 181-190. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/812b4ba287f5ee0bc9d43bbf5bbe87fb>

Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Morata. (Trabajo original de 1979 en inglés).

Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós. (Trabajo original de 1988 en inglés).

Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecología del Desarrollo Humano*. Paidós. (Trabajo original de 1979 en inglés).

Bronfenbrenner, U. (Ed.). (2005). *Making human beings human. Bioecological perspectives on human development*. SAGE Press.

Calado, M. (2024). *Mujeres jóvenes y y trastornos de la conducta alimentaria. Impacto de los roles y estereotipos de género*. Instituto de las Mujeres

(Ministerio de Igualdad). <https://cpage.mpr.gob.es/producto/mujeres-jovenes-y-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-2/>

Campoy, I. (2013). *Estudio sobre la situación de los niños y las niñas con discapacidad en España, Cuadernos para el Debate nº 2*. UNICEF Comité Español y Huygens Editorial. <https://www.unicef.es/publicacion/estudio-sobre-la-situacion-de-los-ninos-y-las-ninas-con-discapacidad-en-espana>

Canals, J. (2021). Trastornos del comportamiento alimentario. En Fernández-Hermida, J. R., y Villamarín-Fernández, S. (Eds.), *Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1* (pp. 128-138). Consejo General de la Psicología de España. <https://www.cop.es/pdf/LibroBlanco-Volumen1.pdf>

Castellví-Obiols, P., y Piqueras, J. A. (2019). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 45-59. https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf

Cebollero, A., Bautista, P., Íñiguez, T. y Elboj, C. (2022). ¿Te importaría prestarme atención? El Phubbing en la adolescencia como reto educativo en la convivencia digital y presencial. *Revista Complutense de Educación*, 33(4), 601-610. <https://doi.org/10.5209/rced.76360>

Centro Piloto sobre Trastorno del Espectro del Autismo. (2023). *Alumnado con autismo: orientaciones generales para equipos de docentes en primaria y secundaria*. Centro Piloto sobre Trastorno del Espectro del Autismo – Real Patronato sobre Discapacidad. <https://www.rpdiscapacidad.gob.es/estudios-publicaciones/AlumnadoConAutismo.htm>

Cohen, S. (2021). Psychosocial Vulnerabilities to Upper Respiratory Infectious Illness: Implications for Susceptibility to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 16(1), 161-174. <https://doi.org/10.1177/1745691620942516>

Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. (2019). *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/>

[documentos/sociedades-justas-equidad-salud-vida-digna-informe-comision-organizacion-panamericana](#)

Comité de los Derechos del Niño [Organización de las Naciones Unidas – Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos]. (2006). *Observación general N° 9 (2006). Los derechos de los niños con discapacidad. CRC/C/GC/9*. Naciones Unidas. <https://digitallibrary.un.org/record/593891?ln=es&v=pdf>

Comité de los Derechos del Niño [Organización de las Naciones Unidas – Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos]. (2021). *Observación general núm. 25 (2021) relativa a los derechos de los niños en relación con el entorno digital. CRC/C/GC/25*. Naciones Unidas. <https://digitallibrary.un.org/record/3906061?ln=es&v=pdf>

Confederación Autismo España. (2021). *Situación del alumnado con trastorno del espectro del autismo en España. Curso 2020-2021*. Confederación Autismo España. https://autismo.org.es/wp-content/uploads/2022/10/20221024_Informe_SituacionDelAlumnadoConTEAEnEspana_AutismoEspana.pdf

Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., y Van der Kolk, B. (Eds.) (2003). *Complex Trauma in children and adolescents. White Paper from the National Child Traumatic Stress Network – Complex Trauma Force*. National Child Traumatic Stress Network. https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//complex_trauma_in_children_and_adolescents.pdf

Cornell, A. W. (1999). *El poder del Focusing*. Obelisco.

Cornell, A. W. (2016). *Focusing en la práctica clínica. La esencia del cambio*. Desclée De Brouwer.

Costa, M., y López, E. (1996). *Manual para el educador social* (3ª ed., Tomos 1 y 2). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Subdirección de información Administrativa y Publicaciones.

Crittenden, P. M. (2016). *Raising parents. Attachment, representation, and treatment* (2ª edición ampliada). Norton.

Crittenden, P. M. y Ainsworth, M. D. S. (1989). Child maltreatment and attachment theory. En D. Cicchetti y V. Carlson (Eds.), *Handbook of child maltreatment*, (pp. 432-463). Cambridge University Press.

Crittenden, P. M., y Landini, A. (2011). *Assessing adult attachment. A Dynamic-Maturational Approach to discourse analysis*. Norton.

