

FUNDACIÓN 1 DE MAYO

Informes

172 – SEPTIEMBRE 2023

La salud mental en la educación



WWW.1MAYO.CCOO.ES

LA SALUD MENTAL EN LA EDUCACIÓN



LA SALUD LABORAL EN LA EDUCACIÓN

Autoría

Aitor Albizu Intxausti, Mónica Domínguez García, Alexander Elu Terán, Jaume Funes Artiaga, Luis Fernando López Martínez, Carmen Mancheño Potenciano, José Motoso Poncela, Ana Isabel Sanz García, Carmen Viñas

Coordinador

Pablo García de Vicuña Peñafiel

FUNDACIÓN 1º DE MAYO

Instituto de Estudios Educativos y Sindicales

C/ Longares, 6. 28022 Madrid

Tel.: 91 364 06 01

1mayo@1mayo.ccoo.es

www.1mayo.ccoo.es

COLECCIÓN INFORMES - NÚMERO 172

DL: M-12282-2023

ISSN: 1989-4473

© Madrid, septiembre 2023

ÍNDICE

[Autoría..... 7](#)

[Introducción 11](#)

Alexander Elu Terán

[1. La visión profesional. Enfermedad mental infanto juvenil tras la COVID-19. Describir el presente para aprender para el futuro 17](#)

Ana Isabel Sanz García

Breve (e incompleta) cronología de la pandemia

Los menores y el virus SARS-CoV-2

El golpe más duro de la pandemia: el confinamiento

Respuestas emocionales y conductuales insanas ante el confinamiento

Conclusiones

Bibliografía

[2. La visión adolescente. Contribución del enfoque salutogénico a la prevención del suicidio en el ámbito escolar: aplicación al contexto escolar 47](#)

Carmen Viñas

Reflexiones conceptuales básicas

El tabú sobre el suicidio: el peor enemigo de la prevención

Desmontar las ideas preconcebidas sobre el suicidio

Planteamiento de las estrategias de intervención en adolescentes en riesgo de suicidio

Reflexiones sobre la prevención del suicidio adolescente desde la perspectiva de la promoción de la salud mental

[3. La visión actual. La letalidad del silencio: retos y desafíos futuros de la autolesión y la conducta suicida en la era digital 61](#)

Luis Fernando López

Introducción

La conducta suicida en la era digital

Autolesiones, conductas autodestructivas y medios TIC

Cibersuicidio. Una realidad 2.0

El papel de los medios de comunicación y las nuevas tecnologías

La importancia de la prevención en la era digital

El cultivo de los valores como estrategia de prevención del suicidio y la autolesión en la era digital

Hacia una prevención 2.0. Retos y desafíos del futuro

Una mirada de futuro y esperanza digital ante el dolor

4. La visión del profesorado. Cuidar la salud de quien ayuda a comprender la vida. Bienestar y malestar en la profesión docente 91

Jaume Funes Artiaga

Tres dimensiones para el equilibrio

El cuadro emocional de la docencia

Las insatisfacciones de los desconciertos educativos

Construir, curar, curarse

5. La visión familiar. La atención a la infancia y la adolescencia con problemas de salud mental en el ámbito escolar 101

ASAFE

Introducción

La detección

Cuando el menor o la menor tiene un diagnóstico de enfermedad mental

Bibliografía

AFATRAC

Introducción

Historia de AFATRAC

Objetivos

Perfil de los familiares afectados

RESCATEM, Proyecto de inserción laboral. Objetivo y metodología

Atención a los jóvenes con problemas de salud mental de elevada complejidad en el sistema educativo desde la perspectiva de las familias

6. La visión sindical. Género como determinante de la salud mental también en el profesorado 115

María del Carmen Mancheño Potenciano

Las mujeres en la docencia

La exposición a factores psicosociales y su impacto en la salud mental desde una mirada de género

Burnout

La pandemia por la Covid-19 ha aumentado el estrés en el personal docente

Conflicto trabajo/familia

¿Tienen peor salud mental las mujeres que los hombres?

Los procesos de medicalización de la salud mental y la relevancia del género

Bibliografía

7. La visión institucional 131

Ministerio Educación y FP

Mónica Domínguez García

Consejería de Educación de Euskadi

Aitor Albizu Intxausti y José Motoso Poncela

AUTORÍA

Aitor Albizu Intxausti

Maestro y Psicopedagogo. Coordinador de la Iniciativa Bizikasi para la convivencia positiva y contra el acoso escolar. Coordinador del ámbito de Convivencia y respuesta a la Diversidad del Berritzegune Nagusia

Mónica Domínguez García

Directora General de Evaluación y Cooperación Territorial. Licenciada en Matemáticas por la Universidad de las Islas Baleares. Máster Universitario en Investigación en Didáctica de las Matemáticas por la Universidad Autónoma de Barcelona. Pertenece al cuerpo de profesores de Enseñanza Secundaria de Matemáticas, desde el 2001. Relaciones de coordinación y cooperación con las Comunidades Autónomas y corporaciones locales en el ámbito educativo, ordenación académica básica de las enseñanzas no universitarias, elaboración y fomento de evaluaciones educativas, investigaciones, innovaciones, estudios e informes sobre educación y desarrollo profesional docente.

Alexander Elu Terán

Licenciado en Economía (Universitat Pompeu Fabra) y doctor en Historia y Civilización (Instituto Universitario Europeo de Florencia). Trabaja como Especialista en Pobreza y Desigualdad en la Dirección de Incidencia Social y Política de Save the Children. Con experiencia profesional en políticas sociales y financiación europeas. Ha trabajado en el equipo técnico encargado de la implementación de la Plataforma Transnacional del Fondo Social Europeo. También a nivel europeo, trabajó en el tercer sector para la promoción de servicios sociales destinados a distintos colectivos vulnerables. Cuenta con experiencia como analista de políticas económicas, sociales y de protección social en el área de estudios del Consejo Económico Social, así como en la Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales de la Comisión Europea.

Jaume Funes Artiaga

Psicólogo, educador, periodista. Se ha especializado prioritariamente en el mundo de los adolescentes y jóvenes y sus dificultades sociales y educativas. Entre otros libros, ha publicado “Cuando la vida nos duele. Construir la salud mental y recuperar la felicidad” (2022).

Luis Fernando López Martínez

Psicólogo General Sanitario. Psicoterapeuta de adultos/adolescentes y Formador. Director Área Sanitaria, Codirector de ISNISS. Fundador y creador de Proyecto ISNISS del Programa de Doctorado en Psicología de la Salud de la UNED. Coordinador Técnico del Programa Hablemos

de Suicidio del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. Profesor de la UPV en el Especialista Universitario en Suicidología Investigador doctoral de conductas autolesivas y suicidas en entornos digitales, redes sociales e Internet. Máster en Psicología General Sanitaria. Máster en Psicoterapias Humanistas. Máster en Intervención Comunitaria. Máster en Mediación y Resolución de Conflictos. Técnico Experto en Violencia de Género. Experto en Duelo. Experto en Prevención e intervención en la conducta suicida. Experto en redes sociales e Internet.

Autor de las obras publicadas: *Peajes Emocionales: un viaje de tu interior. Duelo, autolesión y conducta suicida: desafíos en la era digital. Guía Práctica de la Autolesión y el Suicidio en entornos digitales. Abordaje Integral de la Conducta Suicida y Autolesiva. Guía para familias y profesionales. Palabras que curan. El poder de las palabras en la autolesión y el suicidio.*

Carmen Mancheño Potenciano

Médica Especialista en Medicina del Trabajo y Técnica Superior en Prevención de Riesgos Laborales. Tras trabajar durante 9 años en el Servicio de Salud del Centro Municipal de Salud de San Sebastián de los Reyes, en 1997 pasó a coordinar el equipo de trabajo de Salud Laboral de CCOO de Madrid, en 2017 formó parte de la Comisión Ejecutiva de CCOO Madrid como responsable de la Secretaría de Salud Laboral y actualmente es coordinadora de la Secretaría de Salud Laboral y Sostenibilidad Medioambiental de la Confederación Sindical de CCOO.

Ha sido directora de varios trabajos de investigación en el ámbito de la prevención de riesgos laborales, autora de diversas publicaciones, y ponente en cursos y jornadas en diferentes ámbitos científicos y sociales, así como representante institucional de CCOO en numerosos órganos.

José Motoso Poncela

Psicólogo y pedagogo, exdirector del OET-H de Araba y excoordinador de los OET-H de la CAV.

Ana Isabel Sanz García

Psiquiatra y psicoterapeuta, con un prolongado ejercicio en el ámbito asistencial. Desarrolla actividades dirigidas a la promoción de la salud mental comunitaria, con especial atención a la infancia y la adolescencia. En esta línea, ha publicado libros como *Las drogas, El alcoholismo, Los Ejes Transversales, aprendizajes para la vida o Resiliencia y acoso escolar. la fuerza de la educación*. Participa en publicaciones periódicas con colaboraciones periodísticas en torno a diversos aspectos de la salud emocional.

Carmen Viñas

Psicóloga desde 1991 hasta el momento actual. Anteriormente, durante 4 años en el Hospital Clínico San Carlos en el Servicio de Metabolismo y Nutrición, compaginando con consulta privada donde atendía niños y adolescentes. Ha trabajado en Servicios Sociales en el Programa de Menores en situación de desprotección Infantil, realizando tareas de atención directa y

participando en proyectos de Coordinación Interinstitucional manteniendo una relación estrecha con los dispositivos educativos en acciones comunitarias y específicas vinculadas a las problemáticas de los menores. Desde 2019, trabaja en el Centro Municipal de Salud Comunitaria del distrito de San Blas – Canillejas, llevando a cabo proyectos y acciones comunitarias; específicamente, en un programa de ámbito educativo colaborando estrechamente con la Comunidad Escolar, teniendo como objetivos el contribuir a generar ambientes educativos facilitadores del bienestar emocional, colaborar en el conocimiento de las emociones y su manejo y sensibilización/asesoramiento en prevención y promoción de la salud mental.

INTRODUCCIÓN

Alexander Elu Terán

"Normalmente hay más problemas en clase, no solo son académicos". Niño, 14 años, Leganés.

"Es importante que podamos hablar de cómo nos sentimos en el colegio". Niña, 15 años, Melilla¹.

Crecer y educar saludablemente: estado actual de la salud mental infanto juvenil y sus retos

El disfrute del más alto nivel posible de salud, incluida la salud mental, es un pilar fundamental de los derechos de la infancia. Como tal, las políticas públicas tienen el deber de garantizar su cumplimiento efectivo mediante sistemas de protección social y servicios públicos sólidos, con especial énfasis en la educación, con capacidad de respuesta ante los retos de salud mental que se plantean.

La infancia y la adolescencia son etapas de desarrollo cognitivo, emocional y formación de la personalidad. También se adquieren las certezas, los códigos y los afectos que, de forma significativa, fundamentan el modelo de relación de la infancia con su entorno y que se extiende hasta bien entrada la edad adulta. Paralelamente, se adquieren las herramientas para el reconocimiento y gestión de situaciones emocionalmente complejas que pueden suponer un riesgo para el bienestar y salud mental del niño o niña. Además, la mala salud mental lastra el desempeño académico durante la adolescencia² y, por tanto, puede tener efectos a largo plazo si se traduce en niveles de cualificación más bajo o abandono escolar temprano que limiten su realización profesional y prosperidad adulta.

En este sentido, la atención a los riesgos y problemas de salud mental en la infancia y adolescencia no es una cuestión novedosa. Sin embargo, el impacto de la pandemia sobre la salud mental ha colocado esta cuestión en el centro del debate público y ha ayudado a derribar buena parte de los obstáculos que todavía impedían un abordaje efectivo de la cuestión en toda su complejidad.

A pesar de que existe esta conciencia generalizada, todavía no existen datos oficiales, sobre la incidencia de la pandemia sobre la salud mental en la infancia, comparables con la última referencia estadística disponible, que es la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del INE de 2017. No obstante, los estudios que han surgido en los últimos años trasladan un mensaje inequívoco.

¹ Testimonios de niños y niñas atendidas por los programas de Save the Children y recogidos en Save the Children, *Crecer Saludable(mente). Un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia*, Diciembre 2021. URL: [Informe_Crecer_saludablemente_DIC_2021.pdf \(savethechildren.es\)](https://www.savethechildren.es/informe-crecer-saludablemente-dic-2021.pdf)

² Deighton J., et al. (2018): "Longitudinal pathways between mental health difficulties and academic performance during middle childhood and early adolescence", *British Journal of Developmental Psychology*, 36(1), pp. 110–126

Save the Children realizó una de las primeras estimaciones y, replicando las preguntas realizadas en la ENS, cuantificó los cambios en el estado de la salud mental en la infancia entre septiembre de 2021, fecha de referencia del estudio, y 2017³. Según Save the Children, los trastornos mentales (depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria) afectan al 4,0% de los NNAs entre 4 y 14 años de edad (1,1% en 2017). En cuanto a los trastornos de la conducta, estos alcanzan ya al 6,9% de la infancia en esa franja de edad, frente al 2,5% que suponían en 2017.

Además, la pandemia ha afectado al estado de ánimo y conducta de los más pequeños. Si en 2017 un 19% de padres y madres entendían que sus hijos e hijas tenían muchas preocupaciones, esta proporción alcanzaba el 30% al inicio del curso 2021-2022. Las preocupaciones o mal estado anímico son indicativas de futuros problemas de salud mental, si no se atajan.

Demasiadas veces, la detección o el acceso a tratamiento se producen cuando el problema de salud mental está muy avanzado o es incluso demasiado tarde. En este sentido, uno de los desenlaces más dramáticos del sufrimiento emocional de niños, niñas y adolescentes es el suicidio. En 2021, el suicidio fue la causa de defunción de 22 niños, niñas o adolescentes menores de 15 años, en lo que representa un aumento del 57,1% con respecto al año anterior⁴.

Aunque en términos comparados España presenta niveles relativamente bajos de depresión en adolescentes y jóvenes⁵, con menos de la mitad que en Francia, Alemania o Estados Unidos, así como una de las menores tasas de suicidio adolescente (entre los 15 y 19 años), claramente por debajo de la media europea y muy lejos de las elevadas cifras de los países bálticos, el mencionado incremento producido tras la pandemia debe ser motivo de acción y mayor esfuerzo público.

La salud mental como reto de equidad en la infancia

En este sentido, existe un déficit sanitario significativo en relación al aumento de las necesidades de salud mental infanto juvenil. El mencionado estudio detectó una disminución significativa del porcentaje de trastornos diagnosticados por los servicios de salud, reveladora de las dificultades de acceso a servicios de salud mental, especialmente tras la pandemia.

Los problemas de acceso nos conectan con una dimensión clave para el abordaje de los problemas de salud mental infanto juvenil, como es la desigualdad de su impacto. En efecto, las diferencias de renta tienen una correlación inequívoca con peores niveles de salud mental, de

³ Save the Children, *Crecer Saludable(mente)*, *ibid*. Los resultados son fruto de una encuesta telefónica, realizada en septiembre de 2021, representativa para el total de la población española y a nivel de comunidad autónoma. Además, se estratificó por nivel de renta para que la distribución de la renta en los hogares de las personas entrevistadas se asemeje lo máximo posible a la distribución poblacional en España, según datos de la Encuesta de Condiciones de Vida 2020. Se realizaron entrevistas online a 2.046 personas adultas con hijos o hijas entre 4 y 16 años. Así los datos obtenidos son reportados por los padres y madres.

⁴ INE, Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte.

⁵ UNICEF: The State of the World's Children 2021. On my Mind. Promoting, protecting and caring for children's mental health, Octubre 2021. URL: [SOWC-2021-full-report-English.pdf \(unicef.org\)](https://www.unicef.org/es/report/the-state-of-the-worlds-children-2021-on-my-mind)

forma que el 12,8% infancia que vive en hogares con rentas más bajas padecen trastornos mentales y/o de conducta, mientras que este mismo porcentaje se reduce al 3,6% entre los niños y niñas de hogares más acomodados⁶. Es decir, los niños, niñas y adolescentes que viven en hogares pobres tienen una probabilidad casi 4 veces mayor de sufrir trastornos mentales y/o de conducta que aquellos que viven en hogares de renta alta. Factores como el desempleo de los progenitores o el origen extranjero, estrechamente relacionados con menores niveles de ingreso, se traducen en una mayor incidencia de los problemas de salud mental en la infancia, así como en mayores dificultades para acceder a la atención psicológica o psiquiátrica. La correlación entre menores ingresos y peor salud mental supone un elemento de especial atención en un país como España, donde 2,6 millones de niños y niñas viven en situación de pobreza o exclusión social, esto es el 32,2% del total.

Por supuesto, existen otros múltiples factores de riesgo con un impacto negativo sobre el bienestar mental en la infancia como el acoso escolar, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, o la violencia sexual online, el maltrato emocional por parte de progenitores o cuidadores y la violencia entre iguales. Sin embargo, también en estos casos aparece a menudo la vulnerabilidad económica como factor concurrente.

El acceso a la salud mental de niños y adolescentes: una carrera de obstáculos

Demasiado a menudo el acceso a la salud mental de niños, niñas y adolescentes en España se convierte en una carrera de obstáculos. Los casos diagnosticados son sólo la punta del iceberg y, demasiadas veces, la detección se produce cuando el problema ya está muy avanzado o es incluso demasiado tarde.

Sí existe asistencia sanitaria -efectivamente, incluida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud-, pero esta tarda mucho en llegar, no podemos hablar de un acceso real y en condiciones de equidad a los servicios de salud mental. De esta forma, las listas de espera se convierten en un cuello de botella para acceder al sistema a la vez que el trastorno suele ir empeorando o cronificándose⁷.

Ante la creciente demanda y la escasez de recursos, se atienden solo los casos muy graves y se deja de atender a muchos niños, niñas y adolescentes que sufren, ven agravarse sus problemas,

⁶ Se consideran rentas bajas aquellos hogares con ingresos mensuales menores de 1300€, rentas medias aquellos con renta entre 1.300 y 3.600€ mensuales, y rentas altas aquellos que ingresan más de 3.600€ al mes.

⁷ Esta observación ha sido realizada, entre otros, por el Defensor del Pueblo (<https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/estudio-de-necesidades-e-incremento-de-la-atencion-psicologica-en-el-sistema-nacional-de-salud/>) o el Comité de los Derechos del Niño, *Observaciones Finales del Comité de los Derechos del Niño a España (2018)*, que señaló la necesidad de, entre otras, formular una política nacional de salud mental infantil, mejorar el acceso a servicios de salud mental, asegurar la disponibilidad de personal cualificado, incluso psiquiatras infantiles, en todo el territorio, o fomentar alternativas a la sobremedicación.

tienen conductas de mayor riesgo, son expulsados del instituto, tienen mayores conflictos en casa, etc. Esta situación de desborde se ha visto especialmente intensificada tras la pandemia.

En España hay alrededor de 6 psicólogos/as en el SNS por cada 100.000 habitantes, con grandes variaciones autonómicas desde los 10,3 de Navarra hasta los 3,2 de Andalucía⁸. El número de psicólogos/as ha aumentado en los últimos años, pero solo el 60% de los hospitales del SNS cuentan con atención psicológica. En cambio, recientemente se ha registrado un avance muy significativo al establecerse el título especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia,⁹ clave para el abordaje de la salud mental en perspectiva de infancia.

Lógicamente, estos déficits son fruto de niveles insuficientes de inversión pública en salud mental, que alcanza un 5% del gasto sanitario español. Se trata de un valor tan solo algo inferior a la media europea del 5,5%, aunque cabe subrayar que la mitad del gasto en salud mental en España es gasto farmacológico. Se trata de un peso anormalmente elevado, de forma que España encabeza el consumo mundial lícito de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes¹⁰. En buena medida, y a pesar de no contar con el dato de consumo farmacológico específico para la infancia y adolescencia, no podemos desligar esta sobremedicación de la saturación del sistema, tratando de evitar la cronificación o agravamiento del problema antes del acceso a la atención especializada.

En la actualidad, la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026, aprobada en diciembre de 2021, así como el Plan de Acción encaminado a acelerar su implementación, tratan de impulsar las medidas clave, ya señaladas, para el refuerzo del sistema sanitario de atención a la salud mental infanto juvenil. Fundamentalmente, el aumento del número de profesionales y la consolidación de las especialidades de psiquiatría y psicología infanto juvenil.

La educación como agente protector y promotor de la salud mental de la infancia

Más allá del ámbito sanitario, y junto al hogar como espacio de referencia mayoritario para la crianza de niños y adolescentes, un peso importante del abordaje de la salud mental en la infancia recae en los centros educativos.

Como se desarrollará en los siguientes capítulos de este monográfico, el ámbito educativo resulta clave para la prevención y detección temprana de trastornos, así como la promoción de la salud mental. No obstante, la magnitud alcanzada por el reto de la salud mental infanto juvenil impone un salto cualitativo, en términos de tiempo, medios y perfiles profesionales dedicados

⁸ Datos correspondientes a 2018. J.C.D. Martínez (2021): '¿Sabemos cuántos profesionales especialistas en psicología clínica trabajan en el Sistema Nacional de Salud Español?', Papeles del Psicólogo, 42 (2), pp. 81-93.

⁹ [Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría.](#)

¹⁰ Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Informe 2022. URL: [Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2022 \(incb.org\)](#)

a tales objetivos, así como una colaboración más estrecha con los profesionales sanitarios y el refuerzo de los contenidos educativos relacionados. Máxime tras el impulso legislativo que ha supuesto la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPVI), al crear la obligación de que los centros educativos elaboren protocolos para la prevención de la violencia autodirigida, autolesiones y comportamiento suicida, así como el establecimiento de la figura del coordinador/a de bienestar y protección como referencia para la promoción activa del bienestar del alumnado (también contemplado en la LOMLOE).

En este contexto, es fundamental dotar a los centros y a los equipos docentes con la formación y herramientas adecuadas para poder intervenir eficazmente y en clave preventiva, de forma que los centros educativos sean entornos de bienestar y libres de violencia en los que niños, niñas y adolescentes puedan desarrollarse y aprender, mediante la coordinación e implicación de toda la comunidad educativa (infancia, familias, docentes, equipos directivos, asociaciones, entidades y administración pública).

1

LA VISIÓN PROFESIONAL. ENFERMEDAD MENTAL INFANTO JUVENIL TRAS LA COVID-19. DESCRIBIR EL PRESENTE PARA APRENDER PARA EL FUTURO

Ana Isabel Sanz García

En el momento en que se cumple el tercer año tras la declaración oficial de la pandemia por la COVID-19, hacemos frente a otra “pandemia paralela” que nos confronta a las reacciones emocionales sufridas por la población y a la aparición de trastornos mentales de magnitud y pronósticos todavía desconocidos. Al analizar esta realidad, descubrimos que, una vez más, hemos olvidado o al menos infravalorado las necesidades de la población infanto juvenil. Este trabajo pretende contextualizar las secuelas de alteraciones psíquicas en el colectivo de los menores de edad tanto en España como en el conjunto del planeta y concluir con breves reflexiones sobre lo que deberían ser las acciones inmediatas y futuras en el ámbito de la atención y promoción de la salud mental de los adultos del futuro.

Breve (e incompleta) cronología de la pandemia

Vivimos en una sociedad en la que la medicina y la cirugía están logrando continuos avances e incorporando desarrollos tecnológicos. Ante semejante panorama, resulta difícil concebir que un ser invisible haya tenido tal capacidad mortífera y de desafío al conocimiento biomédico disponible hasta lograr bloquear la dinámica de todo el planeta, segundo millones de vidas, dejando secuelas severas en otras muchas y poner en jaque la economía en todas sus manifestaciones, así como el equilibrio político y cultural de las sociedades (Agamben y otros, 2020; Tizón, 2020). Nuevamente, la colectividad humana vuelve a sentirse vulnerable y pequeña, con su ego individual y de especie herido profundamente.

La historia comenzó de manera poco perceptible en China, posiblemente en noviembre de 2019 y ya de manera admitida oficialmente en diciembre de ese año. El proceso de reacción local e internacional no fue en absoluto rápido ni previsor. El 11 de marzo de 2020, la OMS declaraba el estado de pandemia, que suponía la detención de toda actividad considerada no esencial, el cierre de establecimientos no imprescindibles y el aislamiento de toda la población en sus hogares, es decir, el confinamiento, una medida que nunca en la historia se había utilizado a tan gran escala. En España, el primer decreto de Estado de Alarma se promulgó el 14 de marzo de 2020, renovándose posteriormente hasta el 21 de junio de 2020 (en total, casi 100 días de alteración radical de la existencia de los ciudadanos). Posteriormente, se recurrió nuevamente a esta medida el 25 de octubre de 2020 con motivo de la segunda ola, aunque en este caso cada Comunidad Autónoma adoptó formatos con severidad muy diferente.

Pero el encerramiento no era la solución mágica a largo plazo. La “nueva normalidad” de la que se hablaba era poco tranquilizadora para muchos y acarreó angustias añadidas al tener

que hacer frente al miedo de abandonar un espacio incómodo pero seguro con fuertes dudas sobre los persistentes riesgos de contagio.

En diciembre pareció encenderse la primera luz en el túnel con la aplicación de las primeras vacunas. Inmunizar a la mayor parte de la población se convertía en una meta prometedora hacia la que dirigirse. El 27 de diciembre de 2020, España inició su plan de inmunización. Como en otros países, ha sido un camino no exento de polémicas, pero, más allá de todo ello, según las estadísticas disponibles en febrero de 2023, la tarea está satisfactoriamente cumplida y se puede considerar que esa ansiada inmunidad colectiva se ha logrado.

En 2023 se cumple un aniversario muy significativo: la humanidad hace tres años que convive con el SARS-CoV-2. El 5 de mayo, el director general de la Organización Mundial de la Salud comunicó oficialmente el final del estado de emergencia sanitaria internacional, decisión que pone fin a un episodio sanitariamente excepcional y convierte a la COVID-19 en una enfermedad infecciosa más. ¿Se ha terminado la pesadilla y podemos continuar nuestras vidas como antes?