Del Moral, C., y Burriel, C. (2024a). *Derechos #Sinconexión. Un análisis sobre derechos de la infancia y la adolescencia y su protección en el entorno digital*. Save the Children España. <https://www.savethechildren.es/actualidad/informe-derechos-sin-conexion>

Del Moral, C., y Burriel, C. (2024b). *Desinformación y discursos de odio en el entorno digital*. Save the Children España. <https://www.savethechildren.es/actualidad/informe-derechos-sin-conexion>

Díaz Ruiz, C., y Nilsson, T. (2023). Disinformation and Echo Chambers: How Disinformation Circulates on Social Media Through Identity-Driven Controversies. *Journal of Public Policy & Marketing*, 42(1), 18-35. <https://doi.org/10.1177/07439156221103852>

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Espada, J. P., Méndez, X., Orgilés, M., y Morales, A. (2021). Conducta suicida. En Fernández-Hermida, J. R., y Villamarín-Fernández, S. (Eds.), *Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1* (pp. 32-37). Consejo General de la Psicología de España. <https://www.cop.es/pdf/LibroBlanco-Volumen1.pdf>

Espinosa-Fernández, L., García-López, L. J., y Muela Martínez, J. A. (Coords.). (2019a). *Revista de Estudios de Juventud 121. Promoción de la salud y bienestar emocional en los adolescentes. Panorama actual, recursos y propuestas*. INJUVE. <https://www.injuve.es/observatorio/salud-y-sexualidad/revista-de-estudios-de-juventud-121-promocion-de-la-salud-y-bienestar-emocional-en-los-adolescentes>

Espinosa-Fernández, L., García-López, L. J., y Muela Martínez, J. A. (2019b). Una mirada hacia los jóvenes con trastornos de ansiedad. *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 11-24. https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/1._una_mirada_hacia_los_jovenes_con_trastornos_de_ansiedad.pdf

Faber, A., y Mazlish, E. (2006). *Cómo hablar para que los adolescentes le escuchen y cómo escuchar para que los adolescentes le hablen*. Medici.

Faber, A., y Mazlish, E. (2013). *Cómo hablar para que sus hijos le escuchen y cómo escuchar para que sus hijos le hablen*. Medici.

Fernández-Hermida, J. R., Martínez-Loredo, V., y González de la Roz, A. (2021). Conductas adictivas en la infancia y adolescencia. En Fernández-Hermida, J. R., y Villamarín-Fernández, S. (Eds.), *Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1* (pp. 38-53). Consejo General de la Psicología de España. <https://www.cop.es/pdf/LibroBlanco-Volumen1.pdf>

Fernández-Hermida, J. R., y Villamarín-Fernández, S. (Eds.). (2021). *Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1*. Consejo General de la Psicología de España. <https://www.cop.es/pdf/LibroBlanco-Volumen1.pdf>

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., y Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.

Fonseca-Pedrero, E., Calvo, P., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., y Al-Halabí, S. (2023). *La salud mental de los adolescentes en contextos educativos: reflexiones derivadas del estudio PSICE*. Consejo General de la Psicología de España. <https://www.infocop.es/wp-content/uploads/2023/06/ESTUDIO-PSICE.pdf>

Freyd, J. J. (2003). *Abusos sexuales en la infancia: la lógica del olvido*. Morata.

Fundación ANAR. (2022). *Conducta suicida y salud mental, en la infancia y la adolescencia en España (2012-2022), según su propio testimonio*. Fundación ANAR. <https://www.anar.org/wp-content/uploads/2022/12/Estudio-sobre-Conducta-Suicida-en-la-Infancia-y-la-Adolescencia-2012-2022.pdf>

Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (2025). *Guías, protocolos y planes de prevención y abordaje de la conducta suicida en centros educativos*. <https://www.fsme.es/adolescencia/adolescencia-guias-y-protocolos/>

Fundación FOESSA, Cáritas Diocesana de Barcelona, y Cáritas Española. (2022). *Cuidar y crecer en la fragilidad: familias, niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad*. Fundación FOESSA y Cáritas Española. <https://www.caritas.es/producto/cuidar-y-crecer-en-la-fragilidad-familias-ninos-ninas-y-adolescentes-en-situacion-de-vulnerabilidad/>

Fundación FOESSA, y Cáritas Española. (2022a). *Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España*. Fundación FOESSA y

Cáritas Española. <https://www.caritas.es/producto/evolucion-de-la-cohesion-social-y-consecuencias-de-la-covid-19-en-espana/>

Fundación FOESSA, y Cáritas Española. (2022b). *Informe sobre exclusión y desarrollo social en la Comunidad de Madrid. Resultados de la Encuesta sobre Integración y Necesidades Sociales 2021*. Fundación FOESSA y Cáritas Española. <https://www.foessa.es/informes-territoriales-2022/>

Fundación FOESSA, y Cáritas Española. (2023). *Ingresos y gastos: una ecuación que condiciona nuestra calidad de vida*. Fundación FOESSA y Cáritas Española. <https://www.caritas.es/producto/ingresos-y-gastos-una-ecuacion-que-condiciona-nuestra-calidad-de-vida/>

Fundación Secretariado Gitano (2023). *La situación educativa del alumnado gitano en España*. Fundación Secretariado Gitano. https://www.gitanos.org/estudios/la_situacion_educativa_del_alumnado_gitano_en_espana.html.es

Gendlin, E. T. (1997). *Experiencing and the creation of meaning. A philosophical and psychological approach to the subjective*. Northwestern University Press. (Trabajo original publicado en 1962).