La tranquilidad que empezamos a experimentar no evitará que los rastros de esta catástrofe tarden en desaparecer. En lo que concierne al impacto de la pandemia sobre el equilibrio mental de las personas, es ahora cuando empieza a percibirse la magnitud de lo sucedido y a vislumbrar apenas el impacto sanitario y social a medio y largo plazo del desastre que nos ha golpeado.

Los menores y el virus SARS-CoV-2

La infección por la COVID-19 en población infanto juvenil

Desde el comienzo de la infección por la COVID-19, los datos sugerían que el nuevo virus incidía de una forma más benigna en los sectores más jóvenes de la población. La idea que se impuso fue que la infección en menores era frecuentemente asintomática o producía episodios de enfermedades leves o moderadas, con buen pronóstico y recuperación completa. Esta creencia hizo que el interés prestado a la infancia y la adolescencia fuera marginal o que incluso derivara en cierta desconfianza hacia ese sector poblacional, pues se valoró más su potencial como dispersores de la infección entre sus familiares y entorno escolar que su carácter de potenciales víctimas del virus.

Semejante forma de concebir cómo afecta la pandemia a la infancia y la adolescencia ha tenido consecuencias nada favorables sobre la calidad y dimensión de la atención sociosanitaria y educativa recibida en estos años por los más pequeños de la sociedad, a los que se ha tratado de apartar de las personas de mayor edad, posponiéndolos en las prioridades de los planes sanitarios y privándolos de información sobre lo gravedad de lo que pasaba -salvo para reconvenir su insolidaridad cuando se saltaban las restricciones-.

El motivo de esta discriminación parece querer justificarse porque su menor desarrollo cognitivo y crítico les restaba capacidad para entender y procesar adecuadamente los retos que implicaba la infección por el virus, la potencial mortandad que suponía el contagio, el dolor por las muertes que los rodeaban y la comprensión de los numerosas adversidades

(económicas, sociales, culturales, emocionales) que han tenido que afrontar sus familias y la sociedad desde que el coronavirus se hizo amo del mundo.

En conclusión, la población infanto juvenil ha sido, una vez más, la gran olvidada y ninguneada, considerándose incluso afortunada de estar a salvo del desastre sanitario, aunque cada vez más estudios demuestran que ese planteamiento es cuanto menos parcial si no totalmente falso (Hernández-Sampelayo et al, 2021).

Las secuelas de la COVID-19 sobre el funcionamiento del cuerpo

La percepción de la gravedad de la infección en infancia y adolescencia ha cambiado notablemente desde el principio de la pandemia hasta hoy. A partir de 2021 y sobre todo desde 2022 (Buonsenso *et al.*, 2021; Behnood *et al.*, 2022; López-León et al., 2023) se han constatado crecientes evidencias de cuadros infecciosos por la COVID-19 no tan benignos y de complicaciones persistentes de esa (haya habido cuadros sintomáticos o no) en menores de todas las edades.

Se han descrito casos tanto de un cuadro poco conocido por el público común: el síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C) (una inflamación de múltiples partes del cuerpo, principalmente corazón, aparato digestivo y cerebro con manifestaciones clínicas muy graves que suelen requerir atención en cuidados intensivos) (Kundu *et al.*, 2022) como de COVID persistente, una afección que la OMS había considerado propia solo de los adultos (World Health Organization, 2021).

Las manifestaciones prolongadas por contacto con el virus de la COVID-19 resultan muy variadas y tan incapacitantes como en la población adulta. La fatiga, la dificultad respiratoria (“disnea”) y el dolor de cabeza son los síntomas más frecuentes, pero hay una larga lista de posibles trastornos (en alguna revisión de plasman hasta 40 manifestaciones registradas) que pueden aparecer tardíamente y mantenerse por tiempo indefinido en nuestras generaciones jóvenes tras una infección por la COVID-19 grave, leve o, incluso, cuando no ha habido cuadro infeccioso claro: dificultades cognitivas, pérdida de olfato, dolor de garganta, dolores oculares, dolores de oído, molestias articulares, molestias abdominales, estreñimiento, diarreas, náuseas...

Estos hechos deberían hacernos modificar de raíz la valoración sobre cómo afecta la infección por SARS-CoV-2 a las generaciones jóvenes y cómo ese sufrimiento físico de evolución incierta afecta, psicológicamente, al bienestar global y calidad de vida de las mismas. El siguiente testimonio nos ayuda a pensar sobre lo que el contacto con la COVID-19 puede implicar para un menor que ve frenada su vida por un tiempo indefinido y sin garantías de mejora:

“Soy C. y tengo 17 años [...] El 11 de abril de 2021, me desperté durante la noche con varios escalofríos, un fuerte dolor de cabeza, fiebre alta y un dolor de garganta muy severo [...] En junio seguía sin encontrarme bien y, sobre todo, me sentía asustada y sola ya que ningún médico creía que mi dolor fuese real: "todo está en tu cabeza, el COVID no afecta tanto a los jóvenes" [...]. Finalmente, un médico me diagnosticó

COVID persistente. Ese diagnóstico me hizo sentir entendida, legitimando mi dolor y mis síntomas. [...] Ha pasado casi un año desde entonces y todavía estoy luchando con el dolor y las dificultades. Este año es el último en la escuela secundaria y no puedo concentrarme tan bien como antes. Siento que no soy capaz de comprender a fondo lo que estudio. A decir verdad, todavía estoy tratando de descubrir cómo esta enfermedad golpeó mi cuerpo y lo cambió [...] Sinceramente, espero que esta experiencia impredecible y dañina sea una pesadilla terrible que acabe lo antes posible” (recogido en Buonsenso, 2022, p. 53).

Un aspecto importante acerca de las manifestaciones de COVID persistente entre los más jóvenes es que afecta con frecuencia al sistema nervioso central: alteraciones del estado de ánimo (tristeza, enfado, ansiedad, depresión...), fatiga, alteraciones del sueño (insomnio, hipersomnia, mala calidad del sueño), dolor de cabeza, disminución del rendimiento cognitivo (confusión, dificultades de concentración, fallos de memoria, dificultades de aprendizaje...), mareos, alteraciones neurológicas diversas (hormigueo, temblor, entumecimiento), trastornos del equilibrio... Muchos de estos síntomas se superponen con la expresión de trastornos emocionales diversos, pero su causa, el abordaje y el pronóstico son muy diferentes a las alteraciones de índole exclusivamente emocional. Por ello, es importante que la evaluación médica, psiquiátrica y psicológica se practique minuciosamente y sea capaz de discernir cuándo se detectan trastornos mentales, cuándo secuelas de la COVID o, incluso, cuándo se produce una interacción de ambos espectros de patología. En palabras de Cozzi, Marchetti y Barbi (2023):

“No pensamos que todas las personas que continúan experimentando síntomas después de una infección aguda SARS-CoV-2 tengan problemas de salud mental [...] Si los médicos suponen que los pacientes pediátricos tienen un COVID persistente, sin evaluar críticamente todas las posibilidades, corren el riesgo de no reconocer a los pacientes con problemas de salud mental. Peor aún, perpetuarán y fortalecerán involuntariamente síntomas en sujetos propensos a estos. La necesidad de describir nuevas afecciones médicas y etiquetar a los pacientes tiene riesgos evidentes en este contexto”.

El extremo contrario, es decir, suponer que toda queja psíquica o somática de un menor en relación con la COVID-19 y difícilmente encuadrable en un determinado diagnóstico obedece a un trastorno mental, sin evaluar otras posibilidades “somáticas”, implica una simplificación y un evidente riesgo de enfocar erróneamente las necesidades del paciente (Chrapkowska, 2023).

Como resumen de estas cuestiones querría insistir en que la infección por la COVID-19 afecta a muchas partes del cuerpo, y de forma predilecta al sistema nervioso. Esto la incluye dentro de las patologías cerebrales que causan síntomas e incapacidad por sí mismas, se combinen o no con reacciones emocionales adversas desencadenadas por el malestar de la propia enfermedad cerebral. El tratamiento de ambas facetas de ese proceso es diferente y no puede caerse en el error de tratar sólo una depresión, por ejemplo, cuando además hay una inflamación de alguna región del Sistema Nervioso.

La repercusión emocional de la COVID-19 en la infancia y la adolescencia

Si el virus SARS-CoV-2 ha sido biológicamente más benigno con la salud de la población de menor edad, no ha sucedido lo mismo en lo que se refiere a las repercusiones individuales, familiares y sociales. Una gran parte de los estudios llevados a cabo desde los primeros meses de la expansión de la COVID-19 hasta ahora coinciden en señalar que los menores (entendiendo desde los primeros meses de vida hasta los 18 años) y, en particular, los adolescentes y, posiblemente más las chicas que los chicos, constituyen uno de los segmentos demográficos más vulnerables a que su bienestar psicosocial de vea mermado.

Desde el nacimiento hasta la adolescencia y principio de la juventud, la dimensión social e individual de la pandemia (Tizón, 2020) ha constituido un factor atemorizante y fuente de diferentes pérdidas para muchos menores. Estos han vivido entre otras experiencias estresantes:

- El temor a enfermarse y, sobre todo, a que enfermaran o murieran sus progenitores y sus familiares de más edad.
- La culpa latente en el ambiente y en los medios de comunicación derivada de la percepción de que ellos o su proximidad eran un peligro potencial para esas personas queridas,
- La incertidumbre, derivada de la falta de conocimiento sobre:
 - a) las vías de contagio,
 - b) los medios realmente eficaces de protección,
 - c) las posibilidades futuras de éxito frente a esta plaga.

Si la desinformación ha sido habitual en los últimos tres años, en el caso de los menores se ha descuidado especialmente el atender a sus dudas y el mantenerlos informados con claridad y sin planteamientos falsamente optimistas acerca de lo que se iba sabiendo y sobre lo que se ignoraba. Pensando en que “no estaban preparados” se los ha dejado frecuentemente en un limbo de supuesta ausencia de tensión que ha sido producto de más angustia y de búsqueda de respuesta en las peores fuentes posibles, los diversos canales disponibles en el ciber mundo -sobre todo las redes sociales- generadores incesantes de bulos, distorsiones y engaños francos.

- El dolor por la muerte de seres cercanos a los que no habían podido ver desde hace tiempo y de los que no pudieron despedirse. La falta de contacto visual y presencial en los momentos clave de la enfermedad y la ausencia en los ritos que acompañan el momento de la muerte, más que protegerlos han sido circunstancias promotoras de angustia, de dificultad para elaborar las pérdidas (proceso de duelo) y de miedo difuso a nuevos fallecimientos.

La mayoría de las iniciativas adoptadas en las fases iniciales de esta catástrofe mundial y durante mucho tiempo después, hasta que la inmunización y la evolución del microorganismo ha permitido controlar nuevos brotes epidémicos, han incidido en un aspecto básico para el adecuado desarrollo psíquico de las generaciones jóvenes: la

interacción, el contacto cercano interpersonal y la estimulación social, todos ellos sustratos básicos para una buena salud mental.

Como se tratará de forma específica en otro punto del trabajo, el confinamiento perturbó de manera drástica y prolongada la vida en comunidad y el acceso a los servicios de provisión de servicios sanitarios, sociales y educativos.

La distancia interpersonal o el uso de mascarillas como medidas de prevención ha alterado seriamente la posibilidad de comunicarse con otros, un factor que es determinante en las edades a las que nos estamos refiriendo, aunque, lógicamente, de forma diferente en los bebés, los preescolares, los menores de Primaria o en los adolescentes de Secundaria y Bachillerato. En cada uno de esos tramos de edades se han experimentado dificultades peculiares, con traducción diferente en su desarrollo.

Factores de riesgo y de protección

Los tres años de pandemia han afectado muy negativamente a la salud mental y a la calidad de vida global de la población en edad infanto juvenil, pero no a todos los individuos en la misma medida. El estudio llevado a cabo por The Child Institute (Osgood *et al.*, 2022) indica que ciertos sectores presentan mayor riesgo de que la pandemia les impacte negativamente:

- Aquellos que tenían problemas previos de salud mental. La variable que más se correlaciona con efectos indeseables de la pandemia sobre la salud mental de la población infanto juvenil es el estado psicoemocional de esta en los tres meses previos a la misma.
- Los que padecían enfermedades físicas crónicas (tumores, problemas respiratorios crónicos, enfermedades inflamatorias intestinales, enfermedades metabólicas...).
- Aquellos menores que viven en familias con dificultades económicas. Se calcula que el colectivo infanto juvenil procedente de familias con bajos ingresos tiene hasta 4 veces más riesgo de desarrollar problemas mentales tras la pandemia.
- Los menores que viven en núcleos familiares con tensiones fuertes en la convivencia, con riesgo de manifestarse en distintas variantes de violencia intrafamiliar. En este apartado conviene señalar que la pandemia ha supuesto un factor de distanciamiento o incluso ruptura para ciertas parejas en las que antes no se detectaban conflictos relevantes; esta tensión nueva constituye una adversidad más para los menores de la familia.
- Los que viven en zonas urbanas o más afectadas por el virus, que han vivido con mayores restricciones objetivas y con sensación más intensa de que su integridad corría peligro.

En el conjunto de los factores protectores, los que promueven la resiliencia ante la adversidad, cabría destacar (Reyzábal y Sanz, 2014):

- La posibilidad y capacidad de mantener relaciones intrafamiliares dialogantes y abiertas. La resiliencia de los menores discurre paralela a la capacidad que tengan los adultos de

escuchar sus motivos de preocupación y de ofrecer respuestas transparentes y sinceras, sin eludir ninguna cuestión por incómoda que sea.

- El acceso a intercambios presenciales o en línea enriquecedores con familiares, amigos o profesionales significativos (profesorado, personal sanitario de atención primaria o de atención especializada con el que se tuviera suficiente confianza).
- La implicación consistente en aficiones y actividades de ocio equilibradas (práctica de música, juegos colaborativos, meditación...) y no centradas exclusivamente en el uso pasivo de tecnologías digitales.
- El acceso dosificado a la información sobre la pandemia tanto a través de la televisión como vía internet. La disposición de asesoramiento por parte de adultos significativos sobre cómo evaluar el carácter veraz de las noticias circulantes por los diferentes medios de comunicación masiva o personal (redes sociales, whatsapps...). En este período, la alfabetización digital y el fomento del pensamiento crítico han sido especialmente necesarios para hacer frente a lo que se ha denominado “infodemia” o “infoxicación” (Reyzábal, 2020).
- La capacidad de mantener las rutinas saludables durante los períodos de confinamiento que incluyan, entre otras, la actividad física. La OMS recomendaba en sus boletines informativos establecer hábitos de ejercicios físicos sistemáticos en todas las edades de la infancia y adolescencia, incluso en los bebés menores de un año.

El golpe más duro de la pandemia: el confinamiento

Tras la declaración del estado de pandemia el 11 de marzo de 2020, la estrategia prioritaria de los Sistemas Sanitarios de la mayoría de los países se orientó a aislar a la mayor parte de la población, lo que comúnmente se conoció por *confinamiento* (un concepto diferenciado de la selectividad de la *cuarentena*) que implicaba restringir al máximo los movimientos de la ciudadanía salvo en circunstancias y actividades muy concretas consideradas imprescindibles para el funcionamiento mínimo de la colectividad.

Sin que se hubieran alcanzado las dimensiones del confinamiento de 2020, no era la primera vez que se recurría a aislar a la población como medida sanitaria de precaución y se conocían parcialmente las consecuencias para el estado de salud psicofísica de la población infanto juvenil. Informes llevados a cabo en torno a pandemias previas (Sprang y Silman, 2013) habían constatado que el aislamiento aumentaba hasta cuatro veces la probabilidad de presentar Trastorno de Estrés Postraumático tras el evento.

Consecuencias del confinamiento sobre la vida de la población infanto juvenil

La limitación extrema de los movimientos fuera del entorno doméstico constituye una medida extrema desde el punto de vista legal y social, pues afecta a derechos fundamentales de los ciudadanos y tiene repercusiones significativas sobre la salud psicofísica de la población. En el caso de la infancia y la adolescencia, las consecuencias son

especialmente acusadas, ya que influyen negativamente sobre aspectos básicos del desarrollo físico y social (con especial impacto en los primeros años, por una parte, y en la adolescencia, en el otro extremo). Restringir de forma drástica la libertad de circulación implica:

- Alteración brusca de las rutinas, lo cual acaba afectando a los ritmos biológicos del organismo, incluidos sueño y alimentación. A ello contribuye también la limitación severa del contacto con la luz natural (que también influye en el crecimiento, la inmunidad y el estado anímico, por ejemplo).
- Disminución severa de la actividad física y tendencia al sedentarismo, con paralelo incremento de la tendencia al sobrepeso o la obesidad franca.
- Desvinculación de la familia extensa, en particular de los abuelos, lo que en esta pandemia se ha vinculado a niveles elevados de temor por el riesgo de que estos, al ser población de especial riesgo, enfermaran o murieran sin que existiera la posibilidad de mantener un vínculo con ellos en esos momentos críticos. En casos más extremos, en los que los progenitores enferman del virus de la COVID-19, el aislamiento intradomiciliario o la hospitalización de estos empeoran la repercusión de la desestructuración de los vínculos.
- Potencial aumento de las tensiones en las relaciones intrafamiliares, especialmente en aquellos sectores que disponen de espacios muy reducidos.
- Empobrecimiento de los intercambios sociales, sobre todo los presenciales y los que implican contacto físico. El encerramiento domiciliario acaba por extremar el distanciamiento social iniciado con las medidas profilácticas previas, que incluían alejamiento físico, reducción casi total de abrazos y otros contactos corporales (estrecharse las manos, acariciarse...). Esto, como ya se conoce, altera ciertos parámetros hormonales, en concreto la secreción de oxitocina, que ejercen una acción benefactora sobre el bienestar emocional y protectora frente al estrés. Las videoconferencias, a pesar de haber aportado un sustituto valioso, no llegan a compensar esas carencias psicobiológicas.
- Tendencia al encerramiento en sí mismo, lo cual favorece reacciones emocionales y conductuales negativas.
- Sustitución de los contactos interpersonales directos por actividades asociadas a las nuevas tecnologías. En particular, el aumento de horas dedicadas más o menos pasivamente al uso de las redes sociales o los videojuegos se ha convertido en un hábito que ha derivado en consecuencias llamativamente nocivas, predisponentes a la aparición o empeoramiento de patologías mentales.
- Interrupción o modificación significativa de la escolarización.
- Limitación de la capacidad de acceso a los canales de ayuda sanitaria o social.

El cierre de las escuelas ha sido uno de los aspectos más negativos de esta catástrofe mundial. Ha afectado a millones de menores en todo el mundo y se trata de un proceso que aún sigue sin normalizarse por completo (UNESCO/UNICEF, 2022). Como en otros aspectos,

la COVID-19 ha puesto de manifiesto y ampliado las brechas existentes entre las áreas ricas del planeta y aquellas con menos recursos.

En los países más desarrollados, la existencia de una buena red de telecomunicaciones ha permitido modificar significativamente el impacto de lo que, de otra forma, hubiera sido una auténtica catástrofe. El confinamiento nos ha redescubierto que la escuela es mucho más que un espacio donde se aprenden contenidos y que constituye un espacio fundamental para el desarrollo emocional y social de las personas en desarrollo, más eficaz cuanto más inclusivo sea (Reyzábal, 2020).

Las nuevas tecnologías han permitido que la escolarización no se haya interrumpido, aunque no sin dificultades que han afectado tanto al alumnado como al profesorado y a los progenitores y otros miembros de la familia (Casanova, 2022). A los primeros quizá les ha sido menos complicado adaptarse a la parte tecnológica, dada su proximidad al mundo digital; no obstante, las observaciones recogidas en alguna publicación aluden a preocupaciones relacionadas con el exceso de carga de trabajo, la ausencia de una relación suficiente de asesoría y acompañamiento por parte del profesorado, la incertidumbre sobre posibles retrasos en su progreso académico, especialmente en aquellos niveles cercanos al paso a la Universidad... Los docentes han tenido que afrontar sus limitaciones digitales y trabajar a contrarreloj para engancharse a un mundo que les era ajeno y hostil (de hecho, algunos no han llegado a conseguir adaptarse), modificar aspectos metodológicos, aprender a comunicarse con calidez mediante un canal que no facilitaba la cercanía emocional. Por su parte, las familias, en particular los progenitores, han visto sobrecargadas sus ya complejas jornadas de teletrabajo. Todos han requerido un esfuerzo ímprobo para desempeñar funciones diferentes en un escenario demasiado pequeño para escenarios tan variados... Y, no obstante, los que han podido hacerlo se pueden considerar privilegiados, porque en nuestra sociedad también hay brechas económicas y de infraestructuras que han mantenido alejados a sectores importantes de esa escuela en remoto.

Experiencia subjetiva del confinamiento

Existe un notable consenso acerca del impacto negativo del aislamiento derivado del estado de alarma especialmente sobre la población infantil y adolescente. Ello no quiere decir que no existan registros de vivencias positivas durante esta etapa para ciertas familias (Gorrotxategi *et al.*, 2020; Forti *et al.*, 2021 y García Murillo *et al.*, 2022). Las historias sobre este período con connotaciones optimistas se asocian a factores como:

- El reforzamiento de unos vínculos familiares sanos sin factores de tensión o agresividad gracias a una disponibilidad de tiempo más favorable.
- La aplicación en el entorno familiar de estilos de comunicación fluidos, transparentes y claros.
- La sensación de mayor tranquilidad en los progenitores al sentir mayor conocimiento sobre las vidas de sus descendientes.

- El distanciamiento de situaciones conflictivas en el caso de menores con escasas habilidades sociales o sometidos a dinámicas de acoso escolar.
- El alivio temporal experimentado por menores con determinados trastornos mentales (TDAH, fobias y otros estados ansiosos...).

Aun sabiendo que las dinámicas familiares sanas han sido un factor de protección y favorecedor de resiliencia, en los estudios llevados a cabo predominan otros elementos vinculados al confinamiento que han resultado claramente perjudiciales: a) espacios domésticos pequeños o con muchas personas compartiéndolos; b) situaciones conflictivas de los progenitores (presiones laborales, preocupaciones económicas, salud emocional, limitación en las habilidades de comunicación...) que son observadas por la prole o se trasladan directamente a la relación con esta en forma de ausencia de comunicación, descuido en los cuidados físicos o emocionales, o interacciones hostiles o francamente agresivas.

Poco tiempo después de iniciarse el confinamiento en España e Italia, Orgilés *et al.* (2020) realizaron entrevistas a cerca de 1500 padres de menores de 3 a 18 años de ambos países (posteriormente lo extenderían también a una muestra de Portugal) sobre diversos aspectos de la salud y las vivencias durante el confinamiento. Los adultos seleccionados informaron del aumento de síntomas diversos de malestar psíquico en sus hijos y en ellos mismos: dificultad de concentración (76,6%), aburrimiento (59%), irritabilidad (39%), inquietud (38,8%), nerviosismo (38%), sentimientos de soledad (31,3%), desazón (30,4%) y preocupaciones (30,1%).

Menores en cualquier estado evolutivo han manifestado diferentes aspectos complejos derivados del aislamiento, como recoge el Informe de UNICEF España, del que extraigo dos declaraciones de personas con edades y preocupaciones diferentes:

“Creo que esto ha afectado mucho a los niños y niñas sobre todo por no salir a la calle; les entra ansiedad por estar encerrados, se sienten agobiados y estresados. Yo me he sentido aburrida y un poco agobiada por todos los deberes que nos han puesto. A mis primos les ha afectado mucho, porque están muy acostumbrados a salir y a estar con la familia. Mis compañeros de clase se han sentido mal porque no nos hemos podido ver. Pienso que esto va a pasar y que tenemos que estar tranquilos, pero es difícil” (Naiara, 12 años).

“Nos han dado todo el tiempo que pedíamos; antes decíamos “no tengo tiempo para nada” y ahora al estar en casa tienes más tiempo y ahora nos quejamos también. Todo el mundo, por introvertido que sea, necesita salir. Y ahora estar solo con tu mente, da miedo, porque tienes mucho tiempo para pensar, con tantas cosas, que te agobias tú mismo. Necesitas algo con lo que estar entretenido, porque cuesta mucho desconectar de la situación actual” (Anuar, 17 años).

Respuestas emocionales y conductuales insanas ante el confinamiento

Muchas horas para pensar, obsesión por cuidar en la medida de lo posible aquello que puede controlar uno mismo (ejercicio, comida...), incertidumbre sobre lo que deparará el futuro, incapacidad para moverse a gusto, invasión de noticias catastróficas y muchas falsas a través de la redes, aburrimiento, temor a lo que puede pasar a la familia lejana, falta de espacio para alejarse cuando surgen enfrentamientos con los padres... el confinamiento se convirtió para la mayoría de los menores en una auténtica “olla a presión” que ha dejado rastros imborrables en la memoria y zarpazos en la salud física, emocional y en el equilibrio familiar, cuya persistencia en el tiempo aún no podemos calibrar. Las puertas de las casas se abrieron, pero no sabemos realmente qué restos quedaron de cara al futuro, aunque la práctica diaria nos dice que muchas de las consultas que recibimos de adolescentes y menores de etapas más precoces empiezan con “desde el confinamiento...”. Resulta difícil negar que en la vida de nuestras generaciones futuras hay un antes y un después del 14 de marzo de 2020.

Merece la pena desgranar campo por campo los efectos de esos largos días, empeorados en todos los casos por la dificultad para pedir ayuda sanitaria. Y es que, aunque hubo intentos de ayuda a través de la telemedicina, estos no fueron suficientes. Los que estuvimos al frente de la pantalla comprobamos cómo los padres se encontraban desesperados por la desaparición de muchos profesionales sanitarios y que los contactos eran poco sistemáticos: urgentes en un primer momento, pero poco continuados como para lograr establecer un auténtico vínculo con el menor o la familia.