Gendlin, E. T. (1997). Psicoterapia experiencial, en C. Alemany (Ed.), (1997). *Psicoterapia Experiencial y Focusing. La aportación de E. T. Gendlin* (pp. 143-195). Desclée De Brouwer. (Trabajo original en inglés: *Experiential psychotherapy in Current psychotherapies*, pp. 317-352, por R. Corsini (Ed.), 1973, Peacock. https://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2029.html).

Gendlin, E. T. (2021). *Focusing. El proceso y técnica del enfoque corporal* (9ª ed.). Mensajero. (Trabajo original de 1978 en inglés).

Gendlin, E. T. (1999). *El Focusing en psicoterapia. Manual del método experiencial*. Paidós.

Gendlin, E. T. (2018). *A Process Model*. Northwestern University Press.

Gilbert, P. (2015). *Terapia Centrada en la Compasión. Características distintivas*. Desclée De Brouwer.

Gilbert, P. (2018). *La mente compasiva: Una nueva forma de enfrentarse a los desafíos vitales*. Eleftheria.

Gilbert, P., y Simos, G. (Eds.). (2022). *Compassion Focused Therapy: clinical practice and applications*. Routledge.

González, A. (2010). *Trastornos disociativos. Diagnóstico y tratamiento*. Pléyades.

Gordon, T. (2006). *Técnicas Eficaces para Padres*. Medici.

Gordon, T. (2014a). *Padres Eficaz y Técnicamente preparados* (ed. digital). Gordon Training Mexico.

Gordon, T. (2014b). *Maestros Eficaz y Técnicamente preparados* (ed. digital). Gordon Training Mexico.

Grupo de trabajo del OPBE sobre evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia. (2022a). *Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia*. Ministerio de Sanidad, Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS, Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. https://doi.org/10.46995/pr_4

Grupo de trabajo del OPBE sobre evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia. (2022b). *Información sobre las autolesiones para adolescentes, familias y profesionales de la educación*. Ministerio de Sanidad, Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS, Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. <https://portal.guiasalud.es/material-pacientes/autolesiones-adolescentes-familias-profesionales-de-la-educacion/> (es el Anexo 10 de la obra anterior, publicado de forma independiente).

Hart, S. y Kindle Hodson, V. (2004). *Compassionate classroom. Relationship based teaching and learning*. Puddle Dancer Press.

Hart, S. y Kindle Hodson, V. (2008). *The no-fault classroom. Tools to resolve conflict & foster relationship intelligence*. Puddle Dancer Press.

Hart, S. y Kindle Hodson, V. (2020). *Ofrezco respeto, recibo respeto. Madres, padres, niños y niñas enriqueciendo sus vidas. 7 claves para transformar el conflicto familiar en cooperación*. Acanto.

Horno, P. (2012). *Un mapa del mundo afectivo. El viaje de la violencia al buen trato*. Boira.

Horno, P. (2017). *Educando la alegría*. Desclée De Brouwer.

Horno, P. (2018a). *La promoción de entornos seguros y protectores en Aldeas Infantiles SOS América Latina y el Caribe*. Aldeas Infantiles SOS (Oficina regional para América Latina y el Caribe). <https://www.espiralesci.es/guia-la-promocion-de-entornos-seguros-y-protectores-en-aldeas-infantiles-sos-en-america-latina-y-el-caribe-de-pepa-horno/>

Horno, P. (2018b). *La afectividad consciente como competencia profesional en Aldeas Infantiles SOS América Latina y el Caribe*. Aldeas Infantiles SOS (Oficina regional para América Latina y el Caribe). <https://www.espiralesci.es/guia-la-afectividad-consciente-como-competencia-organizacional-en-aldeas-infantiles-sos-en-america-latina-y-el-caribe-de-pepa-horno/>

Horno, P. (2020). *Metáforas para la consciencia*. Desclée De Brouwer.

Horno, P. (2021). *Definiendo la consciencia*. <https://www.espiralesci.es/articulo-definiendo-la-consciencia-de-pepa-horno-para-la-iniciativa-renovando-desde-dentro/>

Horno, P. (2022). *Individuo, comunidad y sistema*. <https://www.espiralesci.es/articulo-individuo-comunidad-y-sistema-de-pepa-horno-en-renovando-desde-dentro/>

Horno, P. (2023). *El coste emocional de trabajar en el sistema de protección*. <https://www.espiralesci.es/articulo-el-coste-emocional-de-trabajar-en-el-sistema-de-proteccion-de-pepa-horno-en-renovando-desde-dentro/>

Horno, P., Echeverría, A., y Juanas, A. (2017). *La mirada consciente en los centros de protección. Cómo transformar la intervención con niños, niñas y adolescentes*. Editorial CCS.