De puertas para dentro, y a pesar de los insistentes consejos preventivos para contrarrestar los inconvenientes, el desesperado escudo anti-COVID-19 dejaba los siguientes rastros:

- Desorganizaciones del sueño, con múltiples transgresiones de las básicas medidas de higiene; muchas de estas pautas (vivir por la noche pegados a teléfonos, tabletas, ordenadores..., dormir hasta mediodía...) se han convertido en persistentes trastornos del sueño con difícil reestructuración.
- Alteración de los patrones alimentarios. Este es un capítulo amplio que deja espacio tanto para la proliferación de situaciones de obesidad, por el aumento de la ingesta e incorporación de comida de mala calidad nutricional (debido al aburrimiento, a la ansiedad, a las habituales aficiones culinarias potenciadas durante la pandemia...) como a otros trastornos de la ingesta basados en la excesiva observación del cuerpo, el rechazo del mismo por influencia de los modelos difundidos perversa y machaconamente por las redes sociales... La anorexia, la bulimia, la vigorexia, las dietas idiosincráticas sin base racional... han llegado a arraigar de tal forma durante los meses de encerramiento que hay profesionales que consideran que puede estallar un conflicto de proporciones problemáticas, que se suma al de los casos preexistentes que no han sido atendidos adecuadamente por las limitaciones del Sistema Sanitario.
- Disfunciones comportamentales que han oscilado desde:
 - los episodios de inquietud,
 - los estallidos agresivos (verbal o físicamente) frente a otros componentes del núcleo familiar,

- el ensimismamiento y aislamiento, refugiándose en el uso exagerado de dispositivos tecnológicos,
- Aislamiento mental en burbujas de pensamientos casi siempre cargados de angustia, desvalorización, autocastigo... Muchos de estos estados de dolor psíquico y autopunición se encuentran en el origen de los crecientes actos de autolesiones y, en casos más extremos, en la proliferación de tentativas o actos claramente suicidas.
- Conductas tóxicas, principalmente con cannabis y alcohol, como refugio del aburrimiento y de la sensación mantenida de malestar mental.
- Reacciones emocionales intensas de ansiedad, manifestadas en temor a contagiarse o a contagiar, fobias diversas, estados de temor e hipervigilancia mantenidos sin un foco claro...
- Episodios de duelo por enfermedades o muertes de familiares. Las muertes por la COVID-19 (y relacionadas con la situación, por ejemplo, por otras enfermedades no tratadas o por suicidio) han sido motivo de agrias discusiones en los medios de comunicación. No se debe mantener a los menores al margen de esta cuestión. Es conveniente que, al margen de la edad, la infancia y la adolescencia dispongan de ámbitos para preguntar y para expresar las emociones de pérdida.
- El ámbito familiar, sometido a la tensión emocional tanto de los padres como de los hijos, se convierte en un espacio más vulnerable a la expresión de la violencia intrafamiliar, más aún en hogares en los que esta forma de agresión era una posibilidad o realidad antes de la pandemia. Los mecanismos de detección debieron funcionar con especial atención y hoy, de forma retrospectiva, se ha de explorar prioritariamente la existencia de posibles actos de agresión durante los meses de encerramiento. La atención a traumas sobrevenidos durante el confinamiento se convierte en un área inexcusable para profesionales de la salud mental, de los servicios sociales y de la educación.
- Patologías somáticas crónicas sin un buen seguimiento. En este apartado se incluye la descompensación (y la angustia ante esta posibilidad) de problemas crónicos (asma, epilepsia, diabetes, cuadros complejos con discapacidad que implican necesidades especiales...).
- Síntomas psicósomáticos, que a través de cuerpo canalizan la angustia presente en los menores (enuresis, cefaleas, dolores abdominales, dolores corporales difusos...).

La salud mental de la infancia y la adolescencia a raíz de la pandemia

Es aún pronto para evaluar con perspectiva los efectos de la repercusión del fenómeno social de la pandemia sobre el equilibrio psíquico de nuestros menores.

Hará falta un seguimiento de años si queremos profundizar en las consecuencias de esta catástrofe sobre la salud psíquica de la infancia y la adolescencia de hoy y la de los adultos del futuro, pero existen indicios suficientes para entender que el daño sufrido por los menores de nuestro país y de todo el planeta está siendo de una dimensión preocupante. Chicas y chicos de diferentes edades se encuentran ahora entre la experiencia liberadora de recobrar sus rutinas y la necesidad de elaborar el malestar acumulado durante un largo período.

Los discursos que los menores nos transmiten a los especialistas a veces son capaces de comunicar con suficiente precisión el sufrimiento que la pandemia les ha supuesto (crisis de ansiedad, temor, miedo a enfermar, falta de deseo de vivir...) y otras muchas veces son incómodos silencios o auténticos gritos de ayuda (“me encuentro mal”, “no puedo más”...) carentes de palabras, que nos retan a los adultos a traducir a un lenguaje comprensible ese amasijo de emociones que a ellos les impide vivir con normalidad o incluso les impulsa a aliviarse de formas poco comprensibles que pasan por dañar el cuerpo o, incluso, a forzar la muerte como única salida a un dolor que no consiguen digerir. La sensación en estas circunstancias es que, antes de otros movimientos, resulta preciso enseñar a identificar y poner palabras a un mundo emocional devastado.

Con respecto a nuestro país, el 7 de abril de 2022, el Grupo de Trabajo Multidisciplinar sobre Salud Mental en la Infancia y Adolescencia informaba en un comunicado de prensa de indicadores llamativos acerca de los cambios detectados en España en la patología mental de los menores y el uso de los servicios de atención urgente desde la declaración oficial del estado de pandemia hasta marzo de 2021 (Tabla 1).

Tabla 1

<p style="text-align: center;">CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR SOBRE SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA</p> <p style="text-align: center;">OBSERVACIONES REALIZADAS ENTRE MARZO DE 2020 Y MARZO DE 2021</p> <p style="text-align: center;">(Comunicado del 7 de abril de 2022)</p> <ol style="list-style-type: none">1. Disminución de los contactos en los primeros meses de pandemia2. Posterior ascenso del 47% de casos de patología mental en niños y del 59% de comportamiento suicida respecto a 2019.3. Aumento del 10% de consultas a los servicios de urgencias, con incremento de los diagnósticos:<ul style="list-style-type: none">• 122% Intoxicación accidental por psicofármacos• 56% Suicidio/Intento de suicidio/ ideación autolítica• 40% Trastorno de conducta alimentaria• 19% Depresión• 10% Crisis de agresividad4. Aparición de casos más graves5. Inicio más precoz de los trastornos
--

Fuente: elaboración propia

Los eventos sociales, económicos y políticos derivados de la difusión de este coronavirus han repercutido en la mayoría de los trastornos mentales y en todas las edades, aunque con matices diferenciales en cada franja etaria. Los meta-análisis más recientes concluyen que los trastornos que más han incrementado la presencia entre los sectores infanto juveniles son la ansiedad y la depresión. Significativo es también el crecimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, los intentos de suicidio, los comportamientos autolesivos y en general los Trastornos de conducta. El impacto sobre los Trastornos del Neurodesarrollo, especialmente el autismo, constituye otro capítulo destacado.

Al analizar las manifestaciones emocionales y conductuales en la infancia y en la adolescencia conviene subrayar que muchas de ellas serán respuestas transitorias a la vivencia de múltiples adversidades y que -con una detección precoz y el adecuado asesoramiento- acabarán normalizándose sin derivar en patologías mentales. Habrá menores que requerirán una atención especial y un seguimiento para evitar que los obstáculos encontrados en este largo tiempo se transformen en heridas permanentes o incluso deriven en patologías mentales. No obstante, en principio, sus problemas no son patologías, sino situaciones complejas que desencadenan reacciones emocionales y/o de conducta intensas y susceptibles de atención y consejo, pero no de “etiquetaje” o tratamiento en sentido estricto. Las emociones intensas o las conductas disruptivas constituyen en principio una manifestación dentro del espectro normal y constituiría un grave riesgo clasificarlas con demasiada rapidez de “trastorno”. Como indica el psiquiatra José Luis Carrasco¹¹: “Hay un mucho riesgo de patologizar lo que son reacciones normales a situaciones que han sido duras y que incluyen un poco de malestar, de frustración, de ansiedad”. El uso de un diagnóstico por sí mismo es estigmatizante y, muchas veces, se mantiene automáticamente en valoraciones posteriores. En un momento en que las consultas a especialistas por motivos emocionales se están multiplicando, hay que ser muy consciente de la responsabilidad que tenemos para no contribuir a patologizar lo que son respuestas comprensibles y dentro del espectro normal a situaciones extremas, una tendencia que, preocupantemente, ya se percibía antes de la COVID-19 (Frances, 2014).

Los trastornos de ansiedad

La ansiedad y el miedo se encuentran entre las emociones normales que nos preparan para hacer frente a situaciones de peligro o de mayor exigencia. Cuando su intensidad, frecuencia o repercusión en la vida comienzan a ser desproporcionadas a los estímulos externos pasan a ser consideradas un trastorno, en el que se movilizan diversas reacciones fisiológicas, distorsiones de los pensamientos y condicionamiento de la conducta tendente a evitar los disparadores del temor y a buscar espacios y estrategias que aumenten la sensación de control, aunque sea al precio de limitar cada vez más la autonomía y la libertad de vivir sin constricciones autoimpuestas.

¹¹ Fundación Pablo VI, “Salud Mental: ¿Nueva Pandemia?”, debate celebrado el 9 de febrero de 2022. Se puede acceder al debate íntegro en el enlace <https://www.youtube.com/watch?v=sKxnee65wjE>, o en la web de la Fundación, <https://fpablovi.org/salud-mental>

Los trastornos de ansiedad -diferenciados por el desencadenante del temor incontrolable (Tabla 2)- constituyen patologías relevantes en la infancia y la adolescencia, tanto por su frecuencia como por la repercusión presente y futura sobre la calidad de vida del individuo que las padece: restricción de los vínculos, construcción de una pobre autoimagen, evitación de situaciones necesarias para el desarrollo personal autónomo, interferencia en el progreso emocional y cognitivo, limitación de los logros académicos y, consecuentemente, de la proyección laboral futura...

Tabla 2

Tipología de los trastornos de ansiedad
La <i>ansiedad de separación</i> consiste en la preocupación y temor excesivos de estar separado de los miembros de la familia o individuos con los que el menor está más ligado.
La <i>ansiedad social</i> radica en el miedo persistente a sentir vergüenza, ser humillado o ridiculizado en situaciones sociales.
La <i>ansiedad generalizada</i> se caracteriza por preocupaciones excesivas, constantes y no controlables sobre un gran número de acontecimientos de la vida cotidiana. Esta alerta mantenida conlleva una activación fisiológica con manifestaciones diversas (sudores, taquicardia, dolores torácicos...).
Las <i>fobias específicas</i> suponen temor intenso, mantenido y difícil de controlar ante la presencia de determinados objetos (agujas), seres (arañas, insectos, palomas...) o situaciones (extracciones de sangre, hospitales, autopistas...).
La <i>agorafobia</i> conlleva el miedo persistente de quedarse atrapado en situaciones o lugares públicos donde puede resultar difícil escapar y no haya nadie que pueda proporcionar ayuda.
El <i>trastorno de pánico</i> implica períodos inesperados, repetidos y de duración variable (de minutos a horas) de intenso terror o incomodidad. Esta vivencia se acompaña de síntomas físicos como palpitaciones, falta de aliento, sudoración...
El <i>mutismo selectivo</i> implica la incapacidad de hablar (cuando no existen déficits en ese ámbito, por ejemplo, en la familia o entre amigos) en una situación social no conocida.

Fuente: elaboración propia

Los trastornos de ansiedad se inician muy frecuentemente en la edad infanto juvenil. Los de aparición más precoz son el mutismo, las fobias específicas y la ansiedad de separación (en torno a los 4-5 años). La ansiedad generalizada y la fobia social suelen desencadenarse un poco más adelante (en torno a los 8-11 años), siendo más tardía la aparición de los trastornos de pánico (la aparición antes de la adolescencia es bastante inhabitual, considerándose que la prevalencia entre estos no supera el 0,5 y el 1%).

Las condiciones sociales derivadas de la pandemia (el distanciamiento social, el confinamiento, el cierre de las escuelas, el apartamiento de figuras de apego, las carencias de suministros sanitarios y vitales en ciertos sectores desfavorecidos, la saturación de informaciones confusas o falsas) constituyen un sustrato proclive a favorecer cualquiera de los trastornos de ansiedad. Si antes de esta su prevalencia se consideraba ya alta -entre el 6 y el 10% según los estudios (Orgilés *et al.*, 2012)- tras la pandemia las cifras se han disparado según apuntan diversos estudios realizados en situaciones y poblaciones diferentes. La prevalencia de síntomas de ansiedad se duplicó durante la COVID-19 en comparación con el período pre pandemia. Dos encuestas longitudinales en Alemania encontraron que hasta el 30.1% de los jóvenes de 11 a 17 años tenían síntomas de ansiedad generalizada en comparación con el 14.9% antes de la pandemia (Ravens-Sieberer *et al.*, 2022). Asimismo, un metaanálisis resumió los resultados de 29 estudios, que incluían una muestra de 80.879 adolescentes en todo el mundo, encontrando una prevalencia agrupada de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes en torno al 20.5% (Racine *et al.*, 2021). Hay estudios en China que encuentran cifras similares o superiores durante la pandemia; una investigación llevada a cabo con pacientes que se recuperaban de la infección por la COVID-19 (Liu, 2021) observó síntomas de ansiedad en un 31,6% frente al 18,9% existente en el grupo no afectado por el virus.

La depresión

Se trata de una alteración infradiagnosticada y banalizada (Sanz, 2018b) en personas menores de 18 años, a pesar de su potencial severidad y sus repercusiones sobre el desarrollo de los menores, pues merma: a) la capacidad de tener una imagen positiva de sí mismos en el presente y en su personalidad adulta, b) la destreza para relacionarse satisfactoriamente con familiares, amistades y otras personas, c) la posibilidad de desarrollar su potencial cognitivo en el ámbito escolar...

Se manifiesta por estados de ánimo desagradables, que incluyen la tristeza excesiva y mantenida, la irritabilidad, la hostilidad o incluso la ira, alteraciones de la vitalidad, con falta de energía, cansancio, sensación persistente de aburrimiento, pérdida de la iniciativa y de la capacidad de disfrute de juegos, relaciones, aficiones..., aislamiento social, visión negativa de uno mismo, pensamientos frecuentes y desproporcionados de culpabilidad, excesiva sensibilidad a las críticas, modificación significativa del apetito y/o de los ritmos de sueño, pensamientos negativos y desesperanza sobre el futuro, problemas de concentración y de atención con la consiguiente repercusión sobre el rendimiento escolar, quejas físicas diversas (dolores musculares, de cabeza, abdominales) sin aparente causa física. El trastorno puede complicarse con el abuso de sustancias psicoactivas para aliviar el malestar, con conductas agresivas e incluso delictivas, promiscuidad sexual y llegar a provocar falta de deseos de vivir e ideas activas de dañarse o quitarse la vida que, en ocasiones se concretan en actos suicidas consumados o tentativas. Matizando este panorama general, en cada estadio del dilatado espectro de edades que abarca la infancia y la adolescencia pueden existir variantes propias en cada franja del mismo (Tabla 3).

Tabla 3

Menores de 7 años	Ansiedad, irritabilidad, rabietas frecuentes, llanto sin motivo, quejas físicas varias (cefaleas, dolores abdominales, mareos), pérdida de interés por el juego, cansancio excesivo o aumento de la actividad motora, posible retraso psicomotor y en los parámetros físicos. Pueden asociarse también encopresis, enuresis, fobias escolares...
De los 7 años a la pre-pubertad	Irritabilidad, agresividad, agitación o, por el contrario, inhibición, cansancio, desinterés, aburrimiento, sentimientos de culpa, ideas relacionadas con la muerte (pérdida de interés en vivir o deseo activo de morir), visión negativa e infravalorada de sí mismo, falta de concentración, disminución del rendimiento académico, aparición de conductas alteradas con episodios de agresividad, desorganización del sueño (insomnio o exceso de somnolencia), modificaciones del apetito con posible obesidad o retraso del desarrollo ponderal, alteración del control de esfínteres, síntomas corporales difusos sin explicación física aparente.
Adolescencia	<p>Pueden aparecer más trastornos conductuales: actitudes negativistas o disociales con tendencia a saltarse las normas. Abuso de alcohol, cannabis y otras drogas, hurtos, peleas, intentos de fuga.</p> <p>Irritabilidad, inquietud, agresividad, estallidos de furia, aislamiento, descuido del aseo personal, hipersensibilidad a las críticas, tristeza, incapacidad de disfrutar o de hacer planes lúdicos, pensamientos reiterativos con contenido de autorreproches, descalificaciones personales, sentimiento de ser incapaz, temor y negatividad respecto a sus posibilidades futuras).</p> <p>Coexiste con ideas, planificaciones y actos suicidas, autolesiones, trastornos del comportamiento alimentario, trastornos de ansiedad, trastornos por déficit de atención e hiperactividad, abuso/dependencia de sustancias, problemas de control de impulsos (ludopatía presencial o en la red...).</p>

Fuente: elaboración propia

Hasta 2019, las cifras de prevalencia que se aceptaban como válidas en nuestro país (siendo conscientes de la limitación metodológica de los estudios existentes) rondaban alrededor del 0,5% en el tramo preescolar, en torno al 2-3% en edades entre los 9 y 11 años y alrededor

del 5-8% en el período adolescente, con un preocupante 3% de distimias o trastornos depresivos menos intensos pero crónicos y tendentes a persistir en la madurez.

La COVID-19 ha modificado radicalmente este panorama, con múltiples factores ambientales estresantes de los que ya se ha hablado, a los que cabe unir los todavía poco conocidos efectos del propio virus. Ambas fuentes de estrés -el sociológico y el neurobiológico- son una agresión con indudable potencia, especialmente en aquellas personas con alguna vulnerabilidad personal subyacente.

Las investigaciones dedicadas específicamente a la depresión no son aún ni suficientes ni definitivas. Cabe destacar algún trabajo centrado en la aparición de síntomas depresivos durante el confinamiento (Xie *et al.*, 2020; Bonati, 2022), con panoramas muy diversos. Entre los rastreos llevados a cabo específicamente con población infanto juvenil destaca el resultado del estudio chino (Zhou, 2020) a partir de encuestas a menores confinados. En esta investigación se plasmaba que el 22,6% de los mismos sufrieron síntomas depresivos relevantes. Meta-análisis recientes (Deng *et al.*, 2023) detectan -en una población de casi 1,5 millón de menores de todo el mundo- un aumento de hasta el 31% de las sintomatologías depresivas tras el estallido de la pandemia de la COVID-19 (no limitados al estado de confinamiento): el 19% correspondería a síntomas de depresión leve, el 13% a intensidades moderadas y el 6% a perfiles graves.

El incremento reflejado por esta amplia investigación supone multiplicar casi por 4 la prevalencia anterior a la pandemia en la adolescencia. Estas cifras tienen sólo valor orientativo pues el artículo incluye poblaciones heterogéneas, diseños diversos de los estudios, momentos diferentes de la pandemia..., pero constituye un aviso que no se puede desoír, especialmente para insistir en la importancia de un diagnóstico precoz que, desgraciadamente, se está quedando corto y llega cuando el aldabonazo de los suicidios nos impide seguir mirando hacia otro lado.

Trastornos del comportamiento alimentario

Los trastornos de la conducta alimentaria incluyen actualmente un rango cada vez más amplio de variedades (anorexia nerviosa, anorexia atípica, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, síndrome del comedor nocturno, obesidad, trastorno por purga, ortorexia, vigorexia, pica, trastorno por rumiación) con repercusiones diferentes sobre el estado general de salud y pronósticos heterogéneos a largo plazo.

Los más graves, sin duda, son la anorexia pura o con mezcla de fases anoréxicas y bulímicas y la bulimia. Se trata de patologías con un elevado potencial de producir patologías asociadas o incluso la muerte. Se focalizan tanto en la preocupación por el peso como la percepción distorsionada de la imagen corporal y tienden a ser complejas de tratar, con una elevada tendencia a la cronicidad.

Las circunstancias impuestas por la COVID-19, en particular el confinamiento, han impactado de manera especial en este tipo de trastornos (tampoco hay que perder de vista

el aumento de las ingestas excesivas nocturnas y los excesos alimentarios ligados a estados de ansiedad), en dos sentidos:

- Empeorando la situación de los casos ya detectados, hasta el punto de que las pérdidas ponderales han aumentado hasta un 50% en comparación con el 20% anterior a la pandemia. Los motivos radican tanto en el deterioro del seguimiento multidisciplinar que los menores afectados precisan (el confinamiento ha impedido mantener los tratamientos intensivos en hospitales de día e incluso las consultas presenciales o el asesoramiento psicoeducativo a los padres), como por la existencia de circunstancias ambientales que favorecen la tendencia a aumentar la restricción de alimento, las purgas y la disconformidad con la percepción de las formas del propio cuerpo.
- Propiciando la aparición de casos nuevos y en edades cada vez más tempranas. Algunas fuentes apuntan hasta un 33% de estos trastornos en la franja de edad adolescente (de 12 a 17 años).¹² Estos nuevos trastornos se han gestado en un ambiente poco propicio al diagnóstico precoz, lo cual resulta un mal indicador de cara a su evolución futura.

El confinamiento ha tenido efectos determinantes en la proliferación de nuevos casos de trastornos del comportamiento alimentario.

- Ante la incertidumbre que implicaba la pandemia, muchos adolescentes han recurrido al control sobre el cuerpo y la comida para sentir que, de alguna forma, podían encauzar la complejidad de sus emociones.
- La aparición de una enfermedad con alta morbilidad y mortalidad estimuló en muchos menores el deseo de potenciar hábitos saludables, en especial, en la comida. La interpretación distorsionada de este deseo de “comer sano” para “mejorar el estado de salud” general que se veía amenazado por otros frentes llevó a bastantes menores a una aplicación distorsionada de tal deseo, centrando ese objetivo en la restricción alimentaria o la elección selectiva de dietas que no siempre eran las más idóneas.
- La conexión a las redes y a informaciones tendenciosas y muy insistentes sobre un determinado de modelo corporal, de hábitos nutritivos y de intensidades exageradas de actividad corporal acabaron de cerrar el círculo para muchas personas adolescentes (más chicas que chicos todavía) que, carentes de informaciones y de criterio propio que contrarrestasen esa presión, se han ido introduciendo en la tela de araña que suponen la anorexia o la bulimia.

Autolesiones y suicidio

El estímulo más poderoso para convertir los problemas emocionales de los menores en una urgencia social y política radica en la acumulación de intentos de suicidios consumados en menores de edades cada vez más tempranas (incluso de 12 años), en la verbalización de

¹² Declaraciones de la doctora Yolanda Quiles, del centro CREA (Elche), el 31 de octubre de 2021, en <https://www.epe.es/es/sanidad/20211031/trastornos-alimenticios-pandemia-12544373>.

deseos suicidas en otros muchos¹³ y en la proliferación de conductas autolesivas declaradas en las familias y ante los especialistas (en urgencias o en dispositivos ambulatorios).

Ideación, intentos y suicidios consumados en la infancia y la adolescencia

En lo referente al suicidio, destaca que en 2020 se suicidaran 14 niños menores de 15 años, cifras que se han mantenido o incrementado a lo largo de 2021, 2022 y 2023. Los responsables de la Fundación ANAR establecen un aumento del 198% de consultas sobre ideación/conductas suicidas en el período 2020-2022 por haberse acusado los factores ambientales que incitan a las mismas: aislamiento, hacinamiento, abuso de drogas, maltrato intrafamiliar, incremento de la pobreza y de las situaciones de vulnerabilidad social, abuso de las tecnologías... A pesar de lo impactante de ese porcentaje conviene no olvidar que este estallido es la continuación de una tendencia que se observa y se avisa desde 2010 (Sanz, 2019a) y que ha empeorado en años posteriores. Los datos procedentes de otras fuentes, por ejemplo, los registros llevados a cabo por la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría desde el inicio de la pandemia en los registros de alta de los servicios de atención urgente, y que revelan un aumento del 122% del diagnóstico de “intoxicaciones farmacológicas” y el incremento del 56% de los de “suicidio/intento de suicidio/ideación autolítica”, confirman que el período post confinamiento ha supuesto una eclosión “sísmica” de un malestar que, por lo dicho, no podemos considerar una novedad, aunque la COVID-19 haya supuesto un efecto catalizador.

Haría falta un capítulo específico para adentrarse en una realidad tan compleja como el suicidio de los menores. Conviene insistir, no obstante, en algunas ideas básicas:

- a.** El fenómeno de pensar, intentar o conseguir poner voluntariamente a la vida tiene fuertes relaciones con las patologías mentales (en orden de probabilidad el trastorno depresivo mayor, los trastornos bipolares, los episodios psicóticos, los trastornos de la conducta alimentaria -sobre todo la anorexia nerviosa-, el abuso-dependencia de alcohol y otras sustancias psicotrópicas), pero NO todos los suicidios obedecen a una enfermedad mental, sino a circunstancias personales, familiares y sociales muy desfavorables a las que el sujeto no ve salida.
- b.** Un intento de suicidio suele tener avisos previos que, o han permanecido en secreto, o se han minimizado o malinterpretado.
- c.** Existen numerosos tópicos sobre el suicidio cuya superación resulta imprescindible si queremos realmente afrontar esta lacra infantil y juvenil. Entre ellas, la idea de que no es positivo hablar del suicidio porque hacerlo ejerce un llamamiento a que otras personas quieran intentarlo, lo que se conoce como “efecto Werther”. Muy al contrario, hablar con claridad cuando algún menor expresa directa o indirectamente preocupaciones

¹³ La Fundación ANAR declara que en 2020 recibió hasta un 145% de llamadas de menores que verbalizaban preocupaciones autolíticas y el 180% de comunicaciones vinculadas a autolesiones, por encima de lo registrado en los dos años previos.

relacionadas con la muerte provocada, constituye una oportunidad única de no abandonarle a la soledad y a la sensación insuperable de desesperanza. La cuestión es que hay que aprender a hacerlo en unos términos que sean realmente de ayuda y que consigan llegar a lo que motiva ese deseo autodestructivo y ofrecer alternativas realistas y en las que la persona que sufre sienta que va a ser acompañada. Esta forma de romper el silencio y el tabú que rodea el suicidio es lo que se ha difundido como “efecto Papageno”¹⁴, la contraversión de los que se protegen cobardemente en ese “efecto Werther”.