Horno, P., Echeverría, T., Romeo, F. J., y Campins, J. (2025). *Guía técnica para la transformación institucional del modelo de acogimiento residencial*. UNICEF España. <https://www.espiralesci.es/guia-tecnica-para-la-transformacion-institucional-del-modelo-de-acogimiento-residencial-espirales-ci-unicef-espana/>

Horno, P., y Fernández, I. (2021). *Guía de educación afectivo-sexual. Atrévete a sentir, atrévete a cuidar y cuidarte*. Ayuntamiento de Burgos. <https://www.espiralesci.es/guia-de-educacion-afectivo-sexual-para-adolescentes-atrevete-a-sentir-atrevete-a-cuidar-y-cuidarte-elaborada-por-itziar-fernandez-y-pepa-horno-para-el-ayuntamiento-de-burgos/>

Horno, P., y Fernández, I. (2024). *Crecer desde la conexión interna. Las familias ante la sexualidad infantil y adolescente*. Editorial Sentir.

Horno, P., y Romeo, F. J. (2017). *Afecto, límites y consciencia. La disciplina positiva en los programas de Aldeas Infantiles SOS*. Oficina Regional de Aldeas Infantiles SOS (Oficina regional para América Latina y el Caribe). <https://www.espiralesci.es/guia-afecto-limites-y-consciencia-de-pepa-horno-y-f-javier-romeo-para-aldeas-infantiles-sos-en-america-latina/>

Horno, P., y Romeo, F. J. (2020). *Más allá de nuestra fragilidad. Brindar seguridad a niños y niñas en los hogares de protección en la situación de emergencia y confinamiento por el COVID-19*. UNICEF España. <https://www.espiralesci.es/guias-mas-alla-de-nuestra-fragilidad-elaboradas-por-pepa-horno-y-f-javier-romeo/>

Horno, P., y Romeo, F. J. (2021). *Voces para el cambio: Guía metodológica para realizar consultas a niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial*. UNICEF España. <https://www.espiralesci.es/voces-para-el-cambio-guia-metodologica-para-realizar-consultas-a-ninos-ninas-y-adolescentes-que-se-encuentran-en-acogimiento-residencial-por-pepa-horno-y-f-javier-romeo-unicef-espana/>

Horno, P. (Coord.), Romeo, F. J. (Coord.), Assiego, V., Fernández, I., Ferreres, Á., Juan, L., y Míguez, S. (2020). *Llegar a tiempo. Niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo en España*. Aldeas Infantiles SOS de España. <https://www.espiralesci.es/investigacion-llegar-a-tiempo-ninos-ninas-y-adolescentes-en-riesgo-en-espana-espirales-ci-para-aldeas-infantiles-sos-espana/>

Horno, P., Romeo, F. J., Ferreres, Á., et al. (2017). *El acogimiento como oportunidad de vida. Referentes de buena práctica y recomendaciones para una atención idónea a niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar y residencial*. UNICEF Comité Español [UNICEF España]. <https://www.espiralesci.es/investigacion-y-guia-de-buenas-practicas-sobre-acogimiento-familiar-y-residencial-elaboradas-para-unicef-comite-espanol/>

Juan, M., Nobre-Sandoval, L. A., y Duch, M. (2022). *La prevención familiar de las adicciones. Desafíos y oportunidades de las estrategias de calidad*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2022_DGPNSD_InformePrevencionFamiliarAdicciones.pdf

King, C. A., y Merchant, C. R. (2008). *Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: a review of the literature*. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 12(3), 181-196. <https://doi.org/10.1080/13811110802101203>

Levine, P. A. (2013). *En una voz no hablada. Cómo el cuerpo libera el trauma y restaura el bienestar*. Alma Lepik.

Levine, P. A., y Kline, M. (2016). *El trauma visto por los niños. Despertar el milagro cotidiano de la curación desde la infancia hasta la adolescencia*. Eleftheria.

Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid. <https://www.bocm.es/eli/es-md/1/2023/03/22/4>

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia [LOPIVI]. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8/con>

Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M. N., Borwick, C., y Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>

López de Turiso, A. (Coord.), Andrade, B., Belmonte, O., Cuesta, C., Guadix, N., y Hernández, A. (2021). *Derechos, salud mental y educación. Un enfoque para promover la salud mental y psicosocial desde los centros educativos*. UNICEF España. <https://www.unicef.es/educa/biblioteca/cuaderno-formacion-derechos-salud-mental-educacion>

Madrid Salud (Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud). (2020). *Estudio cualitativo sobre la soledad no deseada en la población adolescente y joven del municipio de Madrid 2020*. Madrid Salud. <https://madridsalud.es/publicacionness/estudio-cualitativo-sobre-la-soledad-no-deseada-en-la-poblacion-adolescente-y-joven-del-municipio-de-madrid-2020/>

Marrone, M. (2009). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Psimática.