- d. Más aún, el posible efecto contagio, radica hoy en la influencia de las redes sociales, compañeras inseparables de la infancia y la adolescencia. Las redes y en general los canales digitales se convierten en estímulos del suicidio por varios mecanismos: 1) como forma de acciones de acoso (ciberacoso) y agresiones varias (sexting, grooming...); 2) cuando son un medio donde se exalta el suicidio como salida digna e incluso heroica y se proponen diferentes medios para consumarlo. Afortunadamente, igual que pueden ser nocivas, las redes sociales adecuadamente utilizadas pueden mutar en vías de llegada de mensajes de alivio y reconsideración de la opción de quitarse la vida (un canal para poner en marcha el “efecto Papageno”).

Las autolesiones

Consisten en conductas autoinfligidas con la finalidad de causarse daño físico, pero no necesariamente con finalidades autolíticas. El método más frecuente son los cortes en la piel, generalmente no muy profundos, pero también abarcan otras modalidades como quemaduras, mordeduras, rascados, roces insistentes o golpes en distintas partes del cuerpo entre las más frecuentes. Las razones por las que se acude a ellas pueden ser variadas: a) aliviar o disminuir sentimientos negativos; las personas que las utilizan tratan de sustituir un dolor emocional inmanejable por otro físico, más asumible; b) autocastigarse en momentos de intensa culpabilidad; c) resolver una situación conflictiva o demandar atención desviando la atención de personas próximas hacia el hecho impactante del daño autoinfligido.

El fenómeno resultaba conocido al menos desde la década de los 60 y su frecuencia se había incrementado ya sustancialmente en la era pre-COVID-19, pero no se puede pasar por alto el impactante dato ofrecido por la Fundación ANAR acerca de que en 2020 las llamadas vinculadas a este comportamiento anómalo se dispararon un 180% respecto a los dos años previos.

¹⁴ Este nombre menos conocido hace referencia a un personaje de *La flauta mágica* de Mozart, disuadido de sus afanes suicidas por tres espíritus infantiles que le proponen alternativas a sus reflexiones acerca de sus deseos de autoeliminarse.

En relación con el estallido de este y otros fenómenos psicopatológicos asociados que comprometen la integridad física de los menores, Diana Díaz, directora del teléfono/chat de la referida Fundación reflexiona:

“Las consecuencias del COVID-19 han generado en niños/as y adolescentes una gran frustración fruto de la indefensión y desesperación que explican el porqué de que muchos/as adolescentes han aumentado sus ideaciones y tentativas de suicidio durante el confinamiento y han utilizado mecanismos de autorregulación emocional dañinos con el fin de lograr la reducción de su ansiedad, como las autolesiones con la vuelta al cole o los mecanismos de compensación propios de los trastornos de alimentación, que se han disparado coincidiendo con las primeras salidas” (Presentación del informe anual de 2020 de la Fundación ANAR)¹⁵.

Trastornos del neurodesarrollo. Impacto de la COVID-19 sobre el autismo

Existen menores y adultos cuya capacidad de comprensión de las interacciones sociales, manejo del lenguaje y comportamiento motor estereotipado se encuentra radicalmente afectada desde edades muy tempranas por una modificación de los patrones habituales de maduración del cerebro. La intensidad de la afectación del Sistema Nervioso puede ser más profunda y alterar también la capacidad intelectual.

La repercusión tardía del autismo y el pronóstico y la calidad de vida de los menores que padecen cualquiera de las variantes de esta afectación del neurodesarrollo pivota sobre una detección lo más temprana posible tras el nacimiento y en la adopción precoz de medidas de estimulación social que han de mantenerse durante toda la vida a través de dispositivos y profesionales específicos con buen conocimiento de esta variante del desarrollo cerebral.

El primer obstáculo que surgió con el confinamiento es que las medidas de estimulación y el soporte de atención especializada se interrumpieron para aquellos menores que ya habían sido diagnosticados.

Muchos de los menores con autismo, sobre todo aquellos con mayores dificultades lingüísticas e intelectuales, tuvieron serias dificultades para entender qué implicaba el encerramiento y por qué se producía.

El aislamiento durante el confinamiento (aunque hubiera disposiciones especiales para este colectivo) se tradujo en el mantenimiento de dificultades de comunicación y de capacidad de interacción interpersonal en el período posterior. Según los estudios llevados a cabo en muestras concretas, hasta la mitad de los sujetos experimentaron un retroceso en los avances terapéuticos logrados antes de la pandemia.

Las poco favorables circunstancias derivadas del confinamiento provocaron en más de la mitad de los sujetos estudiados respuestas emocionales negativas, especialmente, ansiosas,

¹⁵<https://www.anar.org/autolesiones-e-ideaciones-suicidas-ansiedad-depresion-y-trastornos-de-alimentacion-en-menores-de-edad-alcanzan-cifras-record-a-causa-de-la-pandemia/>

siendo esta tendencia más acusada entre las niñas, que también desarrollaron más reacciones de hipersensibilidad ante las relaciones sociales y retrasos más notables en los avances logrados antes de la pandemia.

La conducta también sufrió efectos negativos, aumentando las auto y las heteroagresiones, lo que en ocasiones requirió aumento de las intervenciones farmacológicas requeridas.

El mantenimiento de las rutinas y la incorporación a las clases por vía telemática presentó problemas, que repercutieron tanto en el bienestar de los menores como en el rendimiento académico posterior.

Si la COVID-19 ha afectado de forma tan drástica la progresión de los menores con autismo que ya disponían de un plan de intervención eficaz para estimular el desarrollo de sus capacidades lingüísticas y de interacción social, el panorama resulta aún más complejo para los bebés que han nacido en estos tres años. Dada la imposibilidad de un contacto precoz con servicios especializados de detección y atención temprana, una parte de esos recién nacidos, lactantes o preescolares con indicios sugerentes de alteraciones en su neurodesarrollo ha visto mermadas sus posibilidades presentes y futuras de alcanzar la máxima capacidad posible de autonomía, de desarrollo en la expresión/comprensión emocional y de posibilidades de lograr una interacción social lo más óptima que sus potencialidades les permitan lograr.

Repercusiones no establecidas con claridad en otros trastornos mentales infanto juveniles

La variedad de patologías que afectan a un segmento tan amplio de edades no está recogida en ciertos casos por los estudios llevados a cabo. Bien por falta de suficiente investigación en este período de tiempo que aún es breve, bien porque las conclusiones obtenidas aún no sean en exceso clarificadoras, dejo apenas enunciadas las siguientes reflexiones que aún son meras pinceladas:

1. Los estudios sobre la repercusión de la COVID-19 sobre el Trastorno Obsesivo Compulsivo, ofrecen por el momento conclusiones contradictorias.
2. Los datos que se refieren al TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad) apuntan a una mejoría sintomática durante el confinamiento (con mayor focalización de la atención, aumento del rendimiento académico, regularización de los ciclos sueño-vigilia), aunque con posibles reacciones de tristeza, soledad y estrés. Por su parte, los informes de Save the Children apuntan a un aumento en la frecuencia de este cuadro, al igual que sucede con otros trastornos de conducta.
3. Las informaciones relacionadas con el consumo de drogas en general apuntan, según la Encuesta OEDA del Plan Nacional de Drogas (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021), a una estabilización/descenso generalizado en el consumo de todas las sustancias, hecho que, posiblemente deberá ser confirmado por estudios posteriores.
4. En cuanto al uso/abuso de pantallas, los datos apuntan a un incremento en el número de horas empleadas por los menores ante teléfonos, tabletas, ordenadores, consolas...

No obstante, no queda claro en qué proporción de casos esta tendencia -que ya se percibía antes de 2019- pasa a adquirir carácter de adicción. En este apartado cabe incluir también lo que sí parece confirmarse, que es el aumento de menores que abusan del juego en línea con carácter patológico, lo cual constituye una variante peculiar de la ludopatía. Como dato positivo en este sentido, es reseñable la creación de dispositivos sanitarios públicos (tanto por parte de Comunidades Autónomas como de Ayuntamientos) especializados en el abordaje de este tipo de “adicciones sin sustancia o comportamentales”.

Conclusiones

En general tenemos una idea falsa e ingenua de cómo viven las generaciones más jóvenes las amenazas graves o la muerte. En absoluto, ser menor implica no percibir que algo muy grave sucede, que hay algo que los amenaza directamente, pero sobre todo que pone en peligro a las figuras significativas (progenitores, abuelos, familiares en general, docentes, amistades). La COVID-19 ha sido un trauma de dimensión severa incluso para los más pequeños y esas experiencias extremas en edades tan tempranas aumentan el riesgo de posibles desequilibrios emocionales en el futuro. La consecuencia es que la mirada sobre el estado de salud emocional de los menores de hoy no debería ser un proyecto a corto plazo. Es importante detectar precozmente las consecuencias de la COVID-19 sobre la salud mental de nuestros menores, pero tanto en el presente como en los años venideros. Esa parece ser la filosofía dominante en la *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para el período 2022-2026* (Ministerio de Sanidad, 2022).

Sería un trabajo pertinente para los próximos meses-años sondear mediante herramientas de encuesta adecuadas cómo ha repercutido cada fase de esta experiencia irrepetible en nuestras generaciones jóvenes. No en vano, lo sembrado en estos años puede manifestarse ahora o dentro de un tiempo más largo, pues la salud de los adultos futuros se gesta en esa infancia y adolescencia a veces tan poco escuchada y atendida. Escuelas, ámbitos de formación extraescolar, lugares dedicados al ocio, centros médicos de atención primaria, especialistas cuando sea pertinente... todos son observatorios valiosos para preguntar y escuchar a los menores cómo han vivido estos años tan especiales y qué recuerdos - traumáticos o no- les quedan de la COVID-19.

El silencio, el olvido, el suponer que no ha pasado nada, el deseo demasiado vehemente de “pasar página” sin más puede ser una tentación para personas en desarrollo, pero los adultos responsables desde diversos ámbitos del futuro de esas personalidades en construcción no deberían permitirse el delegar su responsabilidad al azar y habrían de ser conscientes de que tras una catástrofe de esta entidad es imprescindible hacer un trabajo de reconstrucción, de escucha, de duelo... si queremos evitar traumas en diferido... o en el presente. Esa es la lectura que deberíamos hacer de esa lluvia de suicidios y autolesiones que nos abruman ya tanto en los medios de comunicación como en los servicios de urgencias y en las consultas de atención primaria, psiquiatría o psicología.

En medio de este furor por hablar de salud mental y sobre todo de salud mental infanto juvenil convendría no olvidar que, más allá del volcán que ha supuesto la COVID-19, la

atención a la salud mental de los menores es una asignatura pendiente que viene de muy atrás, especialmente en nuestro país (Sanz, 2019b). Afrontar seriamente esta cuestión tan relevante implicaría cambios en muchos niveles:

Separar lo que es la promoción de la Salud Mental de lo que es la atención a la Enfermedad Mental, de la cual apenas se habla, quizá por que suena mal, no es políticamente correcto, infunde miedo... Sean cual sean las razones, ni la Salud Mental equivale a la ausencia de enfermedad, ni la Enfermedad Mental es la cara opuesta de una Salud Mental deficiente o poco cuidada.

En la construcción de una Salud Mental positiva y poderosa, influyen ámbitos y personas que están próximos al menor -progenitores, hermanos, familia extensa y docentes, educadores sociales, monitores deportivos...-. Ninguno de ellos debería renunciar a su imprescindible aportación (Sanz, 2018e; Reyzábal 2020; Lara, 2022) para lo cual han de recibir nociones sobre cómo abordar el mundo emocional de los menores y las estrategias para comunicarse con ellos francamente y sin temas tabú ni líneas rojas.

En un círculo algo más lejano, pero no demasiado, tienen mucho que aportar los trabajadores sanitarios de atención primaria y los de Servicios Sociales, como primeros detectores de posibles áreas de mejora o de indicios de que algo no va bien en la salud emocional o conductual de las generaciones jóvenes.

Más lejanos están los especialistas en la mal llamada “Salud Mental”, porque en realidad se trata de profesionales que abordan ya situaciones transitorias de malestar emocional como patologías francas. En este nivel que podemos denominar ya terciario, es donde suelen concentrarse las principales reivindicaciones: aumento de financiación y recursos, mejora de la especialización (con la creación del MIR/PIR de Psiquiatría/Psicología infanto juvenil...) y la formación continua.

Desde luego que es fundamental mejorar los pisos altos del edificio que conlleva la atención emocional a los menores, pero no hay que olvidar que el trabajo más efectivo a largo plazo siempre que sea posible es la prevención y la detección precoz de posibles problemas. Y en esas tareas estamos implicados todos los que nos relacionamos con las generaciones más jóvenes, desde la familia pasando por los profesores, los orientadores y los responsables de la educación no reglada. Entre ellos y los profesionales de Atención Primaria, los especialistas y los encargados sociales debería existir un diálogo fluido, incluso con encuentros y espacios fijados para tratar temas concretos.

Es tiempo de revisar la construcción de un edificio que adolece de muchas grietas. No dejemos pasar este toque de atención para iniciar una transformación profunda y duradera.

Bibliografía

- Agamben, G.; Zizek, S.; Nancy, J.L.; Berardi, F.; López Petit, S.; Butler, J.; Badiou, A.; Harvey, H.; Han, B.; Zivechi, Galindo, M.; Yáñez González, G.; Manrique, P. y Preciado, P. (2020). *Sopa de Wu Han*, Madrid, ASPO.
- Aranda, F. *et al.* (2020), "COVID Isolation Eating Scale (CIES): Analysis of the impact of confinement in eating disorders and obesity-A collaborative international study", *European Eating Disorders*, vol 48 (6), pp. 871-883.
- Aumaitre, A.; Costas, E.; Sánchez, M.; Taberner, P.; Vall, J. (2021), *Crecer saludable(mente)*, Madrid, *Save The Children* España.
- Bai, MS; Miao, CY; Zhang, Y.; Xue, Y.; Jia, FY; Du, L. (2022), "COVID-19 and mental health disorders in children and adolescents (Review)", *Psychiatry Res*, nº 317:114881.
- Behnood, SA. *et al.* (2022), "Persistent symptoms following SARS-CoV-2 infection amongst children and young people: A meta-analysis of controlled and uncontrolled studies", *J Infect*, nº 84, pp: 158–170.
- Bonati, M.; Campi, R.; Segre, G. (2022), "Psychological impact of the quarantine during the COVID-19 pandemic on the general European adult population: a systematic review of the evidence", *Epidemiol Psychiatr Sci*, 31: e27, pp: 1-19.
- Buonsenso, D.; Di Gennaro, L.; De Rose., C; Morello., R; D'Ilario, F.; Zampino, G.; Piazza, M.; Boner, AL.; Iraci, C.; O'Connell, S.; Cohen, VB.; Esposito, S.; Munblit, D.; Reena, J.; Sigfrid, L.; Valentini, P. (2021), "Long-term outcomes of pediatric infections: from traditional infectious diseases to long Covid", *Future Microbiol*, nº 17, pp: 551-571.
- Casanova, M.A. (2022), *La educación en tiempos de virus*, Madrid, La Muralla.
- Centers for Disease Control and Prevention (2021), *Adverse Childhood Experiences Prevention Strategy*, National Center for Injury Prevention and Control, Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2021), "Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la COVID-19", *Estudio nº 3312*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Chrapkowska, C (2023), "Mental and physical health should be evaluated in children and adolescents with long COVID", *Acta Paediatr*, nº 12 (2), pp: 176-177.
- Cozzi, G.; Marchetti, F.; Barbi, E. (2023), "Clinicians need to be careful that they do not confuse mental health issues and long COVID in children and adolescents", *Acta Paediatr*, nº 112(2), pp: 180-182.
- Deng, J.; Zhou, F.; Hou, W.; Heybati, K.; Lohit, S.; Abbas, U.; Silver, Z.; Wong, CY.; Chang, O.; Huang, E.; Zuo, QK.; Moskalyk, M.; Ramaraju, HB.; Heybati, S. (2023), "Prevalence of mental health symptoms in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis". *Annals of the New York Academy of Sciences*, nº 1520 (1), pp. 53-73.
- Forti, M.; Díaz de Neira, M.; Mallol, L.; Isidoro, B.; Muñoz; A.; García, L.; Palanca, I. (2021), "Experiencia subjetiva de los padres de niños y adolescentes durante el confinamiento en España: un estudio descriptivo", *Revista de Psiquiatría Infanto juvenil*, Volumen 38, nº 3, julio-septiembre de 2021, pp. 4-13.
- Frances, A. (2014), *¿Somos todos enfermos mentales?*, Barcelona, Ariel.
- Fundación ANAR (2021), *Informe Anual teléfono/chat ANAR. En tiempos de COVID. Año 2020*, Madrid, Fundación de Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR).

- Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (2020), *Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en la era del COVID-19. Evidencias y Recomendaciones de las Asociaciones Profesionales de Psiquiatría y Psicología Clínica*, Madrid, Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.
- García Murillo, L.; Mallol Castaño, L.; Díaz de Neira, M.; Isidoro Fernández, B.; Forti Buratti, A.; Muñoz Domenjó, A.; Blasco Fontecilla, H.; Palanca Maresca, I. (2022), “Experiencia subjetiva de los niños durante el confinamiento en España: un estudio descriptivo”, *Revista De Psiquiatría Infanto juvenil*, nº 39 (3), pp. 12–20.
- García-Sastre, A. (2023), “Se puede declarar acabada la pandemia”. *El Independiente*, 5 de marzo de 2023, ed. en línea, <https://www.elindependiente.com/vida-sana/salud/2023/03/05/adolfo-garcia-sastre-se-puede-declarar-acabada-la-pandemia/>
- Gordon, M.; Strobel, W. (2023): “Lab Leak Most Likely Origin of Covid-19 Pandemic, Energy Department Now Says”. *The Wall Street Journal*, edición en línea, 26 de febrero.
- Gorrotxategi Gorrotxategi, P.J.; Serrano Poveda, E.; Garrido Torrecillas, F. J.; Vázquez Fernández, M. E.; Mambié Menéndez, M.; Cenarro Guerrero, M. T. (2020), “¿Cómo han vivido los niños el confinamiento por el coronavirus?”, *Pediatría Atención Primaria*, nº 22 (87), pp. 273-281.
- Herb, J.; Bertrand, N. (2023), “U.S. Energy Department assesses Covid-19 likely resulted from lab leak, furthering US intel divide over virus origin”. *CNN politics*, edición en línea, 27 de febrero.
- Hernández-Sampelayo, T.; Gómez-Pavón, J.; González del Castillo, J.; Martín-Delgado, MC.; Martín Sánchez, FJ; Martínez-Sellés, M.; Molero García, JM.; Moreno Guillén, S.; Rodríguez-Artalejo, F.; Ruiz-Galiana, J.; Cantón, R.; De Lucas Ramos, P; García-Botella, A; García-Lledó, A; Calvo Rey, C.; Bouza, E. (2021), *COVID en edad pediátrica: un documento de opinión*, Madrid, Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.
- Inserro, A. (2020), “CDC Warns That COVID-19 Is Likely Headed Toward Pandemic Stage, Could Affect US Schools, Businesses”, *AJMC*, 26 de febrero de 2020, <https://www.ajmc.com/view/cdc-warns-that-covid19-is-likely-headed-toward-pandemic-stage-could-affect-us-schools-businesses>.
- Kundu, A.; Maji, S.; Kumar, S.; Bhattacharya, S.; Chakraborty, P.; Sarkar, J. (2022), “Clinical aspects and presumed etiology of multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C): A review”. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 100966.
- Lara, T. (2022), *Enseñamos lo que somos. Las alas del educador*. Madrid, La Muralla.
- Liu, D.; Liu, W.; Rodríguez, M.; Zhang, J.; Zhang, F. (2021), “The mental impacts of COVID-19 on pediatric patients following recovery”, *Front Psychol*, nº 12, 628707.
- López-Leon, S.; Wegman-Ostrosky, T.; Ayuzo Del Valle, NC.; Perelman, C.; Sepulveda, R.; Rebolledo, PA.; Cuapio, A.; Villapol, S. (2023), “Long-COVID in children and adolescents: a systematic review and meta-analyses”, *Sci Rep*, 12(1), pp: 9950.
- Ministerio de Sanidad (2022), *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para el período 2022-2026*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Secretaría General Técnica.
- Observatorio Español sobre las Drogas y las Adicciones (2021), *Encuesta OEDA-COVID 2020. Impacto de la pandemia por COVID-19 durante el año 2020 en el patrón de consumo de sustancias psicoactivas y otros comportamientos con potencial adictivo*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

- Orgilés, M.; Méndez, X.; Espada, J. P.; Carballo, J. L.; Piqueras, J. A. (2012), “Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria”, *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, nº 5 (2), pp. 115-120.
- Orgilés, M.; Morales, A.; Delvecchio, E.; Mazzeschi, C.; Espada, JP. (2020), “Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth from Italy and Spain”, *Front Psychol*, 6 de noviembre, nº 11:579038.
- Ortiz Villalobos, MA (2021), “Duelo en infancia y adolescencia y en tiempos de COVID-19”, *Revista de Psiquiatría Infanto juvenil*, nº 1, pp: 3-10.
- Ortiz Villalobos, MA.; Alcamí Pertejo, M.; Bravo Ortiz, M. F. (2022), “Impacto de la COVID-19 en la salud mental del niño, adolescente y joven adulto”, en Sánchez Caro, J; Urra, J.; Abellán, F. (2022) (Coords.), *Salud del niño, del adolescente y del joven adulto*, Colección de bioética y derecho sanitario, nº 28. Fundación Merck Salud.
- Osgood, K.; Sheldon-Dean, H.; Kimball, H. (2021). *2021 Children’s Mental Health Report: What we know about the COVID-19 pandemic’s impact on children’s mental health — and what we don’t know*. The Child Mind Institute.
- Paricio del Castillo, R.; Mallol Castaño, L.; Díaz de Neira, M.; Palanca Maresca, I. (2021), “Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia en la época COVID: ¿una nueva pandemia?”, *Revista de Psiquiatría infanto juvenil*, Vol. 38, nº 4, pp. 9-17.
- Paricio del Castillo, R.; Pando Velasco, MF. (2020), “Salud mental infanto juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos”, *Revista de Psiquiatría infanto juvenil*, Vol. 37, nº 2, pp. 30-44.
- Pérez, C. (2022), *Una pandemia de desinformación*, edición del autor.
- Racine, N.; McArthur, BA.; Cooke, JE.; Eirich, R.; Zhu, J.; Madigan, S. “Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis”, *JAMA Pediatr*, nº 175 (11), pp. 1142-1150.
- Ravens-Sieberer, U.; Kaman, A.; Erhart, M.; Devine, J.; Schlack, R.; Otto, C. (2022), “Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany”, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, nº 31 (6), pp. 879-889.
- Reyzábal, M.V. (2020), *Educación para una sociedad sin modelos*. Madrid, La Muralla.
- Reyzábal, M.V.; Sanz, A.I. (2014), *Resiliencia y acoso escolar. La fuerza de la educación*, Madrid, La Muralla.
- Salmerón-Medina, M.; Tapia-Córcoles, A.; Palou-Artola, E.; Nicolau-Palou, N.; Calvo-Escalona, N. (2022), “Análisis del impacto de la COVID-19 en menores de edad con trastorno del espectro autista”, *Revista de Neurología*, 74, pp. 181-188.
- Samatán-Ruiz, E.M.; Ruiz-Lázaro, P.M. (2021), “Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante pandemia covid-19: estudio transversal”, *Revista De Psiquiatría Infanto juvenil*, nº 38 (1), pp. 40–52.
- Sanz, A.I. (2018a), “La salud de nuestros menores: una asignatura pendiente”, *Revista Innovamos*, 31 de enero de 2018, <https://revistainnovamos.com/2018/01/31/la-salud-de-nuestros-menores-una-asignatura-pendiente/>
- Sanz, A.I. (2018b), “Depresión infantil, mejor mirarla de frente”, *Revista Innovamos*, 3 de mayo de 2018, <https://revistainnovamos.com/2018/05/03/depresion-infantil-mejor-mirlarla-de-frente/>

- Sanz, A.I. (2018e), “El profesorado ha de reivindicar su liderazgo en la educación emocional eficaz”, *Revista Innovamos*, 7 de diciembre de 2018, <https://revistainnovamos.com/2018/12/07/el-profesorado-ha-de-reivindicar-su-liderazgo-en-la-educacion-emocional-eficaz/>
- Sanz, AI (2019a), “A veces deseo morirme y no me atrevo a decirlo”, *Revista Innovamos*, 1 de abril de 2019, <https://revistainnovamos.com/2019/04/01/a-veces-deseo-morirme-y-no-me-atrevo-a-decirlo/>
- Sanz, AI (2019b), “¿Nos importa la salud mental de nuestra infancia?”, *Revista Innovamos*, 2 de julio de 2019, <https://revistainnovamos.com/2019/07/02/nos-importa-la-salud-mental-de-nuestra-infancia/>
- Sanz, AI (2022), “Las heridas emocionales de la COVID-19: Afrontar un trauma presente que no olvide los errores del pasado”, *Revista Innovamos*, 12 de julio de 2022, <https://revistainnovamos.com/2022/07/12/las-heridas-emocionales-de-la-covid-19-afrontar-un-trauma-presente-que-no-olvide-lo-serrores-del-pasado/>
- Sprang, G; Silman, M. (2013), “Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters”, *Disaster Med Public Health Prep*, febrero, nº 7 (1), pp. 105-10.
- Tang, S.; Xiang, M.; Cheung, T.; Xiang, YT. (2021), “Mental health and its correlates among children and adolescents during COVID-19 school closure: The importance of parent-child discussion”, *J Affect Disord*, nº 15, 279, pp. 335-360.
- Terin H.; Açikel SB.; Yılmaz MM.; Şenel S. (2023), “The effects of anxiety about their parents getting COVID-19 infection on children's mental health”, *Eur J Pediatr*, nº 182(1): pp. 165-171.
- Tizón, J.L. (2020), *Salud emocional en tiempos de pandemia*. Barcelona, Herder.
- UNESCO/ UNICEF/ The World Bank (2022), *Where are we in education recovery*. UNICEF.
- UNICEF España (2020), *Salud Mental e Infancia en el escenario de la COVID-19. Propuestas de UNICEF España*, Madrid, UNICEF España.
- Vázquez López, P.; Armero Pedreira, P.; Martínez-Sánchez, L.; García Cruz, J.M.; Bonet de Luna, C.; Notario Herrero, C.; Sánchez Vázquez, A.R.; Rodríguez Hernández, P.J.; Díez Suárez, A. (2023), “Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado”, *Anales de Pediatría*, Vol 98, nº 3, pp. 204-212.
- World Health Organization (2020), “WHO Director General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020”, <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- World Health Organization (2021), *A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus*, 6 de octubre de 2021. www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1
- Xie, X.; Xie, Q.; Zhou, Y.; Zhu, K.; Liu, Q.; Zhang, J.; Song, R. (2020), “Mental Health status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China”, *JAMA Pediatr*, nº 174 (9); pp: 898-900.
- Zhou, S.J.; Zhang, L.G.; Wang, L.L.; Guo, Z.C.; Wang, J.Q.; Chen, J.C.; Liu, M.; Chen, X.; Chen, J.X. (2020), “Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19”, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, nº 29 (6), pp: 749-758.

2 LA VISIÓN ADOLESCENTE. CONTRIBUCIÓN DEL ENFOQUE SALUTOGÉNICO A LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL ÁMBITO ESCOLAR: APLICACIÓN AL CONTEXTO ESCOLAR

Carmen Viñas Redondo

Reflexiones conceptuales básicas

La conducta suicida hace referencia a un fenómeno complejo, multicausal y multidimensional que puede manifestarse en un continuum en el que se distinguen diferentes momentos y manifestaciones con relevancia bien distintas (Navío y Pérez Solá, 2020): a) la ideación suicida, b) la planificación suicida, c) el intento de suicidio, y d) el acto suicida consumado.

El sufrimiento psicológico y la desesperanza acerca de la mejora de su situación son denominadores comunes en las personas que manifiestan conductas suicidas. El dolor que sienten es tan profundo que no logran encontrar otro camino para dejar de sufrir que acabar con su vida (Jiménez Pietropaolo, 2016).

Es esencial que el adolescente pueda "ser escuchado" para determinar cuáles son las iniciativas que han de adoptar profesionales, instituciones y familias. Los adolescentes en riesgo nos convocan con sus pensamientos o conductas a todos los que estamos con él y debemos actuar para crear condiciones que permitan la apertura a ser receptores de posibles alternativas de alivio de su malestar. Como regla básica conviene tener bien presente que las personas adultas que percibimos esa demanda de escucha no debemos enjuiciar, ignorar ni poner en duda su testimonio.

Hay que tener en cuenta que todos los suicidios e intentos de suicidios afectan a las personas allegadas: familia, amistades y resto de relaciones de la persona que conforman la comunidad a la que pertenece. A estas personas se las denomina supervivientes y todas en mayor o menor grado reciben un fuerte impacto emocional

El tabú sobre el suicidio: el peor enemigo de la prevención

A pesar del aumento de la investigación y de los conocimientos sobre el suicidio y su prevención, sigue siendo una realidad invisibilizada y rodeada de un estigma que dificulta que las personas que necesitan ayuda puedan buscarla. Como consecuencia enfrentan el problema en soledad, generándose un mayor riesgo de dar el paso al acto suicida.

Resulta imprescindible trabajar por un cambio de perspectiva en que se afronte el problema del suicidio como lo que es, una situación compleja que se puede prevenir. Ahora bien, "la prevención del suicidio no se está abordando adecuadamente debido a la falta de concienciación de éste como problema de salud pública y el tabú en muchas sociedades para hablar abiertamente del tema" (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Se ha constatado que el tabú provoca silencio y el estigma derivado de este ocultamiento constituye el mejor caldo de cultivo para la aparición y mantenimiento de estereotipos, prejuicios, mitos y actitudes/comportamientos discriminatorios.

La prevención del suicidio obliga a un abordaje desde una perspectiva interdisciplinar, reflexiva y no precipitada y con un decidido compromiso político para la adopción de iniciativas concretas que sean efectivas y viables, no meras declaraciones de intenciones o eslóganes de campañas de sensibilización sin una aplicación pragmática tras las mismas. Ello requiere organización y cooperación institucional desde los diferentes ámbitos para la implementación de acciones que variarán según el nivel de prevención considerado y los recursos disponibles. Plantar cara al espectro de la ideación y conducta suicida desde la óptica preventiva, supone desarrollar estrategias integrales y multisectoriales, con medidas aplicables a nivel poblacional e individual.

Según la OMS, las estrategias de prevención de la conducta suicida validadas, atendiendo a las necesidades y características de la población, deben contemplar los siguientes elementos:

- 1. Vigilancia epidemiológica.** Ayuda a ampliar la evidencia y conocimiento de la conducta suicida y se constituye como referente para la evaluación de los planes, programas y proyectos que se puedan desarrollar.
- 2. Creación de entornos protectores.** Implica la reducción de la disponibilidad y acceso de los medios para suicidarse, así como el refuerzo de políticas y valores culturales que promuevan conductas prosociales.
- 3. Concienciación y reducción del estigma que provoca la conducta suicida.** Cumple un papel importante en la prevención del suicidio, en el reconocimiento y detección de indicios de riesgo. Favorece el que se lleve a cabo la petición de ayuda, mejora la comprensión de lo que le sucede a la persona afectada. Además, visibiliza el papel que desempeñan los factores sociales y su corresponsabilidad en el origen, desarrollo y mantenimiento de esta problemática.
- 4. Información responsable de los medios de comunicación atendiendo a códigos de buenas prácticas.**
- 5. Formación y apoyo de agentes sociales y del personal sanitario.** Supone crear y mantener programas periódicos interdisciplinares y de abordaje integral. Implica partir de la base de que la coordinación constituye el elemento clave para la creación y desarrollo de los protocolos.
- 6. Acceso a los servicios,** prestando especial atención a detectar y eliminar cualquier barrera que impida el correcto abordaje y atención de las personas con conducta suicida.
- 7. La calidad del cuidado.** Hay evidencia científica de que las intervenciones psicosociales cumplen este requisito.

8. **Intervenciones en crisis.** Desarrollo de acciones con buena capacidad de respuesta, coordinadas y con la suficiente habilidad para intentar reducir la intensidad de la crisis suicida, siendo la escucha compasiva y empatía dos herramientas fundamentales.
9. **Seguimiento coordinado de pacientes en riesgo para favorecer la transición entre servicios.** Ello implica que las intervenciones llevadas a cabo no sean actos puntuales, “tiritas” que salven el momento crítico, sino un proceso de contacto mantenido con las personas implicadas, atendiendo a las peculiaridades de lo que puedan necesitar en diferentes momentos de la experiencia vital que ha eclosionado en los pensamientos o tentativas autoagresivas.
10. **Detección y abordaje de la conducta suicida en colectivos vulnerables.**
11. **Postvención.** Mejorar la respuesta y el cuidado de las personas afectadas por un suicidio (el entorno de la persona que es el sujeto directo de la inclinación a dañar su vida) y proporcionarles apoyo y seguimiento. Se recomienda maximizar estos recursos y las oportunidades para su acceso ya su puesta en práctica ayuda a las personas supervivientes a mejorar su conciencia del impacto del suicidio y contribuye a combatir su estigma.
12. **Coordinación y supervisión,** procesos para mejorar la capacitación y prestación de los servicios vinculados en el abordaje de la conducta suicida.
13. **Fortalecimiento del apoyo económico** ante la pérdida de ingresos, problemas financieros sobrevenidos y grave inestabilidad laboral, así como el acceso y/o mantenimiento de la vivienda.

Desmontar las ideas preconcebidas sobre el suicidio

Es importante trabajar los mitos del suicidio, educar la mirada ante la conducta suicida y desarrollar metodologías de trabajo en el que la Interdisciplinariedad sea la herramienta básica para la elaboración de programas, proyectos y protocolos específicos y la coordinación de los servicios implicados el mediador para su cumplimiento.

Los mitos en torno al suicidio suponen una barrera importante para la prevención y abordaje de la conducta suicida. Estos se definen como *concepciones erróneas sin base científica basadas en creencias y juicios de valor equivocados*. El conocerlos y generar debate en torno a estas formulaciones es un pilar importante en la formación de los profesionales y en las acciones de sensibilización/ prevención que se dirijan al conjunto de la ciudadanía.

Algunos de las principales afirmaciones falsas relacionadas con el suicidio, admitidos por la mayoría de las organizaciones que investigan sobre esta realidad, consensos y guías, son los siguientes:

- Quienes hablan de suicidio no tienen la intención de cometerlo.
- La mayoría de los suicidios se realizan repentinamente, sin advertencia previa.
- La persona que comete un intento de suicidio está decidida a morir.

- Quién se haya intentado suicidar una vez, lo volverá a hacer y nunca dejará de intentarlo.
- Solo se suicidan las personas con trastornos mentales.
- Hablar sobre el suicidio puede provocarlo.
- Las personas que cometen un intento de quitarse la vida que no lo consiguen realmente no quieren morir, sino llamar la atención.
- La persona que intenta quitarse la vida es un cobarde / valiente.
- Solo se suicidan personas de una determinada edad, grupo o clase social.
- La persona que se repone tras una crisis suicida no tiene riesgo de recaer.
- Si se reta a una persona en crisis suicida, que amenaza con quitarse la vida a llevar a cabo el intento, esta no lo hará.
- Los medios de comunicación y las tecnologías de la prevención de la información y la comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio.
- Todas las personas que cometen un intento de suicidio están deprimidas.

Planteamiento de las estrategias de intervención en adolescentes en riesgo de suicidio

Como señalaba al inicio de este artículo se parte que la conducta suicida comprende cuatro momentos dentro de un continuum:

1. Ideación suicida: Pensamientos ligados a una eventual conducta suicida.
2. Comunicación suicida: Incluye las amenazas y planes de suicidio, ambas plantean la intención de morir y es una categoría intermedia entre la ideación y el intento de suicidio.
3. La amenaza implica un acto comunicativo o interpersonal de carácter verbal o no verbal que sugiere o plantea un eventual riesgo futuro de suicidio.
4. Plan suicida: Existencia de algún método o procedimiento con el que la persona se ha propuesto llevar a cabo el suicidio.
5. Intento o tentativa de suicidio: Toda conducta que, aunque la persona pone en marcha deliberadamente con el propósito explícito o implícito de morir, no produce la muerte.
6. Suicidio consumado.

Tomando como referencia esta concepción del proceso por el que puede transitar una persona cuando se plantea poner fin voluntariamente a su vida, es muy importante el manejo de las señales de alarma, los factores de riesgo y de protección a la hora de evaluar la conducta suicida con el objeto de determinar:

- Qué acciones son pertinentes en función de la gravedad de la vivencia del sujeto afectado.

- El nivel de atención que requiere este.
- Qué servicios deben de estar implicados.
- Cómo acompañar al adolescente y su familia.

Los *factores de riesgo* son aquellas variables o características de una persona o población que aumenta la posibilidad de que aparezca la conducta suicida. Los *factores de protección* incluyen aquellos elementos cuya presencia reduce o minimiza la posible aparición de la conducta suicida; se trata de circunstancias que ejercen un efecto modulador sobre los factores de riesgo, incidiendo positivamente en la eliminación o reducción del riesgo suicida en cualquier momento del proceso. Tanto los factores de riesgo como de protección se articulan desde lo individual, sociofamiliar y contextual.

Las *señales de alarma* son las diferentes manifestaciones que anticipan el riesgo de la conducta suicida. Estas señales se relacionan con la triada de Beck que consiste en: a) una percepción negativa de sí mismo, b) un mundo percibido como violento y despiadado, c) así como un futuro donde la posibilidad y esperanza de cambio no se encuentra disponible. Estas percepciones pueden expresarse de forma verbal, no verbal o por vía digital.

Su detección es muy importante en los diferentes momentos del continuum de la dinámica de la conducta suicida para la adecuación del proceso de intervención a realizar. No es la finalidad de este artículo exponerlos. Existen numerosas guías donde quedan reflejados que, una lectura atenta, nos pueden ayudar a crear la situación específica de cada caso.

Tanto las señales de alarma como los diferentes factores que están en juego facilitan un lenguaje común entre las diferentes instituciones implicadas y permiten la toma de decisiones basados en ellos, los cuales están respaldados por la evidencia científica y ayudan a ir avanzando en mejorar los protocolos e investigación.

Reflexiones sobre la prevención del suicidio adolescente desde la perspectiva de la promoción de la salud mental

El contexto escolar es el entorno privilegiado para desarrollar e implementar planes de prevención del suicidio, sin olvidar la atención a los diferentes espacios en los que la población adolescente se implica en su devenir vital y cotidiano (espacios de ocio, ámbitos donde disfrutan el tiempo libre, organizaciones juveniles, centros de salud, servicios sociales...). Se trata de lugares diferentes y que nos permiten tener una visión poliédrica buena fuente para obtener pistas acerca de sus necesidades, preocupaciones, inquietudes, y para acercarnos a la percepción de su familia, escuela y mundo de relaciones. Todo ello contribuye a perfilar mejor las acciones más adecuadas que se vinculan a la promoción de la salud mental.

Desde el ámbito de promoción y prevención de la salud mental me gustaría plantear algunas reflexiones del enfoque salutogénico como herramienta metodológica para abordar la prevención del suicidio en nuestro colectivo de adolescentes y su aportación en el fundamento y acciones a realizar desde los diferentes ámbitos en los que transcurre su vida, con especial incidencia en el entorno escolar.

¿En qué se basa la propuesta salutogénica?

Mis planteamientos se enmarcan dentro de la Promoción de la Salud, parten de que las personas son capaces de hacer cosas por su salud aprendiendo a responder a los retos del ambiente. Ello supone una concepción activa de las personas y todas las acciones generadas están orientadas al logro del bienestar, el crecimiento y el envejecimiento saludables.

La propuesta incluye también una mirada que trasciende al individuo y que conceptúa al "sujeto en relación [con sus diversos entornos sociales]", por lo que la comunidad cobra un papel importante, incidiendo en detectar y colaborar en costumbres, factores culturales y ambientales del territorio, tejido social creado para dar una respuesta adaptada a sus necesidades y devenir vital.

La formulación del trabajo a realizar siempre tiene una connotación en positivo y se orienta a hacer fáciles y accesibles las opciones ligadas al bienestar y el crecimiento. En definitiva, se trata de descubrir los recursos individuales, colectivos y ambientales en un territorio.

Esta perspectiva salutogénica pone énfasis en el origen de la salud y está ligada al concepto de "activos en salud", definidos éstos como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar, haciendo accesibles aquellas opciones que generan la salud en positivo. El reconocimiento de estos activos supone adaptar programas, recursos y servicios en los diferentes momentos de su vida para facilitar el aprendizaje de vivir más saludablemente

Las preguntas son formuladas en positivo para detectar las potencialidades e intereses de la comunidad como alternativa a los diagnósticos basados en el déficit y conocimiento del experto. Se parte de una práctica interdisciplinar que Klein define como una manera de:

- Responder a preguntas complejas.
- Abordar temas complejos.
- Explorar las relaciones disciplinarias y profesionales.
- Resolver problemas que implican a más de una disciplina.
- Lograr un lenguaje común.

Esta dinámica de trabajo promueve un enfoque integrador donde la "coordinación y participación" cobra una especial relevancia en los protocolos y proyectos a desarrollar. Esta nueva forma de abordar en positivo la salud, sitúa a la persona como protagonista de su cambio y su influencia en el entorno generando opciones sanas vinculadas a su bienestar y crecimiento

Dentro del ámbito de la adolescencia, este enfoque salutogénico hace hincapié en aquellas situaciones o etapas claves del crecimiento que facilite el aprender a vivir este más saludablemente con especial relevancia las modalidades vinculares. Abordar relaciones de apego, las emociones, las relaciones con los amigos, los estilos educativos, familiares, aprendizajes escolares y la oferta de ocio y tiempo libre, entre otros, son temas que se entretujan para el fomento de habilidades y su puesta en juego en su interacción con el entorno y afrontar las demandas que el contexto nos presenta.

Hay que tener en cuenta que estas líneas son aspectos importantes cuando nos planteamos trabajar en la prevención del suicidio desde la perspectiva de la Promoción de la Salud.

La adolescencia terreno fértil para cimentar sujetos sanos mentalmente (o no)

La adolescencia es un pasaje de lo infantil a lo adulto. Camino por realizar que supone diferentes despedidas y cambios a lo largo de este recorrido. Durante este complejo período evolutivo, doloroso y fundamental, han de realizarse tareas psíquicas para contribuir a su proceso de identidad y esfera relacional. Dichas tareas guardan relación con aquello que el adolescente tiene que llevar a cabo para afrontar y elaborar en el ámbito de las emociones. Aparecen preguntas que inician un camino:

1. ¿Qué me está pasando?
2. ¿Quién soy?
3. ¿Qué quiero ser?

Interrogantes que abren vías para transitar de cuerpo asexual a un cuerpo que convoca a la sexualidad, replanteamiento de sus modelos identificatorios, generación de ideales sobre la vida, el mundo y nosotros mismos, así como el cuestionamiento de la norma que ayuda a la formación de su identidad actual, su manera de vincularse con su entorno y en la creación de valores y creencias propias; sus referentes son sus padres, el entorno escolar y grupo de iguales y, en el momento actual, las redes sociales también cobran gran relevancia.

Este dinamismo psíquico implica una revolución interna y hace que el sujeto adolescente se sienta solo frente a lo que experimenta, piensa, desea, fantasea, teme... en su relación consigo mismo y el mundo. El poder sostener este momento de incertidumbre y recibir el apoyo de sus progenitores, educadores y de las personas a que tienen acceso en los diversos recursos comunitarios le ayudará distanciarse y encontrar lo propio y darse respuesta a los interrogantes expuestos anteriormente.

Es un tiempo de duelo para la persona adolescente y para los padres que ven que cómo este proyecto de sujeto adulto se está alejando y precisa de un reajuste psicofísico con apoyo a una distancia difícil de establecer, lo cual añade complejidad a este delicado proceso. En ese individuo en transformación aparecen sentimientos de ambivalencia, contradictorios ante lo que se pierde y lo que se inaugura, que es mucho y que tiene que ser construido. Lo vivido, lo sentido, lo recibido y cómo se ha interpretado, se constituye como punto de partida para este tránsito. Los cambios de humor, los momentos de melancolía y de estrés interno están presentes con frecuencia e intensidad.

Partiendo de este momento evolutivo, es importante plantearse cómo vamos respondiendo los diferentes entornos en los que transcurren la vida de ese colectivo adolescente (la familia, los institutos, los recursos de ocio/tiempo libre...). El cómo se vayan articulando las interacciones para favorecer el pasaje a su autonomía y al reconocimiento de sus capacidades y su puesta en juego constituye un elemento esencial para favorecer el bienestar emocional.

Una metamorfosis cuya quiebra puede invocar la autodestrucción

¿Qué ocurre cuando no podemos sostener este tránsito? Tenemos que reflexionar sobre el paradigma cultural en el que estamos inmersos, la organización social que hemos creado, la posibilidad de acceso a los bienes y servicios y, específicamente, qué oferta hacemos a nuestros adolescentes que les convoquen a integrarse como jóvenes, siendo parte activa con la capacidad de transformación que ello conlleva.

Hay barreras sociales importantes que detienen este proceso de crecimiento y tendremos que visibilizar y nombrar. Ayudarles en el relato y la construcción del encadenamiento de los acontecimientos vividos permite la apertura al sentido y la creación de habilidades/recursos propios y personales, donde la pregunta debe establecerse como guía. La única forma de realizarlo es a través del acompañamiento familiar, escolar y social y si no somos capaces de hacerlo, tendremos que revisar, desde los diferentes lugares, qué responsabilidad tenemos en la creación de los malestares de nuestros adolescentes.

No resulta raro encontrarnos con manifestaciones de apatía, desidia, sufrimiento, mal humor, irritabilidad, formas de consumo compulsivo en nuestros adolescentes actualmente. Nosotros -progenitores, educadores, profesionales vinculados al cuidado bio-psico-social- debemos sentirnos interpelados ya que ellos solos no pueden y si nuestra respuesta es el acatamiento formal de normas y procedimientos sin posibilidad de diálogo y negociación, estaremos comprometiendo gravemente su identidad y no facilitando la mediación donde el autoconocimiento, las creencias y valores se puedan movilizar para que les ayuden a pensar como sujetos "en relación". El suicidio y sus manifestaciones asociadas puede ser el final de este camino de intercambio frustrado.

Por ello, desde esta perspectiva de Promoción de la Salud hay todo un camino por construir desde diferentes niveles a nivel comunitario y con grupos de riesgo, con una mirada psicosocial, que se traduzca en acciones solidarias para este momento evolutivo de nuestros adolescentes en los proyectos a desarrollar

En el área específica de la Salud Mental tomamos como referencia los conceptos de *bienestar emocional* y *habilidades para la vida*, definidos por la OMS (1999):

- Bienestar emocional: "Estado de ánimo en el que la persona se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad".
- Habilidades para la vida: "Se consideran destrezas psicosociales para el comportamiento adaptativo y positivo que permiten a las personas hacer frente a los problemas de la vida cotidiana de manera efectiva. Son competencias imprescindibles y claves del desarrollo humano que sirven para relacionarse mejor con uno mismo, con las demás personas y con el entorno. Además, suponen un factor de protección personal, que favorece la resiliencia para superar con éxito las adversidades sociales y emocionales que nos depara la vida. El manejo efectivo de estas competencias es necesario a

cualquier edad y pueden aprenderse, entrenarse y potenciarse". Las habilidades propuestas por la OMS son (1997 y 1999):

1. **Empatía:** Es la capacidad para ponerse en el lugar de las demás personas para, desde esa posición, sintonizar con sus sentimientos y emociones.
2. **Asertividad:** Implica la habilidad para expresar opiniones, sentimientos, decisiones, etc., de manera apropiada al contexto en el que vive y a las personas con las que se entra en relación.
3. **Pensamiento creativo:** Supone la destreza de explorar respuestas innovadoras a cada momento y situación vital.
4. **Manejo de los conflictos:** Implica la destreza para afrontar de manera constructiva los conflictos inherentes a la vida humana, que afectan a las personas y los grupos.
5. **Manejo de emociones:** Se refiere a la destreza necesaria para reconocer y gestionar de manera positiva las emociones y sentimientos, tanto los propios como los de aquellas personas con las que entramos en relación.
6. **Manejo de tensiones:** Alude a la capacidad para reconocer las fuentes que subyacen a las tensiones y el estrés que afectan a nuestra vida cotidiana, y de actuar positivamente sobre ellas para erradicarlas o, cuando menos, compensar su impacto.
7. **Toma de decisiones:** Implica la capacidad para elaborar racionalmente las decisiones cotidianas a partir del reconocimiento de las variables en juego, la identificación de las opciones disponibles, la asunción de las decisiones consideradas más efectivas y la valoración posterior de los resultados.
8. **Pensamiento crítico:** Abarca la capacidad para cuestionar experiencias e información, sin asumir pasivamente criterios ajenos. Esta habilidad es uno de los principales motores del cambio personal y social.
9. **Relaciones interpersonales:** Supone la destreza para interactuar de manera positiva con las demás personas, poniendo en acción en ese marco relacional todas aquellas otras habilidades sin cuyo manejo diestro el "animal social" que somos se vería limitado
10. **Autoconocimiento, autoestima y autorrealización:** Supone capacidad para identificar y tomar conciencia de los rasgos que dibujan nuestra personalidad que nos caracterizan y nos hacen singulares.

Ejemplos de acciones promotoras de salud en la escuela

Asumiendo las directrices de la OMS (2021), la cual plantea que el entorno escolar es un lugar excelente para desarrollar actividades preventivas adecuadas, la consecuencia inmediata es que los centros docentes deben formarse para adecuar su intervención a la finalidad de ayudar a su alumnado adolescente a "dejar de sufrir en silencio", a que pueda dialogar acerca de su dolor (no de cualquier manera ni con cualquiera) con el objetivo de ampliar el campo de acción respecto al sufrimiento y desesperanza y visibilizando con él los

apoyos/intervenciones que le resultarían importantes para su alivio y afrontamiento, así como, todas las acciones derivadas del trabajo en grupo y a nivel comunitario.

El entorno escolar tiene que realizar una tarea muy compleja en una doble vertiente; todo lo que implica a nivel de funcionamiento interno y en relación con el resto de los servicios del territorio implicados en el abordaje de la prevención del suicidio.