Mas Pérez, C. (2009). *El TDAH en la Práctica Clínica Psicológica. Clínica y Salud*, 20(3), 249-259. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/f8c1f23d6a8d8d7904fc0ea8e066b3bb>

Maté, G., y Neufeld, G. (2024). *Tus hijos te necesitan: La importancia de los padres en la crianza y el desarrollo de los niños*. Gaia. (Trabajo original de 2004).

Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N., y Muller, N. (2020). *Tratamiento basado en la mentalización para niños: Un abordaje de tiempo limitado*. Desclée De Brouwer.

Ministerio de Juventud e Infancia. (2024). *Informe del comité de personas expertas para el desarrollo de un entorno digital seguro para la juventud y la infancia*. Ministerio de Juventud e Infancia. <https://www.juventudeinfancia.gob.es/es/comunicacion/notas-prensa/comite-expertos-juventud-e-infancia-propone-107-medidas-crear-entornos>

Mitmansgruber, H., Beck, T. N., Höfer, S., y Schüßler, G. (2009). When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 448-453. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.11.013>

Montés, M., y Jiménez, A. (2023). *Vivir. Guía para familiares y educadores. Prevención del suicidio en adolescentes*. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051037.pdf>

Morales, P., y Canals, J. (2021). Trastornos del Espectro del Autismo. En Fernández-Hermida, J. R., y Villamarín-Fernández, S. (Eds.), *Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1* (pp. 149-161). Consejo General de la Psicología de España. <https://www.cop.es/pdf/LibroBlanco-Volumen1.pdf>

Muller, R. T. (2020). *El trauma y la lucha por abrirse. De la evitación a la recuperación y el crecimiento*. Desclée De Brouwer.

Neff, K. (2003). Self-Compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>

Neff, K. D. (2011), Self-Compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>

Neff, K. (2016). *Sé amable contigo mismo. El arte de la compasión hacia uno mismo*. Paidós.

Newport, C. (2021). *Minimalismo digital. En defensa de la atención en un mundo ruidoso*. Paidós.

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2024). *ESTUDES. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España*. Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm

Oficina de Investigaciones de UNICEF – Innocenti. (2020). *Mundos de influencia: ¿Cuáles son los determinantes del bienestar infantil en los países ricos? Report Card n.º 16 de Innocenti*. Oficina de Investigaciones de UNICEF – Innocenti. <https://www.unicef.org/innocenti/reports/worlds-of-influence>

Office of the Surgeon General (OSG) [Oficina del Cirujano General del gobierno de Estados Unidos]. (2023). *Our Epidemic of Loneliness and Isolation: The U.S. Surgeon General's Advisory on the Healing Effects of Social Connection and Community*. US Department of Health and Human Services. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK595227/>

Organización Mundial de la Salud – Oficina Regional para Europa [WHO Regional Office for Europe]. (2024). *Mosaic toolkit to end stigma and discrimination in mental health*. WHO Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289061384>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) [Organización Mundial de la Salud]. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Oficina

Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Trabajo original de 2002 en inglés).

Organización Panamericana de la Salud (OPS) [Organización Mundial de la Salud]. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141> (Trabajo original de 2014 en inglés).

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (en inglés, PanAmerican Health Organization, PAHO) [Organización Mundial de la Salud]. (2022). *Promoting Wellbeing and Mental Health in Schools*. PanAmerican Health Organization, PAHO. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56984>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) [Organización Mundial de la Salud]. (2023). *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. Organización Panamericana de la Salud. <https://doi.org/10.37774/9789275327715> (Trabajo original de 2022 en inglés).

Pinheiro, P. S. (2006). *Derechos del niño: Nota del Secretario General. Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños, de las Naciones Unidas*. A/61/299. Naciones Unidas. <https://digitallibrary.un.org/record/584299>

Plataforma de Infancia. (2022a). *La situación de la infancia en España 2022*. Plataforma de Infancia. <https://www.plataformadeinfancia.org/documento/informe-la-situacion-de-la-infancia-en-espana-2022/>

Plataforma de Infancia. (2022b). *Posicionamiento de la Plataforma de Infancia sobre Conciliación*. Plataforma de Infancia. <https://www.plataformadeinfancia.org/documento/posicionamiento-de-la-plataforma-de-infancia-sobre-conciliacion/>

Plataforma de Infancia. (2024a). *Análisis de la encuesta de condiciones de vida con enfoque de infancia 2024*. Plataforma de Infancia. <https://www.plataformadeinfancia.org/documento/analisis-de-la-encuesta-de-condiciones-de-vida-con-enfoque-de-infancia-2024/>

Plataforma de Infancia. (2024b). *Posicionamiento sobre salud mental infantil* (diciembre 2024). Plataforma de Infancia. <https://www.plataformadeinfancia.org/>