El planteamiento que sugiero, derivado de mi práctica profesional, es desarrollar líneas de trabajo sobre las que apoyarse para la formulación y adecuación de los programas/protocolos/talleres a realizar "in situ", apoyándonos en los conceptos clave de los que partimos, expuestos al inicio de este artículo, y la evidencia científica que los respalda, considerando la salud en sentido positivo, con un componente proactivo por parte de todos los componentes de la comunidad escolar.

El proyecto EUREGENAS propone las siguientes líneas estratégicas:

- **Estrategias de prevención del suicidio en el marco de Escuelas Saludables**, lo cual comporta la promoción de la Salud Mental y el cuidado específico del alumnado en riesgo de tener problemas de salud mental. Los ejes básicos serían: mejorar los factores de resiliencia, habilidades de afrontamiento, sentir el instituto como un entorno seguro y protector y trabajar a favor de la inclusión social.
- Aspectos por desarrollar serían:
 - **Desarrollo y construcción de ambientes de apoyo donde se puede dialogar sobre las emociones y sus manifestaciones**, así como su manera de afrontarlas, tareas de concienciación/educación de la Salud Mental implicando también a los padres, madres y servicios de la comunidad, creación de una cultura escolar en la que el profesorado se sienta seguro, valorado e involucrado.
 - **Desarrollo de programas escolares de prevención**, abarca las siguientes acciones: programas de psicoeducación, de desarrollo de habilidades, de *Gatekeepers* y detección.
 - *Los programas de psicoeducación* ayudan a mejorar los conocimientos y favorecer el cambio de actitudes. Se ha demostrado que el efecto es mayor cuando se abordan los problemas de salud mental en general unido a la petición de ayuda (uso de servicios) que centrarse específicamente en la prevención del suicidio, éste debe integrarse en programas más amplios.
 - *Los programas de Desarrollo de Habilidades* en los que se abordan temas vinculados con la autoestima, capacidad de afrontamiento, resolución de problemas, proceso de toma de decisiones y habilidades de comunicación. Se ha demostrado que el abordaje de estas habilidades mejora los factores de protección de la conducta de suicida en adolescentes y ayuda a disminuir el estigma del suicidio, enfermedad mental, aislamiento y falta de confianza en el adulto. El contenido práctico de estos programas permite visibilizar y dialogar sobre estos temas ya que nos remiten a referencias de lo que implica "el sujeto en relación", con la apertura que conlleva a abrir modalidades vinculares diversas.

Se sabe que los adolescentes buscan más apoyo en su red social, capacitar a alumnos implicados que quieran ayudar a sus compañeros, puede potenciar estos proyectos; se pueden constituir como interlocutores con sus iguales, generar espacios diálogo, detectar y derivar a adultos de confianza, todo ello apoyados y monitorizados en todo momento.

- *Los programas de formación para Gatekeepers* (personas que regularmente entran en contacto con personas o familia en situación de vulnerabilidad y/o están en situación de detectar problemas de salud mental). En la prevención del suicidio cumplen una función importante de contención, acompañamiento y derivación a los recursos pertinentes. En el ámbito escolar cumplen esta función, profesores, jefe de estudios, orientadores, personal de administración y servicios.
 - *Los programas de detección*, esta línea de trabajo está ligada al creación y desarrollo de los protocolos de intervención en el ámbito escolar ante la manifestación y/o testimonios explícitos o implícitos que guardan relación con el continuum de la conducta suicida. Trata del reconocimiento e interrelación de las señales de alerta, factores precipitantes, de riesgo y protectores, junto con la posibilidad de apoyarse con cuestionarios (que pueden servir como guías de entrevista) para determinar su nivel de riesgo y definir el itinerario a efectuar y que puedan conseguir la ayuda real que necesita
- **Prestar atención al alumnado y personal vulnerable.** En cada IES supone identificar a las personas con situación mental y social más precarias y realizar intervenciones adaptadas a sus problemáticas. Los individuos con alto riesgo se podían incluir:
 - Personas con intentos de suicidio previos, con problemáticas que requieren de una atención psiquiátrica/psicológica más intensiva.
 - Supervivientes del suicidio (han perdido a alguien querido por suicidio).
 - Estudiantes pertenecientes a colectivos vulnerables (minoría étnica, colectivo LGTBI, familias en desventaja social/problemática social grave.
 - Dinámicas familiares disfuncionales graves.

En relación con las intervenciones a realizar supone la apertura del ámbito escolar a la comunidad para conocer y articular procedimientos coordinados e interdisciplinarios para proporcionar el apoyo específico en base a su situación de vulnerabilidad.

- **Restricción del acceso a métodos letales.** Goza de una gran evidencia en la reducción de las tasas de suicidio.

Considero que estas líneas planteadas, pueden servirnos como referentes ya que guardan relación con la prevención del suicidio y con decisiones como:

- Qué hacer, en función de las características de mi entorno y posibilidades de acuerdo con los recursos y niveles de organización de éstos.
- Decidir qué acciones concretas se pueden establecer.

- Cuáles son los contenidos más adecuados en función a la población a la que se dirige.
- Poner de manifiesto aquellos aspectos ligados a la coordinación de servicios y su práctica interdisciplinar para favorecer su implementación y la detección de barreras que se puedan encontrar.
- De esta manera, los materiales y guías publicadas cumplirían su función de un mayor conocimiento del tema que nos ocupa y ordenarán el campo de acción en las estrategias a desarrollar "in situ", con iniciativas cambiantes en función del dinamismo de la comunidad escolar.

Conclusiones

En función de lo planteado por el proyecto EUREGENAS y del estudio derivado de sus propuestas, os propongo ciertas reflexiones que podrían fundamentar el desarrollo de herramientas ligadas a los proyectos a implementar y ajustadas a la singularidad y características propias de cada Centro:

1. Favorecer contextos escolares que sean vivenciados como apoyo y alta disponibilidad para toda la comunidad escolar. Es muy importante la creación de una persona de referencia que ordene y articule el proceso de intervención con el alumnado, familia, centro educativo y recursos externos. En algunos protocolos ya está contemplada esta figura, muy importante, para adecuación de las acciones a realizar en torno a la prevención del suicidio.
2. Los contenidos, su definición, y como este punto de partida nos relanza a las diferentes estrategias en función de la población a la que se dirige, los procesos de toma de decisión que están en juego, en que contextos se sitúa en la intervención, Desde aquí hablamos de intervenciones individuales y/o grupales; abordar los mitos, trabajar sobre el tabú y el estigma social, todo lo relativo a los malestares de la vida cotidiana, nuestras habilidades que nos remiten a ese continuum que define la conducta suicida.
3. Conceptos que guardan relación con esta dinámica vivencial y que deben ser tenidos en cuenta a la hora de la metodología utilizada: valoración del impacto, actitudes compasivas (implica el reconocimiento del dolor para la familia, amistades y la comunidad escolar, donde la interacción de los sentimientos y emociones asociadas cobran especial relevancia), el reconocimiento de la creación de redes apoyo con distintas finalidades para sostener a las familias, alumnos y profesores implicados y abordar el autocuidado de los profesionales implicados en estos proyectos.
4. Elaboración de protocolos cumplibles, que sean una herramienta de trabajo y no un fin en sí mismos.

Bibliografía

- Jiménez Pietropaolo, J. (2016). *¡No estás solo! Enséñales a vivir. Guía para la prevención de la conducta suicida dirigida a docentes*, Madrid, Consejería de Educación, Juventud y Deporte, Comunidad de Madrid.
- Navío Acosta, M.; Pérez Solá, V. (2020). *Depresión y suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la salud mental*, Madrid, Wecare-u. Healthcare Communication Group.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014), *Prevención del suicidio: un imperativo global*, Washington D. C, Organización Mundial de la Salud.
- Villar Cabeza, F. (2021), *Morir antes del suicidio. Prevención en la adolescencia*, Barcelona, Herder.
- World Health Organization (1997), *Life Skills Education in Schools*, Ginebra, World Health Organization.
- World Health Organization (1999), *Guidelines: Life Skills Education Curricula for Schools*, Ginebra, World Health Organization.
- World Health Organization (2021), *Making every school a health-promoting school: global standards and indicators*, Ginebra, World Health Organization.

3 LA VISIÓN ACTUAL. LA LETALIDAD DEL SILENCIO: RETOS Y DESAFÍOS FUTUROS DE LA AUTOLESIÓN Y LA CONDUCTA SUICIDA EN LA ERA DIGITAL

Luis Fernando López Martínez

Introducción

El evento luctuoso de un ser querido, sea este un miembro de nuestra familia, un amigo cercano, o un individuo que mantenga un vínculo afectivo con nosotros, nos confronta inevitablemente con la finitud de la existencia humana. Este suceso, envuelto en el enigma que circunscribe la vida, proyecta una profunda huella en el individuo y la comunidad que lo alberga. La muerte trae consigo una sensación de vacío y silencio, tanto en el entorno externo como en el espacio interno de nuestra consciencia. La ausencia del ser amado propicia un profundo análisis sobre el propósito de la vida, su significado intrínseco, y la trascendencia oculta en la propia existencia, en las relaciones interpersonales, y en el fenómeno del amor.

La muerte genera reflexión y, a su vez, plantea interrogantes que cada individuo deberá responder con base en sus experiencias personales y la evolución de su propia percepción de la vida. Este proceso reflexivo se caracteriza por una carga emocional intensa, profunda y dolorosa. De su adecuada gestión y aceptación dependerá la sanación del amor, la preservación de los recuerdos y la búsqueda de la anhelada trascendencia, tanto a nivel individual como colectivo.

La pérdida de un ser querido representa, sin duda, uno de los mayores desafíos que podemos enfrentar en nuestra existencia, una pena inconmensurable. Esta vivencia puede verse intensificada si las circunstancias que rodean la muerte son de naturaleza especial y traumática, como en los casos de muerte por suicidio. El suicidio es una realidad de tal magnitud e intensidad que resulta difícil de entender en la sociedad, oculta bajo el estigma y el tabú por el miedo que genera. Este temor se circunscribe a lo inabarcable, como si al no mencionarlo, al silenciarlo, pudiéramos hacerlo desaparecer. Tal vez esa sea una de las razones por las que evitamos hablar de la conducta suicida, posiblemente una de las muchas razones que obstaculizan una educación que la prevenga y enseñe a vivir, a gestionar las emociones y a proporcionar recursos de ayuda en situaciones de duelo y pérdida, de frustración y desesperanza. Hablar del suicidio, escribir sobre el duelo y la muerte silenciada, no lo propaga, posiblemente lo prevenga.

Esencialmente, la muerte por suicidio posee una capacidad destructora que va más allá de la mera pérdida física; demanda respuestas a preguntas que quizás permanezcan siempre como enigmas indescifrables y exige la convivencia con emociones difíciles de procesar, a la vez que se lucha por aprender de nuevo a vivir, a sentir, a recuperarse de la conmoción del desgarramiento producido.

Hablar del suicidio, de su correlato de duelo y la muerte silenciada, no incrementa su ocurrencia, sino que muy probablemente puede ayudar a prevenirla. La discusión abierta sobre el suicidio puede salvar vidas, y el costo asociado al silencio es simplemente demasiado elevado para mantenerse en silencio.

A pesar del estigma y el silencio que rodea al suicidio, es imperativo reconocer que éste debe ser tratado como una cuestión de atención y vigilancia pública prioritaria. El suicidio no es solo una tragedia personal, sino también un problema de salud pública de gran envergadura. Al igual que con cualquier otra crisis de salud pública, la prevención del suicidio exige un enfoque multifacético, basado en la investigación y la evidencia, que aborde los factores de riesgo y protección a varios niveles.

El suicidio debe ser reconocido y tratado como un asunto de máxima importancia, y debe abordarse de forma proactiva, con políticas públicas sólidas, investigación rigurosa y programas de intervención y prevención bien implementados. La educación, el apoyo a la salud mental y la desestigmatización de la enfermedad mental y del suicidio deben ser componentes fundamentales de cualquier estrategia efectiva de prevención del suicidio.

Es crucial que todos entendamos que el suicidio es prevenible. Todos tenemos un papel que desempeñar en la prevención del suicidio. Desde profesionales de la salud mental y educadores, hasta padres, amigos y colegas, todos podemos aprender a reconocer los signos de alerta del suicidio y cómo ayudar a las personas en crisis.

Las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC), como Internet y las redes sociales, han transformado en gran medida la forma en la que interactuamos con el mundo y con los demás. En el contexto de la salud mental, el suicidio y el duelo, estas plataformas pueden funcionar como una espada de doble filo. Por un lado, pueden proporcionar un sentido de comunidad y apoyo a aquellos que están lidiando con estas difíciles realidades. Por otro lado, también pueden contribuir a la difusión de información engañosa, el estigma y la normalización del suicidio.

El desafío que enfrentamos es doble. Primero, necesitamos desarrollar estrategias efectivas para educar al público sobre el suicidio y el duelo en la era digital. Esto implica desacreditar mitos, proporcionar información precisa y fomentar discusiones saludables sobre estos temas. El segundo desafío es aprender a utilizar las TIC para proporcionar apoyo a las personas afectadas por estos temas. Las redes sociales y otras plataformas en línea tienen el potencial de llegar a personas que de otro modo podrían no tener acceso a recursos de salud mental.

El futuro de la prevención del suicidio y el manejo del duelo no se encuentra en la supresión de la tecnología, sino en su adecuada utilización. La meta a alcanzar es un futuro en el que las TIC se utilicen de manera eficaz y ética para proporcionar apoyo, fomentar la comprensión y, en última instancia, prevenir el suicidio. Este es el desafío y la oportunidad que tenemos ante nosotros, y es hacia este futuro hacia el que nos dirigimos.

La conducta suicida en la era digital

El comportamiento suicida, reminiscente de su prominencia en siglos pasados, continúa emergiendo como un problema serio que requiere una respuesta integral y de emergencia desde el ámbito de la salud pública. Esta afirmación no es una hipérbole, sino un reconocimiento ampliamente aceptado que ha sido corroborado por instituciones de salud global como la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS ha delineado un conjunto de estrategias y objetivos fundamentales para abordar esta cuestión, enfocándose en el desarrollo de medidas preventivas efectivas y la identificación temprana de signos de comportamiento suicida.

La OMS define el suicidio como un acto premeditado de autoeliminación. Este acto intencional, llevado a cabo por un individuo que ha planeado su propio fallecimiento, ilustra un deseo inalienable de terminar la propia vida. Los informes disponibles indican que, cada año, aproximadamente un millón de personas alrededor del mundo deciden terminar su propia vida, con un número de intentos que excede veinte veces esta cifra. Este hecho, en términos prácticos, significa que las muertes por suicidio son, en el mejor de los casos, el doble de las ocasionadas por accidentes de tráfico y ochenta veces mayores que las provocadas por la violencia de género. Estos números revelan la escala y gravedad del problema al que se enfrentan la sociedad y los profesionales de la salud pública, además de la necesidad de investigación en el campo de la prevención.

Sin embargo, estas cifras representan solo la cima de un iceberg de la problemática, que se ramifica en todos los estratos sociales de nuestra cultura y de aquellas donde el suicidio sigue estando rodeado de tabúes, silencio y reserva. Esta situación contribuye, sin duda alguna, a una subnotificación en la mayoría de los países, incluyendo España, dificultando la tarea de visibilizar y concienciar socialmente sobre este fenómeno.

Para abordar eficazmente el tema del suicidio y para salvar vidas, es esencial permitirnos hablar abiertamente sobre él. Esto exige la elaboración y presentación de una conceptualización adecuada del comportamiento suicida, dada su complejidad y la multiplicidad de factores que lo determinan. Se requiere un diálogo informado con una terminología unificada y una clasificación precisa para facilitar una conversación en el plano científico y la práctica clínica empírica, que pueda impulsar y fomentar la preservación de la vida.

Existen numerosos teóricos y autores de reconocida importancia en este campo que han formulado propuestas sólidas y respetadas. Entre ellos se encuentra la propuesta de Silverman y sus colaboradores (2007), que nos permite hablar de ideación suicida, comunicación suicida y comportamiento suicida. La ideación suicida se refiere a pensamientos de autoaniquilación; la comunicación suicida a los actos interpersonales de transmisión verbal de pensamientos y deseos de autoeliminación, explícita o implícitamente, y el comportamiento suicida se subdivide en gesto suicida o autolesión, intento de suicidio y suicidio consumado.

El conocimiento teórico en torno al suicidio ha experimentado un crecimiento exponencial en la última década, debido al esfuerzo incansable y la dedicación de destacados profesionales de la salud, entre ellos psicólogos y psiquiatras. Sin lugar a dudas, la

investigación ha evidenciado que la conceptualización del fenómeno, así como la constatación de su naturaleza multifactorial –interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales– son elementos cruciales para comprender la génesis, el desarrollo y el mantenimiento de este comportamiento. Por otro lado, la epidemiología ha contribuido con un corpus significativo de conocimiento acerca de los factores de riesgo y protección frente al suicidio, sin los cuales sería mucho más compleja la labor de prevención en la población general y de intervención en individuos y/o grupos en riesgo.

La revisión de datos existentes relacionados con el comportamiento suicida, su epidemiología y cualquier información que arroje luz sobre su impacto social, es también hablar del papel crucial que la OMS y otros medios de comunicación juegan en la divulgación de las cifras de mortalidad por suicidio. Una simple visita a su sitio web pone de manifiesto la magnitud, el alcance y el impacto interpersonal e intrafamiliar que el fenómeno provoca: se registran 3000 muertes por suicidio al día en todo el mundo, es decir, un suicidio consumado cada 40 segundos. En el tiempo que se ha utilizado para la redacción de este párrafo, entre dos y tres personas han tomado la decisión y han logrado quitarse la vida.

Junto al trabajo monumental de la OMS, numerosas asociaciones, instituciones y fundaciones también promueven la visibilidad del suicidio en las redes sociales y en el ámbito académico. La importancia de la difusión y la prevención en un mundo dominado por las tecnologías de la información y la comunicación no puede ser subestimada. A medida que avanzamos en el camino hacia la comprensión y la prevención del suicidio, es imprescindible continuar promoviendo la conciencia, el entendimiento y la acción en todos los niveles de nuestra sociedad.

El mundo digital, concretamente el dominio de las redes sociales, ha impactado profundamente en nuestra realidad tangible, transformándola y diluyendo las líneas que separan lo virtual de lo real. Este fenómeno configura lo que hoy en día denominamos como "realidad 2.0", un entorno en el que las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han reconfigurado nuestra manera de percibir, interpretar e interactuar con el mundo y nuestras relaciones dentro de él. En este nuevo paradigma, las TIC se han vuelto una pieza integral de la sociedad contemporánea (Soler, 2013; citado en Molina y Restrepo, 2018), ofreciendo posibilidades inéditas para la educación, la comunicación, la interconexión interpersonal y, en esencia, la sociabilidad.

No obstante, este vasto espacio digital no está exento de peligros. La velocidad de propagación de contenidos y la posibilidad de mantener el anonimato facilitan un acceso descontrolado a contenidos no regulados, que pueden contener información deshumanizante y perjudicial para la salud mental de los usuarios. En este entorno, la relación entre el uso de las redes sociales e internet y el comportamiento suicida ha ganado visibilidad en los últimos años.

Esta influencia parece ser especialmente pronunciada entre la población adolescente, cuyo uso de las TIC se ha enraizado profundamente en su identidad social. En este sentido, las redes sociales se han convertido en una herramienta pedagógica y un campo de exploración para la construcción de la identidad durante el proceso de maduración. Esto abre un canal

excepcional para la educación en valores que promuevan la resiliencia y el aprendizaje significativo, a pesar de los posibles inconvenientes asociados con su uso.

De hecho, el uso de Internet y las redes sociales se ha identificado como un posible factor de riesgo para el desarrollo de conductas suicidas, autolesivas y destructivas, debido a la gran cantidad de información prosuicida que circula sin control ni moderación en el ciberespacio. Este contenido, que puede incluir textos, imágenes, videos e interacciones entre usuarios, puede facilitar un aprendizaje negativo sobre el proceso de suicidio entre algunos de sus usuarios, generando lo que se ha denominado "contagio suicida".

Por otro lado, un uso adecuado de Internet y sus aplicaciones puede fomentar la resiliencia, entendida como la capacidad de afrontar y superar circunstancias adversas o traumáticas, como la muerte de un ser querido por suicidio, y adquirir un aprendizaje significativo de la experiencia. Diversos teóricos han estudiado este concepto y han propuesto protocolos para su entrenamiento. No obstante, el duelo por suicidio presenta características específicas y emociones únicas que requieren de una atención especializada y formativa para su vigilancia, seguimiento y, en caso necesario, intervención.

De este modo, el camino hacia la resiliencia y la superación de la realidad que plantea el suicidio se aprende a medida que se avanza en el duelo. En este proceso, las redes sociales e Internet se convierten en un espacio tanto virtual como tangible que proporciona el tiempo y el compromiso necesarios para sanar, respetando los límites de cada superviviente. Desde los foros de páginas no dedicadas exclusivamente al duelo hasta los encuentros virtuales de grupos de apoyo, las personas navegan en un mar de información, ideas, emociones e historias que les permiten entender, comprender, sostener y aliviar una carga que a menudo se vive en silencio y está plagada de tabúes y estigmas.

Para muchos supervivientes, la utilización de recursos en línea, incluyendo el creciente uso de grupos de apoyo y autoayuda, se ha convertido en una fuente de esperanza y calidad en el acompañamiento. Sin embargo, como en todos los grupos de apoyo, la necesidad de una supervisión clínica se hace imprescindible para el desarrollo óptimo de los encuentros, incluso cuando estos son en línea. La moderación y contención de contenidos por un profesional de la salud mental añade garantías de seguridad en este proceso, dado que puede monitorear y responder ante procesos que podrían perjudicar al individuo.

El uso de Internet en sí mismo no es perjudicial; lo que sí puede ser dañino es el uso inadecuado de sus extensiones, como las aplicaciones móviles. Autores como R. Dobson ya señalaban en 1999 la presencia de al menos 100.000 páginas en la red que contenían aspectos y temáticas directamente relacionadas con métodos para cometer suicidio. Estas plataformas en línea, a pesar de ciertas restricciones de acceso en algunos sitios, pueden contener notas suicidas, certificaciones de defunciones, fotografías de suicidios, y espacios para intercambiar experiencias suicidas y autolesivas entre usuarios en forma de chats y foros de discusión.

Este panorama online encierra una realidad desoladora que, además, a menudo se encuentra desprotegida desde el punto de vista legislativo en muchos países. Este hecho convierte un espacio que podría ser pedagógico en un caldo de cultivo para nuevas formas de violencia emocional, desinformación y daño mental. Sin embargo, Internet y las redes

sociales pueden desempeñar un papel crucial en la prevención del suicidio, al ser un medio idóneo para difundir material e información veraz, avalada por profesionales, sobre las causas probables de suicidio, señales de alarma, factores de riesgo y protección, y opciones terapéuticas en línea que pueden ser utilizadas para una atención sanitaria de calidad.

En el contexto específico del duelo por suicidio y la prevención de la conducta suicida, Internet puede ser un medio óptimo para la prevención, especialmente entre la población adolescente, que son usuarios objetivo de sus servicios. En relación con el duelo, Internet se ha convertido en un espacio global que permite la creación de grupos de apoyo y autoapoyo en diversos escenarios y comunidades. Estos grupos, en su mayoría dirigidos por supervivientes, familiares y profesionales de la salud mental, fomentan la divulgación del mensaje "hablar salva vidas", encontrando en la prevención del suicidio, entre otros, un motivo de vida por el que luchar mientras sanan sus heridas.

Autolesiones, conductas autodestructivas y medios TIC

En la década pasada, la comunidad académica y científica, seguida de organizaciones, instituciones y la sociedad en su conjunto, han manifestado un creciente interés en la comprensión de la conducta suicida. Este interés abarca tanto el impacto de dicha conducta como, en ciertos contextos, los intentos de prevención pública. No obstante, el avance de las investigaciones sobre el suicidio implica, también, el análisis de comportamientos relacionados como la autolesión, que puede aparecer en etapas tempranas, en paralelo o incluso como un fenómeno residual en ciertas personas con ideación suicida.

La información relativa a la prevalencia de este tipo de comportamiento, es decir, la autolesión, así como otros actos autodestructivos, como el abuso de sustancias, alcohol y drogas, proviene, en su mayoría, de los servicios de emergencia y urgencia. Sin embargo, es importante señalar que los datos disponibles no proporcionan una estimación precisa debido a la ocultación, el anonimato y la ausencia de solicitudes voluntarias de asistencia a estos servicios.

Es innegable que las conductas autolesivas, al igual que la conducta suicida, representan un problema considerable de salud pública que demanda atención, vigilancia y establecimiento de estrategias de prevención, intervención y postvención.

El término "autolesión" se refiere en este contexto al comportamiento intencionado de infligir daño físico al propio cuerpo sin intención suicida. Esto es, el individuo no tiene el deseo ni la intención de morir. La conducta autolesiva comprende una diversidad de acciones, que incluyen cortes, golpes, quemaduras, pellizcos, mordeduras, perforaciones de la piel, inserción de objetos debajo de la piel, frotamiento excesivo de ciertas áreas del cuerpo, entre otros. Estos actos no son intentos de suicidio, sino respuestas maladaptativas y dañinas ante un sufrimiento intenso y una falta de regulación emocional, como ira intensa o frustración.

La distinción crucial entre los intentos de suicidio y la conducta autolesiva reside en la intención. En el primer caso, hay un deseo claro e inequívoco de poner fin a la vida. En el

segundo, el objetivo puede ser intrapersonal, como reducir el estrés, o interpersonal, como buscar apoyo social. Esta diferencia se hace más evidente si se concibe la autolesión como un mecanismo de regulación emocional. Por ejemplo, puede ser más fácil entender esta distinción si imaginamos a un niño o adolescente que, ante una necesidad o deseo insatisfecho, se causa daño a sí mismo.

Esta conducta, la autolesión sin intencionalidad suicida, ha sido objeto de extensos estudios y se ha documentado ampliamente en la literatura científica. Las investigaciones sugieren que la mayoría de sus causas y motivaciones están vinculadas a un trastorno psicológico subyacente, como la depresión, los trastornos del comportamiento, los trastornos de ansiedad y los trastornos de personalidad, entre otros.

El fenómeno del suicidio, como sabemos, está plagado de prejuicios, tabúes y silencio, en gran medida arraigados en una cultura que favorece su enmascaramiento. En paralelo, se observa que la autolesión, marcada por el estigma de la enfermedad mental aún presente en la sociedad, es un tema aún más desafiante para discutir. Sin embargo, a diferencia del suicidio, la autolesión no suicida (ANS) ha sido reconocida dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; APA, 2014). La inclusión de esta entidad diagnóstica como un trastorno separado propone un desafío significativo para mejorar nuestra comprensión, identificación y manejo de un fenómeno que a veces se superpone con intentos suicidas.

En general, la literatura científica asocia la ANS con la presencia de una enfermedad mental grave, aunque, basado en la experiencia clínica, no es una condición sine qua non ni se observa exclusivamente en individuos con diagnósticos comórbidos. La prevalencia de la ANS, teniendo en cuenta su incidencia significativa en el estudio de la influencia de las redes sociales e Internet en la población, requiere una reflexión más profunda sobre el alcance de su prevención en los medios digitales. La autolesión es relativamente rara en la infancia y, cuando se presenta, a menudo se asocia con trastornos psicóticos o formas graves de autismo, entre otras enfermedades mentales.

Es crucial destacar, en el contexto de nuestro trabajo, la etapa de la adolescencia y la adultez temprana, ya que la ANS es especialmente común en este rango de edad. En este sentido, la aparición del trastorno se sitúa generalmente entre los 12 y 16 años, una etapa de vida particularmente susceptible a influencias externas, como las promovidas por las nuevas tecnologías y sus múltiples canales de comunicación.

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) juegan un papel decisivo en el inicio de los comportamientos autolesivos, probablemente debido a los procesos de aprendizaje vicario o imitación, observados en sus múltiples formas de interacción virtual. Los 42 millones de búsquedas realizadas anualmente en el motor de búsqueda más popular del mundo, Google, sobre la autolesión no suicida, ponen de manifiesto la magnitud del problema al que se enfrenta la comunidad científica y la sociedad en términos de prevención. Esta información difundida en la web, a nivel de indexación formal, sin tener en cuenta el contenido albergado en la Deep Web, disponible a través de plataformas de búsqueda especializadas como *Tor Browser*, *The Hidden Wiki*, *Torch*, *Ahmnia*, *Not Evil*, etc., podría clasificarse en dos vertientes: preventiva y/o proautolesión-prosuicidio. Por lo tanto,

el contenido indexado a nivel de usuario podría ser útil como ayuda para jóvenes en riesgo, reduciendo el aislamiento y proporcionando recursos para disminuir los actos autolesivos (enfoque preventivo), o, por el contrario, ser un medio de volatilidad virtual que contribuye a la normalización de la ANS, perpetuando su estigma o reforzando socialmente este comportamiento.

Este problema es especialmente preocupante en la comunicación observada en las redes sociales, específicamente en Instagram y su peculiar estrategia de compartir contenido de diversas temáticas. Nos referimos a los famosos *hashtags*, que permiten filtrar y encontrar grandes volúmenes de información específica sobre cualquier asunto. Un hashtag (representado virtualmente con el símbolo #) es esencialmente una etiqueta clasificatoria formada por palabras clave precedida del símbolo #, que automáticamente se convierte en un enlace para aquellos usuarios que comparten información con las mismas palabras clave. De este modo, el contenido, en este caso sobre la autolesión, el suicidio o cualquier otro tema, se agrupa facilitando la interacción y comunicación entre los usuarios de cualquier parte del mundo.

Instagram y la adolescencia están íntimamente vinculados en la dinámica de comunicación infanto juvenil a través de un innovador proceso de maduración identitaria compuesto de imágenes y hashtags. En este sentido de pertenencia creado en torno a la plataforma virtual, la autolesión mantiene una presencia real y altamente perjudicial para la salud no solo física, sino también mental del usuario con factores de riesgo asociados.

Entre las imágenes que podemos encontrar en esta red social, asociada a multitud de hashtags que conectan a individuos de todo el mundo, encontramos escenas de cortes, marcas en la piel, sangre, quemaduras, cicatrices, herramientas y medios empleados para lesionarse, y una extensa gama de material gráfico reproducido y compartido online sin restricciones y con cierto aire de orgullo o reivindicación de libertad sobre sus actos y, en última instancia, sobre su cuerpo y vida. Podemos inferir que el trastorno de la autolesión no suicida, aunque no es el resultado de la aparición de las redes sociales, ha aumentado su presencia y amplificado su alcance a nivel intercomunitario y global.

Quizás desde la perspectiva de la psicología, este comportamiento en la población adolescente pueda entenderse, centrando la atención en la necesidad de pertenencia al grupo como deseo social y por el propio sentido de la competencia interpersonal, de desafíos, de los conocidos "challenges" como prefieren usar los adolescentes. Además de ello, los numerosos factores de riesgo que pueden presentarse en determinados individuos hacen de Internet y las redes sociales un lugar de encuentro anónimo e inmediato donde depositar emociones, pensamientos y mostrar acciones que difícilmente encontrarían espacio en las interacciones más presenciales de la vida cotidiana. La gran mayoría de estas interacciones virtuales son recibidas en forma de invitación a través de otras aplicaciones de comunicación (WhatsApp, Facebook, Messenger, Snapchat, Tumblr, YouTube) que circulan entre compañeros de escuela, amigos o usuarios habituales de juegos en línea. La motivación para aceptar la invitación o el "challenge", mediada e influenciada por la posible presencia de factores de riesgo (inestabilidad emocional, baja autoestima, depresión, trastornos de la conducta, anorexia, bulimia, abuso sexual, violencia familiar, etc.) conlleva

comportamientos de imitación, alivio emocional, autocastigo, entretenimiento, aceptación social, fama y sentimientos de pertenencia grupal, entre otros factores.

Esta información vertida en la red, a un nivel de indexación formal y sin tener en cuenta el contenido alojado en la *Deep Web* -disponible gracias a plataformas de búsqueda especializadas como *Tor Browser*, *The Hidden Wiki*, *Torch*, *Ahmia*, *Not Evil*, etc.-, puede catalogarse en dos direcciones: preventiva y/o pro-autolesión-pro-suicidio. Por tanto, el contenido indexado a nivel de usuario puede ser útil como un recurso para jóvenes en riesgo, reduciendo su aislamiento y proporcionando recursos para disminuir las conductas autolesivas (enfoque preventivo). Por otro lado, puede ser un medio de volatilidad virtual que contribuye a la normalización de la ANS, a su estigma y al refuerzo social de la conducta.

El problema se magnifica con la prevalencia de las redes sociales y su dinámica particular de compartir contenido. Instagram, por ejemplo, permite el uso de hashtags para filtrar y localizar grandes volúmenes de información específica sobre cualquier tema. Los usuarios pueden agrupar y compartir contenido relacionado con la autolesión, el suicidio o cualquier otro tema, facilitando la interacción y comunicación entre individuos de todas partes del mundo.

En resumen, las conductas autolesivas, incluyendo la autolesión no suicida, son complejas y multifacéticas, y su comprensión y tratamiento requieren un enfoque integral y multidisciplinar que combine la psicología, la medicina, la sociología y la tecnología, entre otros campos. La creciente prevalencia de estas conductas en nuestra sociedad, en particular entre los jóvenes y en relación con las tecnologías de la información y la comunicación, subraya la importancia de esta tarea.

Este fenómeno, caracterizado por la potencial aparición y evolución de pensamientos suicidas, no solamente inquieta a los profesionales del ámbito científico y clínico. Se ha establecido de manera inequívoca que las compañías que proveen programas de comunicación y aplicaciones multimedia también reconocen el problema del suicidio y la autolesión. Consideran estos asuntos como retos significativos que necesitan ser abordados, monitoreados e intervenidos en el ámbito de la prevención, incluyendo desde una perspectiva social.

A medida que avanzamos en los capítulos dedicados a la prevención en diversos escenarios y contextos donde se presenta la conducta suicida y autolesiva, examinaremos las acciones implementadas en Internet y en ciertas redes sociales. Analizaremos el empeño manifiesto en los últimos años para luchar contra el estigma y el tabú asociados a estos comportamientos. Paralelamente, y como complemento, proporcionaremos herramientas y estrategias de observación e intervención tanto en línea como presencialmente, destinadas a usuarios como escuelas, padres y allegados. Esto favorecerá la comprensión del fenómeno como un paso inicial hacia el acercamiento y apoyo intrafamiliar, aspecto fundamental y necesario para el enfoque clínico de la conducta que se busca prevenir.

En última instancia, las autolesiones son impulsadas por un conjunto de situaciones variables que detonan el comportamiento; sin embargo, las redes sociales han expandido el cuerpo de información que delimita la comprensión del fenómeno para su prevención. El desafío al que nos enfrentamos toma la forma de un código binario, cuyo uso puede llevar

a una acción responsable, preventiva y promotora de la salud; o, por el contrario, puede convertirse en un medio mal adaptativo que exagera el conflicto, la ambivalencia y el comportamiento disruptivo. Es primordial, por lo tanto, un uso cuidadoso y consciente de estas plataformas digitales, siempre con un enfoque en la promoción de la salud mental y el bienestar.

Cibersuicidio. Una realidad 2.0

El suicidio, tal y como se ha establecido a través de investigaciones académicas exhaustivas en torno a este fenómeno, emerge como consecuencia de un conjunto diverso y multifacético de factores e instancias que interactúan de manera compleja en el transcurso de la vida del individuo, culminando en el acto de autoinfligirse la muerte. Este fenómeno, que implica importantes implicaciones culturales, sociales y sanitarias, representa un desafío colosal para la sociedad en su conjunto a nivel global. En este contexto, la emergencia de nuevas formas de comunicación e interacción social, facilitada por la incorporación de redes sociales e Internet y sus correspondientes aplicaciones en el tejido social, presenta un nuevo escenario y, por ende, una problemática adicional a considerar en términos de prevención. Es en este escenario donde surge el término "cibersuicidio", una consecuencia directa del desarrollo y la expansión de las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC). Este concepto se refiere al acto de suicidarse, influenciado, entre otros factores, por la interacción y observación de contenido prosuicida en sitios web, foros y salas de chat.

En pleno siglo XXI, nadie puede negar los avances y beneficios aportados por las TIC. Sin embargo, de manera paralela, estas tecnologías han inaugurado nuevas formas de conflictos, conductas ilícitas y delitos, motivados por un uso incorrecto o deshumanizado de estas herramientas. Partiendo de esta base, resulta fundamental, desde el punto de vista de la prevención, centrarse no tanto en las nuevas teorías de comunicación e interacción social, sino en las nuevas normas del juego social que las TIC han traído consigo, como factores que pueden llegar a determinar, en este contexto, el acto suicida. Es evidente que el intento de poner fin al dolor, tanto físico como emocional, en un nuevo entorno virtual que fomenta un sentimiento de abandono, respaldado por una red de apoyo humana en línea a través de diversas aplicaciones, foros, redes sociales y mensajería instantánea, modifica la percepción y las herramientas de prevención que, desde el ámbito clínico, social, asistencial y profesional, buscamos salvaguardar y en las que sugerimos actuar.

Es fundamental tener en cuenta y destacar la importancia de que el uso de Internet ha experimentado un incremento del 566% a nivel mundial, entre los años 2000 y 2012. Este porcentaje, tal como lo señala el autor de referencia Montgomery en 2013, continuó en aumento con la llegada de una nueva ingeniería social que ha convertido a las redes sociales e Internet en una necesidad básica para los ciudadanos.

Centrándonos en el propósito principal de este capítulo, podemos afirmar que la conducta suicida ha trascendido desde un ámbito íntimo -familiar, amigos, entornos sanitarios- a un entorno global, comunitario y en red. Este desplazamiento de contexto comunicativo, del

presencial e inmediato, a uno anónimo, atemporal y globalizado, ha suscitado el interés no solo de investigadores, sino de la sociedad en general.

Por lo tanto, Internet ha emergido como una fuente primordial de comunicación y adquisición de información, incluso en lo que respecta al suicidio. El uso significativo y la influencia de Internet entre sus usuarios estimulan la búsqueda y navegación en la profundidad de la red, promoviendo el encuentro con otros usuarios y generando discusiones e intercambio de conocimientos e información sobre métodos y formas de suicidio.

La proliferación de sitios web y enlaces a la web profunda, foros y salas de chat, en su mayoría, proporciona un detallado conjunto de métodos, recursos y medios para el suicidio, incluso proporcionando espacios visuales que resuelven dudas acerca de la efectividad y precisión de los medios a los que el potencial individuo suicida puede tener acceso.

La influencia de las redes sociales e Internet como fuente de información sobre la conducta suicida es, pues, una realidad palpable, un nuevo desafío añadido a la ya compleja tarea de su prevención. Este fenómeno suscita inquietudes e interrogantes acerca del tipo de sitios web que albergan este contenido y, sobre todo, acerca de quiénes son los que proporcionan la información que promueve el suicidio, incitando a la consumación del acto final de forma individual o incluso en forma de pactos suicidas colectivos. Teniendo en cuenta que en Europa el suicidio es la segunda causa principal de muerte violenta, superando las guerras o incluso la violencia de género, resulta crucial comprender desde dónde y cómo se comunican los usuarios de la red.

A pesar de la controversia existente acerca del conflicto con la libertad de derechos en el ciberespacio, la revelación de información prosuicida indexada en servidores de dominio público desvela una realidad oculta tras un código binario. Esta alarmante revelación demuestra lo fácil que es acceder a diferentes direcciones web, sin filtros de control institucional, donde el apoyo y los recursos para el suicidio son evidentes. Esta búsqueda se inicia, según los recientes estudios publicados acerca del comportamiento de búsquedas en Internet, utilizando motores de búsqueda tan populares en España y en el resto del mundo como Google.

Es esencial, entonces, cuestionarnos sobre la naturaleza de la información que fluye libremente en la red, en particular respecto a si la prestación de apoyo, el intercambio comunicativo y la provisión de recursos o ideas que puedan alimentar conductas suicidas o autolesivas no deberían ser legalmente penalizadas como actos de instigación o cooperación con el suicidio. Un examen detallado de la jurisdicción española, en respuesta a estas reflexiones, revela que la inducción al suicidio puede ser castigada (según el artículo 143.1 del Código Penal) si el instigador logra anular la voluntad del suicida, cuyo acto de quitarse la vida es en última instancia decidida por la intervención de este instigador. No se considera inducción si la persona suicida ya había decidido quitarse la vida previamente y lo había expresado de alguna manera.

En relación con la cooperación (artículo 143.2 del Código Penal), es crucial que las acciones y la intervención de terceros faciliten y provoquen el acto suicida, lo que nos lleva a considerar la figura penal de "autoría por cooperación" del artículo 28.b del Código Penal. Por lo tanto, resulta sorprendente que, a pesar de la existencia de una legislación que

penaliza ambos tipos de delitos y reconociendo su relevancia en la comisión del acto en sí, la promoción de ideas, opiniones o comentarios que puedan facilitar, apoyar o fomentar el suicidio no sea ilegal en Internet. Esta es la realidad actual en España, lo que genera un debate que requeriría la contribución de expertos en derecho penal, tanto a nivel nacional como internacional, para arrojar luz sobre esta situación.

En nuestra sociedad actual, caracterizada por cambios continuos y marcada profundamente por el avance de las nuevas tecnologías y las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), estos avances han promovido la globalización cultural y, a su vez, la aparición de nuevos desafíos y retos. Uno de ellos es la interacción e influencia que el contacto y la comunicación entre individuos de diferentes culturas y regiones del mundo ejerce sobre los usuarios, quienes tienen acceso a una vasta cantidad de información, gran parte de la cual tiene una fiabilidad dudosa y carece de fuentes de referencia científicas y/o legales.

Es en el contexto del desarrollo de las TIC donde el término ciber-suicidio encuentra su hábitat y aumenta su capacidad de propagación, al ser un canal privilegiado donde ocurren insultos, instigación y comportamientos destructivos como el acoso cibernético.

La alarma social justificada que se ha generado en los últimos años en relación con el ciber-suicidio requiere la implementación de nuevas políticas de prevención sanitaria e institucional, así como protocolos de actuación en la red. La implementación de procedimientos legales y una jurisdicción que condene de manera explícita cualquier forma de instigación o cooperación con el suicidio a través de las TIC, tal como se hizo con la modificación del Código Penal a partir de la Ley Orgánica 5/2010, introduciendo el artículo 183bis, donde se penaliza el uso de las TIC con fines de abuso y agresión sexual contra menores (ciberacoso, grooming), representa un paso fundamental de vital importancia para sancionar el uso inapropiado de las TIC como medio de difusión de actividades que promueven el suicidio o comportamientos autodestructivos.

Es indudable que, en la actualidad, Internet se utiliza para proporcionar información útil, inmediata y eficaz sobre cómo suicidarse a personas que ya albergan ideas suicidas, al menos en términos de asistencia para la elección del método. Sin embargo, el debate ético-jurídico sobre la libertad de expresión e información en el ciberespacio, las llamadas generaciones de derechos humanos, así como la privacidad del acceso personal a las TIC, entran en conflicto directo con algunas medidas de prevención de indudable valor que podrían implementarse de inmediato, como el cierre de páginas web o bloqueo de servidores. No obstante, es cierto que tal acción sentaría un precedente de control de la información difundida por los usuarios a través de Internet en otros campos y contextos, incrementando los riesgos de una censura arbitraria por parte de los gobiernos o instituciones privadas.

Finalmente, la búsqueda de un equilibrio entre la libertad de expresión, la naturaleza global de Internet y la seguridad de los usuarios que utilizan estos medios como canal de información para cometer suicidio es, en última instancia, responsabilidad de todos nosotros. La consecución de este equilibrio debe considerarse como una tarea colectiva que necesariamente implica un esfuerzo por parte de todos los miembros de la sociedad para garantizar tanto el respeto a los derechos fundamentales como la protección de la vida y el bienestar de todos los individuos.

El papel de los medios de comunicación y las nuevas tecnologías

La célebre cita de Friedrich Nietzsche, "Quien con monstruos lucha cuide de no convertirse a su vez en uno. Cuando miras largo tiempo al abismo, también este mira dentro de ti", presente en el aforismo 146 de su obra *Más allá del bien y del mal*, encarna de manera eficaz la representación alegórica del mal inherente en la humanidad. A lo largo de la historia, la humanidad ha exhibido una fascinación profunda y persistente por lo oscuro y lo misterioso. Esta fascinación no sólo se refleja en los relatos de atrocidades y maldades que pueblan las noticias de los medios de comunicación, sino también en el interés académico y científico por el estudio de la condición humana y su propensión hacia el mal. La naturaleza humana, en su continua búsqueda de autoconocimiento y autotrascendencia, siente la necesidad de reconocer y alejarse de esta dimensión maligna, a pesar de su seducción intelectual y emocional.

Desde una perspectiva sociológica, es imprescindible examinar el papel de los medios de comunicación en este contexto. La influencia de estos medios puede ser tanto constructiva como destructiva, dependiendo de cómo se utilicen y de cómo sean percibidos por los ciudadanos. Se pueden identificar múltiples roles que desempeñan los medios de comunicación, desde ser fuentes de información y educación, pasando por proporcionar entretenimiento, hasta desempeñar roles preventivos o sensacionalistas.

En la era actual, caracterizada por el auge de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y las Nuevas Tecnologías (NN.TT.), los medios de comunicación están dedicados a transmitir información y contenido a una audiencia específica, y esta audiencia, a su vez, contribuye a la generación de recursos económicos para el medio emisor. El juego de la comunicación se desarrolla en una variedad de formatos, desde el papel hasta las imágenes y los medios digitales. En este escenario, el valor primordial recae en la cantidad de audiencia que se puede atraer, y a veces, en ciertas prácticas comerciales cuestionables, el contenido se relega a un segundo plano frente a los fines publicitarios y propagandísticos.

En términos generales, las funciones de los medios de comunicación se pueden categorizar en tres aspectos: informar, educar y entretener. Los ciudadanos se informan sobre los acontecimientos mundiales, adquieren conocimientos a través del consumo de diversos programas y contenidos disponibles en vastos repositorios de información, y encuentran entretenimiento en juegos, música, películas y otros contenidos de ocio disponibles en Internet. Sin embargo, la velocidad de cambio y evolución de las TIC ha desafiado nuestra capacidad de adaptación social y preventiva en lo que respecta a la promoción de la salud mental.

Por tanto, es fundamental que el contenido de los medios de comunicación no sólo sea monitoreado por organismos encargados de su supervisión, sino que también se divulgue de una manera que promueva prácticas informativas, educativas y de entretenimiento saludables. Con la creciente importancia de Internet y las redes sociales, se hace evidente que los medios de comunicación masiva tienen un papel crucial en la configuración y evolución de la sociedad. Ejercen una considerable influencia en nuestras acciones, pensamientos, e incluso alteran nuestra percepción y entendimiento de la realidad.

En este punto, cuestionar si Internet posee un impacto social significativo como medio de comunicación puede parecer paradójico e irrelevante, a pesar de la opinión divergente de algunos académicos. Algunos, como Wolton (2000), han expresado su escepticismo al considerar a Internet como un medio en sí mismo, mientras que otros, como Piscitelli (2002, citado por Covi, 2006), lo ven como un hipermedio. Sin embargo, la literatura científica proporciona una gran cantidad de evidencia que apunta a una notable relación de influencia entre los medios de comunicación y fenómenos preocupantes como el suicidio, la autolesión y otras conductas disruptivas, como la violencia y la agresión.

Este vínculo puede ser precisamente la razón por la cual ciertos medios de comunicación muestran cautela al informar sobre el suicidio, tratándolo como un tabú informativo. Esta reticencia refleja un cierto desconocimiento y dificultad para abordar este tema de manera adecuada en los medios. La industria mediática tiende a intuir el peligro potencial asociado con la cobertura de temas como el suicidio, evitándolos a menudo por temor a inducir comportamientos suicidas a través de un enfoque profesional inapropiado que pueda llevar a responsabilidades civiles y penales y al descrédito social. Este fenómeno es conocido como el "efecto Werther".

Por lo tanto, es crucial que se aborde la cuestión de cómo los medios de comunicación pueden influir de manera efectiva y ética en la sociedad para mejorar la salud mental y prevenir comportamientos perjudiciales, sin sacrificar la veracidad y el rigor informativo. La tarea no es sencilla, pero es fundamental para garantizar el bienestar colectivo de la sociedad en esta era de rápida evolución de la información y la comunicación.

La obra literaria *Las cuitas del joven Werther*, publicada en 1774 por el precoz y brillante Johann Wolfgang von Goethe, dejó una huella imborrable en la sociedad, que todavía perdura hasta el presente. Este notable impacto sociocultural nació de una fuerte conmoción que, de manera inopinada y violenta, catapultó a la obra desde la oscuridad hasta la luz de la notoriedad. Este impacto social significativo derivó de un incremento en los casos de suicidio entre los lectores de la obra, quienes, aparentemente influenciados por el efecto de imitación e identificación con el protagonista, el joven Werther, decidieron terminar sus vidas. Se estima que la cifra de defunciones por suicidio relacionadas con esta obra asciende a, al menos, 2000 personas. Este incidente sin precedentes y la repercusión concomitante que se produjo en aquella época llevó al autor, Goethe, a incluir un descargo de responsabilidad en ediciones posteriores de la obra, en el que rogaba: "Sé un hombre, no sigas mi ejemplo".

El suicidio, tal como lo hemos ido delineando, es un fenómeno complejo que resulta de la interacción de una serie de variables (en otras palabras, es un fenómeno biopsicosocial). Sin embargo, los estudios epidemiológicos sugieren que la conducta de imitación frente a un evento publicitado puede ser un detonante de gran relevancia. Este planteamiento ha ganado tanta tracción que académicos de alto prestigio como Philips (1974), citado en Álvarez (2012), confirmaron la relación entre la imitación y la conducta suicida, identificando a una población con ciertas características, vulnerabilidad y ambivalencia (adolescentes y jóvenes), como los principales objetivos de este fenómeno. Este comportamiento está directamente correlacionado y es proporcional a la atención y relevancia que los medios de comunicación dan al suicidio, lo que, a su vez, fomenta su réplica.

Muchos estudios posteriores, en especial los más recientes en el contexto de las tecnologías emergentes de información y comunicación, como el de Pirkis y Blood a inicios de 2010, han encontrado una evidente relación causal entre el incremento en el número de muertes por suicidio y la influencia de la prensa, incluyendo no solo la prensa escrita, sino también la radio, la televisión y, de manera especial, Internet.

Un ejemplo emblemático de lo anterior se encuentra en la cobertura mediática y los efectos de imitación que provocó el suicidio en 1994 de Kurt Cobain, el cantante principal de la reconocida banda de grunge estadounidense, Nirvana. A pesar de que se esperaba un importante efecto de imitación entre sus seguidores, el anuncio de su muerte por suicidio se llevó a cabo sin la implementación de una política de prevención divulgativa efectiva, lo que desató el tan temido "efecto Werther".