[org/documento/posicionamiento-sobre-salud-mental-infantil-diciembre-2024/](https://www.unicef.org/documento/posicionamiento-sobre-salud-mental-infantil-diciembre-2024/)

Ramos, P., Luna, S., Rivera, F., Moreno, C., Moreno-Maldonado, C., Leal-López, E., Majón-Valpuesta, D., Villafuerte-Díaz, A., Ciria-Barreiro, E., Velo-Ramírez, S., y Salado, V. (2024). *La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes. Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023-2024*. UNICEF España. <https://www.unicef.es/publicacion/barometro-infancia-adolescencia/informe-2023-2024>

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>

Rogers, C. R. (2023). *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica*. Paidós. (Trabajo original de 1961).

Romeo, F. J., (2019). *Acompañando las heridas del alma. Trauma en la infancia y adolescencia*. Aldeas Infantiles SOS (Oficina regional para América Latina y el Caribe). <https://www.espiralesci.es/manual-acompanando-las-heridas-del-alma-trauma-en-la-infancia-y-adolescencia-de-f-javier-romeo/>

Romeo, F. J. (2020a). *Las heridas del alma. Una guía sobre trauma para familias y profesionales*. Aldeas Infantiles SOS (Oficina regional para América Latina y el Caribe). <https://www.espiralesci.es/las-heridas-del-alma-una-guia-sobre-trauma-para-familias-y-profesionales-f-javier-romeo-aldeas-infantiles-sos-america-latina-y-el-caribe>

Romeo, F. J. (2020b). *Enseñando a ver las heridas del alma. Cómo facilitar formaciones sobre trauma en la infancia y adolescencia*. Aldeas Infantiles SOS (Oficina regional para América Latina y el Caribe). <https://www.espiralesci.es/ensenando-a-ver-las-heridas-del-alma-como-facilitar-formaciones-sobre-trauma-en-la-infancia-y-adolescencia-de-f-javier-romeo-para-aldeas-infantiles-sos-en-america-latina-y-el-caribe/>

Romeo, F. J. (2021a). *Tejer una red para sanar las heridas del alma. Gestión de Caso con abordaje de trauma en la infancia y adolescencia*. Aldeas Infantiles SOS (Oficina regional para América Latina y el Caribe). <https://www.espiralesci.es/tejer-una-red-para-sanar-las-heridas-del-alma-gestion-de-caso-con-abordaje-de-trauma-en-la-infancia-y-adolescencia-de-f-javier-romeo-para-aldeas-infantiles-sos-en-america-latina-y-el-caribe/>

Romeo, F. J. (2021b). *Acompañamos con la persona que somos*. Iniciativa Renovando desde dentro. Siete retos y propuestas de mejora del sistema de protección de la infancia en España. <https://www.espiralesci.es/articulo-acompanamos-con-la-persona-que-somos-de-f-javier-romeo-para-la-iniciativa-renovando-desde-dentro/>

Romeo, F. J. (2023). *Las heridas que pasamos por alto*. Doce claves sobre el trauma. Iniciativa Renovando desde dentro. Siete retos y propuestas de mejora del sistema de protección de la infancia en España. <https://www.espiralesci.es/articulo-las-heridas-que-pasamos-por-alto-doce-claves-sobre-el-trauma-f-javier-romeo-en-renovando-desde-dentro/>

Romeo, F. J. (2024). *Los otros*. Los sistemas de protección fuera del Sistema de Protección. Iniciativa Renovando desde dentro. Siete retos y propuestas de mejora del sistema de protección de la infancia en España. <https://www.espiralesci.es/articulo-los-otros-los-sistemas-de-proteccion-fuera-del-sistema-de-proteccion-de-f-javier-romeo-en-renovando-desde-dentro/>

Romeo, F. J. (2025a). *Las paredes educan*. Los centros educativos como entornos seguros y protectores. Escuelas Católicas de Madrid. <https://www.espiralesci.es/guia-las-paredes-educan-los-centros-educativos-como-entornos-seguros-y-protectores-f-javier-romeo-escuelas-catolicas-de-madrid>

Romeo, F. J. (2025b). *Creando escuelas que protegen y cuidan la salud mental*. Guía didáctica para la formación de los equipos educativos. Escuelas Católicas de Madrid. <https://www.espiralesci.es/guia-creando-escuelas-que-protegen-y-cuidan-la-salud-mental-f-javier-romeo-escuelas-catolicas-de-madrid>

Romeo, F. J., y Horno, P. (2018a/2018b/2018c). *Guía de actividades de prevención del abuso sexual infantil para entrenadores, entrenadoras y profesorado de educación física (para niños y niñas de entre 3 y 6 años)/(para niños y niñas de entre 7 y 12 años)/(para chicos y chicas de entre 13 y 17 años)* [materiales de la campaña “El abuso sexual infantil queda fuera de juego” de prevención y detección del abuso sexual infantil en el deporte]. Consejo Superior de Deportes, Fundación Deporte Joven y UNICEF Comité Español. <https://www.espiralesci.es/materiales-de-la-campana-el-abuso-sexual-infantil-queda-fuera-de-juego/>

Romeo, F. J., y Horno, P. (2018d). *Estándares de calidad para crear espacios seguros y protectores para los niños, niñas y adolescentes en el ámbito del deporte* [materiales de la campaña “El abuso sexual infantil queda fuera de

juego” de prevención y detección del abuso sexual infantil en el deporte]. Consejo Superior de Deportes, Fundación Deporte Joven y UNICEF Comité Español. <https://www.espiralesci.es/materiales-de-la-campana-el-abuso-sexual-infantil-queda-fuera-de-juego/>

Romeo, F. J., y Horno, P. (2021). *Ver para proteger. Claves para comprender la violencia contra niños, niñas y adolescentes y para desarrollar medidas de protección eficaces*. UNICEF España. <https://www.espiralesci.es/manual-ver-para-proteger-claves-violencia-contra-ninos-ninas-y-adolescentes-desarrollar-proteccion-f-javier-romeo-y-pepa-horno-unicef-espana/>

Romeo, F. J., y Horno, P. (2022a). *Mapeo de Riesgos y Medidas de Protección* [materiales del Sistema de Protección de la Infancia del FC Barcelona y de la Fundación FC Barcelona]. FC Barcelona. <https://www.fcbarcelona.es/es/club/proteccion-infancia> (Actualizado en 2024).

Romeo, F. J., y Horno, P. (2022b). *Protocolo de Actuación* [materiales del Sistema de Protección de la Infancia del FC Barcelona y de la Fundación FC Barcelona]. FC Barcelona. <https://www.fcbarcelona.es/es/club/proteccion-infancia> (Actualizado en 2024).

Romeo-Biedma, F. J., y Horno, P. (2022c). *Kiko y la Mano. Manual de formación para profesionales. Maestras y maestros protectores, niñas y niños protegidos. Formación en Educación Infantil para la prevención del abuso sexual infantil*. Consejo de Europa y Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. <https://www.espiralesci.es/kiko-y-la-mano-manual-formacion-para-profesionales-f-javier-romeo-pepa-horno-consejo-de-europa-ministerio/>

Romeo, F. J., y Horno, P. (2023). *Protocolo de Actuación de Protección de la Infancia y Adolescencia* [materiales del Sistema de Protección de la Infancia y Adolescencia de LALIGA]. LALIGA. <https://www.laliga.com/transparencia/cumplimiento/sistema-proteccion-infancia-adolescencia>

Rosenberg, M. B. (2022). *Comunicación NoViolenta* [sic]. *Un lenguaje de vida*. (3ª ed. ampliada). Acanto. (Trabajo original de 1999).

Rosenberg, M. B. (2022). *Una educación que enriquece la vida. La Comunicación NoViolenta* [sic] *ayuda a las escuelas a mejorar el rendimiento, reducir los conflictos y enriquecer las relaciones*. Acanto. (Trabajo original de 2003).

Ruiz, R., Tuñón, A., Fresno, J. M., Del Río, F., y Sonat, D. (2023). *Estudio sobre juventud y soledad no deseada en España*. Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada. <https://www.soledades.es/estudios/estudio-sobre-juventud-y-soledad-no-deseada-en-espana>

Sanjuán, C. (2019). *Violencia viral. Análisis de la violencia contra la infancia y la adolescencia en el entorno digital*. Save the Children España. <https://www.savethechildren.es/publicaciones/informe-violencia-viral-y-online-contra-la-infancia-y-la-adolescencia>

Sanjuán, C. (2020). *(Des)información sexual: pornografía y adolescencia. Un análisis sobre el consumo de pornografía en adolescentes y su impacto en el desarrollo y las relaciones con iguales*. Save the Children España. <https://www.savethechildren.es/informe-desinformacion-sexual-pornografia-y-adolescencia>

Save the Children. (2008). *Haciendo lo correcto por las niñas y los niños. Una guía sobre programación de derechos del niño para profesionales*. Save the Children. <https://resourcecentre.savethechildren.net/document/getting-it-right-children-practitioners-guide-child-rights-programming/> (Trabajo original de 2007 en inglés).

Save the Children El Salvador. (2020). *Fortalezcamos nuestras competencias socioemocionales: Una guía para los docentes bajo el marco de CASEL*. Save the Children El Salvador. https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/guia_socioemocional_docentes_alta_calidad_paginas_04122020-1.pdf/ (cuadernillos de trabajo: <https://resourcecentre.savethechildren.net/es/document/social-emotional-learning-distance-learning-activity-pack/>)

Silberg, J. L. (2020). *El niño superviviente. Curar el trauma del desarrollo y la disociación*. Desclée De Brouwer.

Stapert, M., y Verliefde, E. (2011). *Focusing con niños. El arte de comunicarse con los niños y los adolescentes en el colegio y en casa*. Desclée De Brouwer.

Straus, M. B. (1999). *No-talk therapy for children and adolescents*. Norton.

Straus, M. B. (2007). *Adolescent girls in crisis. Intervention and hope*. Norton.

Straus, M. B. (2017). *Treating trauma in adolescents. Development, attachment and the therapeutic relationship*. The Guilford Press.

[UNESCO] Equipo del Informe de Seguimiento de la Educación en el Mundo de la UNESCO, e International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer & Intersex Youth and Student Organisation (ILGYO). (2021). *No mires hacia otro lado: no a la exclusión del alumnado LGBTI. Informe de seguimiento de la educación en el mundo: documento de política*, 45. Código del documento: ED/GEM/MRT/2021/PP/45. UNESCO e ILGYO. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000377361_spa

UNICEF. (2013). *Estado Mundial de la Infancia 2013. Niños y niñas con discapacidad*. UNICEF. https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/EMI_informecompleto.pdf

UNICEF. (2021). *Reconocidos, contabilizados, incluidos. Utilizar los datos para arrojar luz sobre el bienestar de los niños y las niñas con discapacidad. Resumen*. UNICEF. <https://data.unicef.org/resources/children-with-disabilities-report-2021/>

UNICEF. (2022). *Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. UNICEF. <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021>

[UNICEF España] UNICEF Comité Español (Ed.). (2015). *Convención sobre los Derechos del Niño*. UNICEF Comité Español. <https://www.unicef.es/publicacion/convencion-sobre-los-derechos-del-nino> (Texto original de 1989).

UNICEF España. (2020a). *Cuadernos para la Acción Local. Medidas para la creación de entornos protectores de cuidado y recreación para la infancia y adolescencia en el post-confinamiento*. UNICEF España. <https://ciudadesamigas.org/documentos/cuadernos-accion-local-post-confinamiento-entornos-protectores/>

UNICEF España. (2020b). *Salud mental e infancia en el escenario de la COVID-19. Propuestas de UNICEF España*. UNICEF España. <https://www.unicef.es/publicacion/salud-mental-e-infancia-en-el-escenario-de-la-covid-19-propuestas-de-unicef-espana>

UNICEF España. (2023). *España: pobreza infantil en medio de la abundancia. Pobreza infantil en los países de la OCDE/UE* [Documento elaborado por UNICEF España basado en el Report Card 18 de la Oficina de Investigación

de UNICEF]. UNICEF España. <https://www.unicef.es/publicacion/informe-report-card-2023>

Van der Kolk, B. (2017). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria.

Voltas, N., y Canals, J. (2019). La depresión en la adolescencia: ¿Un problema enmascarado? *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 25-43. https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/2_la_depresion_en_la_adolescencia_un_problema_enmascarado.pdf

Voltas, N., y Canals, J. (2021). El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). En Fernández-Hermida, J. R., y Villamarín-Fernández, S. (Eds.), *Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1* (pp. 139-148). Consejo General de la Psicología de España. <https://www.cop.es/pdf/LibroBlanco-Volumen1.pdf>

Waters, F. S. (2016). *Healing the fractured child: diagnosis and treatment of youth with dissociation*. Springer.

West, R. (2013). *Models of addiction*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). https://www.euda.europa.eu/publications/insights/models-addiction_en

Winhall, J. (2021). *Treating trauma and addiction with the Felt Sense Polyvagal Model*. Routledge.

Ziegler, D. (2011). *Traumatic experience and the brain. A handbook for understanding and treating those traumatized as children*. Acacia Publishing.

La salud mental de los niños, niñas y adolescentes es una preocupación creciente en toda la sociedad. Los centros educativos a menudo son el primer lugar donde se detectan, y también donde se dan los primeros pasos. Este Manual de Referencia presenta los conceptos fundamentales para comprender la salud mental de forma integral y plantea las estructuras que garanticen unos entornos seguros y protectores. Además, ofrece claves respecto a los temas más relevantes, desde los graduales hasta los extremos, incluyendo los problemas relacionales y aquellos que tienen una raíz más profunda en temas sociales, culturales y estructurales. Con un enfoque práctico, pero también con abundantes recomendaciones de lecturas para ampliar, este manual sirve para iniciar la reflexión, tanto individual como en equipo, para quienes trabajan con niños, niñas y adolescentes desde la educación.

F. Javier Romeo Biedma

F. Javier Romeo Biedma es psicólogo, lingüista y educador social. Trabaja en Espirales Consultoría de Infancia como consultor asesorando a entidades muy diversas para que mejoren la protección y la salud mental de los niños, niñas y adolescentes. También acompaña procesos como psicoterapeuta en Conexión Más Auténtica, su marca personal.

**ESCUELAS QUE
PROTEGEN Y CUIDAN
LA SALUD MENTAL**