En el contexto de lo expuesto, la conducta imitativa es una realidad que debe ser tomada en consideración al informar sobre sucesos en los que la muerte por suicidio ocupa una posición central. En esencia, la conducta imitativa se basa en la información proporcionada por los medios de comunicación en el ámbito de las tecnologías de información y comunicación (TIC). Es evidente que existe una relación entre el suicidio y los medios de comunicación, debido a varios factores y al poder que ejercen sobre la ciudadanía y su percepción de la realidad. Por tanto, el papel de las TIC y las nuevas tecnologías de información y comunicación es fundamental en la prevención del fenómeno y en su alcance.

Periodistas, blogueros, *influencers* y todos los comunicadores de información o entretenimiento virtual deben ser considerados y observados cuidadosamente en cuanto a su formación y capacitación para desempeñar un papel preventivo. No hay duda de que los medios de comunicación en línea son un canal esencial en la prevención de la conducta suicida. Sin embargo, su función no se limita a ser meros canales pasivos de información sobre el fenómeno, sino que también son espacios privilegiados para la difusión de información que permita un enfoque preventivo de los factores de riesgo que podrían desencadenar un desenlace fatal. El silencio no es útil en este contexto, ya que hablar sobre el tema puede salvar vidas. Este sencillo hecho conlleva un primer paso hacia la necesidad social de una visibilidad informativa promovida por los grandes medios de comunicación en línea como aliados en la lucha contra el estigma asociado y en la prevención del suicidio, un tema que ha sido considerado tabú durante mucho tiempo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su programa de prevención del suicidio (SUPRE), ha presentado por primera vez las recomendaciones necesarias para un enfoque responsable de la difusión informativa sobre la conducta suicida en los medios de comunicación. Estos principios éticos, que se han difundido en diversos códigos deontológicos, fomentan un enfoque profesional del fenómeno, con una cobertura adecuada y respetuosa que también tenga en cuenta el interés y el derecho a la información.

Este enfoque preventivo, cuidadoso y profesional de la información en los medios de comunicación sobre el suicidio se conoce como el efecto Papageno. Básicamente, consiste en cambiar la percepción del potencial suicida sobre el acto de quitarse la vida mediante un mensaje de apoyo, esperanza, ayuda y orientación adecuada. Esencialmente, el efecto Papageno implica presentar una información estructurada y criterios que ofrezcan empatía

y compasión al suicida, contrarrestando el contenido prosuicida que abunda en Internet y otros medios de comunicación. Este sencillo acto puede salvar vidas.

Sin lugar a dudas, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) tienen el potencial para ejercer un papel decisivo, ya sea en la promoción o en la prevención del suicidio. A raíz de este debate, surge un interrogante fundamental: ¿Están los medios de comunicación abordando esta problemática de manera adecuada y conforme a las directrices establecidas por la Organización Mundial de la Salud? ¿Están presentando la información referente a la conducta suicida con la precisión y el rigor que se requiere?

Una respuesta concluyente a estos cuestionamientos parece bifurcarse en un contundente "Sí" y en un "No", este último matizado por la mención de ciertos casos excepcionales, aunque parece perfilarse un cambio de tendencia positivo hacia la prevención informativa, en contraposición a un enfoque meramente sensacionalista.

Uno de los obstáculos predominantes podría ser la escasez de información circulante en la red, motivada por los mitos que envuelven la conducta suicida, los cuales complican su prevención, incluso para los profesionales en el campo de la salud mental. Esta deficiencia formativa se ha reflejado en la casi total ausencia de protocolos y medidas de protección dirigidas hacia los propios usuarios de las TIC, tales como: la identificación de factores de riesgo en familiares y amigos, así como la difusión de medidas de autoayuda para personas con ideación suicida.

Es indispensable reconocer que, a lo largo de los años y en la meta de establecer un plan de prevención nacional de conductas suicidas y/o autolesivas -extendiendo el alcance a comportamientos altamente desadaptativos que causan un grave sufrimiento emocional y físico a los individuos-, no se ha atendido adecuadamente la necesidad de una prevención en el ámbito de las TIC, dada la interrelación existente entre ambas variables.

Las nuevas tecnologías y su uso pueden ser consideradas, como se ha mencionado a lo largo de este análisis, un factor de riesgo (efecto Werther) o un factor protector y/o preventivo (efecto Papageno). La posibilidad de favorecer uno u otro escenario depende de la determinación de los agentes encargados de supervisar la salud. Aquí se incluye una atención especial de instituciones, asociaciones y del propio Estado en la protección de la salud pública, con medidas proactivas enfocadas hacia un proyecto de salud centrado en las TIC, cuyo componente fundamental sea la protección de los ciudadanos en el acceso seguro e informado a recursos y ayuda.

La elaboración de una información adecuada, la implementación de protocolos estructurados de evaluación para profesionales de la salud y del ámbito social que orienten a planes de intervención en la propia red, constituirían un primer paso para disminuir la incidencia de un efecto Werther que se propaga en la red como si fuera un virus informático.

La visibilidad del tabú asociado a la muerte por suicidio y a las conductas autolesivas, influenciadas por diversos contextos y entornos socioculturales, ha impulsado políticas profesionales, desarrolladas en su mayoría por agentes altruistas que conforman grupos asociativos diseminados a nivel nacional y con sinergias internacionales. Dichas políticas favorecen un estudio en constante evolución tecnológica que adecua las necesidades

sanitarias y de atención psicológica a una población en riesgo por desinformación y alternativas con fines espurios u ocultos.

La dinámica de la vida de las personas avanza de manera paralela a la velocidad con la que se conectan a la red, desarrollando en la mayoría de las ocasiones un sistema cerrado, un ecosistema propio arraigado en el ADN de la red social creada en torno a Internet. Dentro de este microsistema que engloba un macrosistema global, los medios de comunicación están destinados a desempeñar un papel esencial: la divulgación y contrastación de información veraz y preventiva en materia de salud, alejando sus prácticas profesionales del sensacionalismo que, aunque venda, promueve la muerte y añade dolor a un sufrimiento que no tiene nombre, como ya ilustró Piedad Bonnet en su obra "Lo que no tiene nombre", dedicada a la vida y a la muerte por suicidio de su hijo Daniel.

Una de las medidas que se ha propagado ampliamente en esta protección de los medios de comunicación ha sido la estrategia de no hablar del suicidio. Sin embargo, el diálogo es esencial, el diálogo salva vidas. No obstante, hablar requiere conocimientos, formación y una profunda responsabilidad. La solución no pasa por la prohibición ni el cierre de páginas, sino por el trabajo pedagógico de todas las partes involucradas en la transmisión de información, desde el emisor hasta el receptor. Es necesaria una amplia formación en materia de prevención en contextos virtuales; somos huérfanos digitales de una educación de buenas prácticas online en la atención a conductas suicidas y autodestructivas.

En conclusión, Internet se configura como la herramienta óptima para los medios de comunicación en su labor pedagógica de promoción de conductas saludables y de salud en general, no solo como un agente social protector en su misión esencial de informar a la comunidad. Tomar los numerosos sucesos, lamentablemente cotidianos, en los que la conducta suicida y la muerte se alían en un titular informativo, es una oportunidad perfecta para divulgar e informar acerca de las posibles causas del suicidio, cuáles son sus señales de alarma, las opciones terapéuticas existentes y los agentes sociales que pueden servir de apoyo y guía en el proceso.

Las redes de comunicación en su conjunto y, en particular, las redes sociales, son un canal de información ideal para una intervención preventiva pedagógica frente al suicidio y el conjunto de conductas autodestructivas que se relacionan de un modo directo con ella (enfermedad mental, abuso de sustancias, trastornos alimentarios, acoso...). Internet y las redes sociales en sí mismas son creadoras de microsociedades en línea que conforman sistemas mayores de transmisión de información en forma de grupos de apoyo y obtención de recursos. Y aún no estamos aprovechando la oportunidad que nos ofrecen.

Me gusta concebir la idea de que, gradualmente, Internet dejará de ser percibida como un elemento del que protegerse, para convertirse en un aliado en el papel del desarrollo de la sociedad en materia de educación, progreso, igualdad y también de salud. Internet tiene el potencial de ser una herramienta positiva para la salud mental y el bienestar, siempre que se utilice de manera responsable y consciente.

El reto fundamental yace en cómo empleamos este instrumento formidable y su potencial para influir positivamente en la salud mental y emocional de los individuos. Necesitamos fomentar un uso responsable y saludable de las TIC, y los medios de comunicación, al ser

influyentes en la transmisión de información, deben asumir un papel destacado en este proceso.

El valor incuestionable de Internet radica en su capacidad para conectar, para brindar acceso a una gran cantidad de información y para proporcionar espacios de diálogo y ayuda. Los entornos en línea tienen el potencial de ser un espacio vital para la discusión y la ayuda en relación con la salud mental y emocional, incluyendo la prevención del suicidio y la autodestrucción. En lugar de ser vistos como una amenaza, deben ser utilizados como una herramienta para fomentar la comprensión, la empatía y el apoyo.

Al mismo tiempo, es crucial que se aborden los peligros asociados con el uso irresponsable de Internet y las TIC, particularmente en lo que respecta a la divulgación de información engañosa o potencialmente dañina. Para ello, es esencial que se establezcan protocolos y medidas de protección sólidas, que incluyan la identificación de factores de riesgo en familiares y amigos, así como la divulgación de medidas de autoayuda para personas con ideación suicida.

Finalmente, mientras exploramos las oportunidades que ofrecen las TIC, debemos recordar que la responsabilidad de proteger la salud mental y emocional de los individuos no recae exclusivamente en las instituciones o en el Estado, sino que es un esfuerzo comunitario. Todos tenemos un papel que desempeñar en la promoción de la salud mental y emocional, y las TIC nos proporcionan una plataforma poderosa para hacerlo. Nuestro desafío colectivo es aprender a utilizar esta plataforma de manera efectiva y responsable.

Por lo tanto, nuestra visión de futuro debe centrarse en utilizar las TIC y las redes sociales como un agente proactivo en la promoción de la salud mental y emocional. Para conseguirlo, es necesario un enfoque multidisciplinario que integre la tecnología, la psicología, la medicina, la sociología y la educación. En última instancia, este esfuerzo conjunto nos permitirá aprovechar plenamente el potencial de las TIC para mejorar la salud mental y emocional a nivel global.

La importancia de la prevención en la era digital

En la época contemporánea, inmersos en la dinámica de la revolución digital, no se puede negar la extraordinaria capacidad de transformación, evolución, beneficios y posibilidades que ofrecen las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Estas tecnologías han revolucionado por completo nuestra percepción de las interacciones sociales, modificado las formas de comunicación y alterado nuestra interpretación del mundo, influyendo en la vida de cada uno de los individuos que componen la sociedad digital.

La sensación de pertenencia grupal, la atracción del entorno virtual, trasciende las fronteras físicas. Paralelamente, de manera exponencial, se están adquiriendo nuevos patrones de comportamiento y se está desarrollando un lenguaje personal e íntimo que, transmitido a través de códigos binarios, sustenta un mensaje global y atemporal.

Sería un error de proporciones considerables no reconocer el progreso social que la era digital ha introducido. De la misma manera, sugerir un retorno a una época analógica,

alejada de una sociedad con recursos avanzados y tecnológicamente desarrollada, sería una suposición irreal. En su esencia, las TIC han contribuido a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos que utilizan recursos digitales, así como a facilitar nuevas formas de comunicación, ampliando una variedad de medios e instrumentos que promueven el crecimiento y la evolución social.

No obstante, al igual que sucede con cualquier revolución, las TIC presentan riesgos junto con sus beneficios. En su otro extremo, existen riesgos significativos, incluyendo el surgimiento de nuevos trastornos y problemas asociados con su uso y manejo; entre ellos, las adicciones a las tecnologías digitales. La prevención de un uso disfuncional y disruptivo se convierte en un aspecto de atención imprescindible.

Cuando hablamos de prevención, nos referimos a su sentido más amplio, tanto social como terapéutico. Entendemos por prevención las acciones destinadas a evitar en primer lugar la aparición de peligros que puedan afectar la calidad de vida y la salud del ciudadano digital y, por extensión, la de su familia y comunidad. Del mismo modo, implica atender y actuar no sólo para prevenir su origen, sino también, si el riesgo ya está presente, para promover acciones que minimicen sus efectos.

Dentro de este contexto, se pueden identificar tres niveles o tipos de prevención: primaria, secundaria y terciaria:

- La prevención primaria implica actuar antes del inicio del riesgo. Involucra la atención a todos los posibles factores de riesgo que podrían estar asociados al problema, y está dirigida a una población o comunidad en general que podría estar en riesgo o ser vulnerable a sus efectos. Este es el nivel más básico y esencial desde el punto de vista de la salud en la era digital. Una atención adecuada, mediante la promoción de una educación digital, podría evitar la necesidad de recurrir a recursos y cuidados sociales en respuesta a un riesgo presente.
- La prevención secundaria, por otro lado, requiere atención profesional e institucional frente a riesgos ya existentes. La atención en esta etapa implica actuar directamente sobre los peligros existentes con el objetivo de minimizar o erradicar sus efectos, tanto a nivel individual como colectivo, previniendo la progresión de riesgos virtuales en una etapa temprana.
- Por último, la prevención terciaria entra en juego cuando el riesgo ya está firmemente establecido en el individuo o la comunidad. El objetivo de este nivel de prevención es detener el desarrollo del peligro y mitigar las consecuencias asociadas a su presencia en el ámbito sociodigital.

Una vez definidos los tipos de prevención que podemos implementar en el ámbito de las TIC y el uso responsable de las nuevas tecnologías, es esencial destacar que una estrategia de prevención efectiva debe ir más allá de la simple provisión de información. Debe fortalecer aspectos fundamentales del comportamiento, las actitudes y la personalidad de sus usuarios.

Esto implica el fomento de habilidades sociales en el mundo virtual, el fortalecimiento de la autoestima en el contexto digital (la autoestima 2.0, por así decirlo), y el desarrollo de

valores digitales. De esta forma, se puede argumentar que el impacto directo de Internet, y en particular el de las redes sociales, ha cambiado drásticamente la realidad social, generando transformaciones profundas en la escala de valores que fundamentan las normas de comportamiento y el estilo de vida de una comunidad, equiparando espacios temporales y contextos culturales diversos.

En este sentido, la interacción en línea, respaldada por el anonimato y los mensajes descontextualizados que promueve, establece un escudo virtual que favorece a ciertos usuarios que pueden tener deficiencias en habilidades y valores personales, permitiéndoles expresarse con libertad. Esto nos enfrenta a un reto: mientras las TIC han democratizado la comunicación, también han abierto la puerta a la posibilidad de la despersonalización y la desconexión de la realidad social y emocional.

La digitalización ha traído consigo una sensación de libertad sin precedentes, especialmente seductora para los jóvenes que pueden tener dificultades con las interacciones sociales. Este sentimiento amplificado de autoprotagonismo, colectividad y libertad en sus mentes, a menudo, dificulta la conciencia de su subordinación a la influencia, poder e intereses de diversos grupos, asociaciones de usuarios o colectivos que establecen las normas del juego digital, muchas veces con resultados perjudiciales.

En este contexto, cuando nos referimos a aspectos de salud mental tan cruciales como la autolesión, el comportamiento suicida y el duelo, se entiende que la educación en valores dentro de los medios digitales se convierte en una labor indispensable para el bienestar social y el avance educativo. La era digital ha ofrecido un vasto terreno de oportunidades, pero también ha presentado desafíos constantes que exigen respuestas igualmente innovadoras.

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han impuesto cambios vertiginosos que exigen la promoción de nuevas habilidades y herramientas de interacción y comunicación. Se necesitan para formar ciudadanos digitales conscientes que puedan manejarse en este entorno de cambio constante, impuesto por el nuevo lenguaje del código binario y la necesidad de interpretarlo y abordarlo adecuadamente.

Los ciudadanos, antes simples receptores de información, se han convertido en actores activos en este espacio digital, y son educadores en sus propios procesos de aprendizaje y maduración sociotecnológica. Como protagonistas, tienen la responsabilidad de forjar los valores de su propio nicho social en un entorno globalizado.

La revolución digital es un fenómeno imparable del que no podemos, ni debemos, escapar. La influencia de la digitalización, con sus incertidumbres y evoluciones, requiere una base sólida de valores que nos permita, como sociedad, adaptarnos a sus nuevos retos y desafíos mientras evolucionamos juntos.

Las demandas y retos generados por el nuevo lenguaje en código binario surgido de esta era digital deben ser decodificados y atendidos. Los individuos, o más bien, los usuarios de contenido TIC, han dejado de ser meros receptores pasivos para convertirse en actores educativos en sus propios procesos de aprendizaje y maduración sociotecnológica. En este papel protagónico, se transforman en constructores de los valores de su propia esfera social

en un entorno globalizado. Los procesos de aprendizaje y adquisición de herramientas para la formación personal en valores digitales se desenvuelven a través de procesos individuales e interactivos, apoyados en una red social efímera y difuminada que se basa en el anonimato de la mayoría de sus comunicaciones interpersonales.

Es innegable que la revolución digital es un hecho consumado del cual no podemos abstraernos ni escapar. Es inexorable. Las incertidumbres, la evolución y la atención a su influencia requieren la implantación de valores, que nos permitirán como sociedad adaptarnos a sus nuevos desafíos mientras evolucionamos juntos. Sin embargo, la clave reside en colocar al individuo en el centro de la ecuación, estableciendo que las TIC giran en torno a un núcleo gravitacional humanista, donde el sujeto, el usuario, es finalmente el centro de la transformación.

Indudablemente, el mejor instrumento que puede ser utilizado para el aprendizaje en la confrontación de un desafío digital es la educación. Se requiere de formación e información que garanticen un motor adecuado de desarrollo y aprendizaje ético y moral en el uso de las TIC como aliadas del crecimiento y desarrollo personal, comunitario y social. Este trabajo debe iniciarse desde las familias, en los centros educativos y con el compromiso de instituciones y gobiernos, unidos, en profundas sinergias con un eje social, comunitario y profundamente humano.

El entusiasmo por la esfera digital, especialmente atractivo para los jóvenes que luchan con las interacciones sociales, amplifica en su percepción una sensación de protagonismo, pertenencia grupal y libertad, obstaculizando la conciencia de cómo están subyugados a la influencia, poder e intereses de grupos, asociaciones de usuarios o colectivos que establecen normas de juego que implican riesgos para aquellos usuarios con escasos valores digitales propios. En el contexto de temas críticos para la salud mental humana, como la autolesión y la conducta suicida, incluso el duelo, se puede entender que la educación en valores en entornos multimedia y en contextos de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) se convierte en una labor esencial de atención social y de evolución educativa.

La era digital, como se ha destacado a lo largo de este análisis y en general a lo largo de esta obra, nos ha brindado un vasto campo de oportunidades, pero también de constantes desafíos. Los rápidos cambios impuestos por las Nuevas Tecnologías (NN.TT.) requieren la promoción de nuevas habilidades y herramientas de interacción y comunicación como parte integral de la educación para una ciudadanía digital. El nuevo lenguaje de código binario que se ha generado en torno a su creación ha generado nuevas demandas y desafíos a decodificar y atender. Los individuos, los ciudadanos, en resumen, los usuarios de contenido TIC, han pasado de ser agentes pasivos a convertirse en protagonistas educativos de sus propios procesos de aprendizaje y maduración sociotecnológica.

En ese papel principal, se convierten en los arquitectos de los valores de su propio nicho social y universal en un entorno globalizado. Sobre esta base, podemos afirmar que los procesos de aprendizaje y adquisición de herramientas para la construcción personal de valores digitales implican procesos individuales e interactivos, con un soporte social efímero y difuminado basado en el anonimato de la mayoría de sus comunicaciones interpersonales.

La revolución digital ya es un hecho establecido del cual no podemos abstraernos ni escapar. Es imparable. Las incertidumbres, la evolución y la atención a su influencia requieren de valores que nos permitan como sociedad encontrar formas de adaptarnos a sus nuevos retos y desafíos a medida que evolucionamos juntos. Sin embargo, la clave radica en poder centrar al individuo en la ecuación, estableciendo que las TIC giren en torno a un centro gravitacional humanista, donde el sujeto, el usuario, sea en última instancia el centro de la transformación.

El instrumento más efectivo que puede utilizarse como compromiso de aprendizaje para enfrentar el desafío digital es la educación. Se requiere, por lo tanto, de formación e información que aseguren un motor adecuado de desarrollo y aprendizaje ético y moral en el uso de las TIC como aliados del crecimiento y desarrollo personal, comunitario y social.

El cultivo de los valores como estrategia de prevención del suicidio y la autolesión en la era digital

Cuando abordamos el tema de los valores en el contexto de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), concebimos la existencia de normas establecidas alrededor de la utilización de estos medios, propios de la era digital en la que vivimos. Sin embargo, a pesar de que estas reglas o directrices emergen precedidas por una ética intrínseca en relación con el uso de las tecnologías emergentes (fundamentada en códigos de conducta civil y penal a nivel nacional e internacional), no llegan a abordar completamente cómo debería manifestarse el comportamiento de los ciudadanos en su interacción digital.

Aquí nos referimos a la necesidad de buscar valores que vayan más allá de la protección de los derechos de propiedad intelectual del contenido virtual. Es fundamental, y urgente, prestar atención a las dimensiones sociales que la ética en tecnología parece pasar por alto. Una ética en la que los usuarios de internet, independientemente de sus circunstancias personales, puedan sentirse libres, seguros, respetados y satisfechos con respecto a sus necesidades digitales. Esto se lograría gracias a la implementación de códigos de conducta digital donde se atiendan de manera apropiada el crecimiento, la evolución social y la moral humana.

Para ilustrar esta premisa, podemos citar un ejemplo claro de la regresión social que prevalece en el mundo digital, lo que puede servirnos para resaltar la decadencia de la atención virtual a la que aludimos. Existen innumerables sitios web, espacios y contenidos que promueven acciones dañinas para la salud y el bienestar del individuo, como el suicidio y la autolesión, a cambio de mantener espacios virtuales con beneficios secundarios de naturaleza comercial.

El estudio "Suicidio, adolescencia, redes sociales e Internet" (López Martínez, 2016), expuso la cantidad de contenido prosuicida y autolesivo que circulaba sin control institucional en el vasto universo digital. El propósito era inquietante: contemplar la muerte del ciudadano digital y alentar su autoaniquilación. Las conclusiones de este estudio de investigación subrayan, en línea con la argumentación que hemos venido desarrollando, la necesidad

urgente de una educación preventiva en valores digitales que restrinja, desde una perspectiva moral y ética digital, prácticas perjudiciales como las observadas en este siglo XXI.

En este sentido, la promoción de los derechos humanos y el fomento de una identidad digital basada en valores, libertad y conciencia evitará la despersonalización en entornos TIC, cambiando la trayectoria de cómo las nuevas tecnologías son utilizadas. En lugar de ser instrumentos para fabricar productos, deben ser entendidas como canales de comunicación para ciudadanos digitales que sienten, piensan y desarrollan la sociedad basándose en valores éticos y morales adecuados.

La sociedad tal como la conocemos ha experimentado una transformación profunda en la última década debido a los innumerables recursos y medios TIC disponibles. En este proceso de evolución, la generación y divulgación de contenido (moral y ético) ha buscado nuevas formas de interrelación con las nuevas tecnologías; a veces, estas formas han resultado ser perjudiciales para la sociedad, mientras que en otras, han sido beneficiosas. No obstante, en todos los casos, es palpable la necesidad de avanzar hacia un mundo digital seguro, construido sobre la base de valores y ética apropiados. Esta medida contribuirá a mitigar el impacto de una transformación social en la que el individuo corre el riesgo de ser reducido a un mero producto de consumo digital.

Para afrontar este desafío, es fundamental promover un entendimiento más profundo de las implicaciones éticas y morales en el uso de las TIC. Deberíamos aspirar a un enfoque inclusivo y reflexivo que no sólo se preocupe por la legalidad del uso de la tecnología, sino que también se centre en su impacto social y emocional. Además, es importante considerar que las conductas de los usuarios no pueden simplemente ser dictadas por normativas, sino que también deben ser influenciadas por un entendimiento sólido de los valores y la moralidad que deben estar presentes en su interacción con la tecnología.

Hacer hincapié en la educación preventiva en valores digitales es, por lo tanto, una necesidad crucial. Esta educación debería centrarse no sólo en limitar prácticas nocivas observadas en el mundo digital, sino también en promover una identidad digital saludable y consciente. Los derechos humanos y los valores éticos deben ser el faro que guíe el comportamiento en el espacio digital, favoreciendo el crecimiento y la evolución social de los ciudadanos en sus interacciones digitales.

Finalmente, es esencial recalcar que las TIC deben ser entendidas y utilizadas como canales de comunicación que fomenten el pensamiento, el sentimiento y el desarrollo de la sociedad en base a valores éticos y morales adecuados. En vez de ser meros productores o consumidores de contenido, los ciudadanos digitales deben sentirse libres, seguros y respetados en sus necesidades digitales.

En conclusión, mientras navegamos en esta era de digitalización y evolución tecnológica, la necesidad de una ética sólida y de valores fuertes en el uso de las TIC se vuelve cada vez más imperativa. Al final del día, el desafío que enfrentamos no es meramente tecnológico, sino fundamentalmente humano. Las tecnologías emergentes deben ser instrumentos para el crecimiento humano, y no meros medios para el consumo.

Hacia una prevención 2.0. Retos y desafíos de futuro

En el curso de la última década, hemos presenciado una expansión exponencial en la utilización de Internet, sus aplicaciones y las redes sociales, lo cual ha cimentado una realidad social virtual sin precedentes en la historia de la humanidad. Esta transformación ha proporcionado un canal inédito para abordar aspectos de la conducta humana que tradicionalmente se han mantenido restringidos y silenciados por el estigma y el tabú, como la conducta suicida, los comportamientos autolesivos y las enfermedades mentales.

Actualmente, hay un creciente interés en un fenómeno que genera alrededor de un millón de muertes autoinfligidas anualmente y provoca un profundo sufrimiento -posiblemente el más devastador- en aproximadamente 70 millones de supervivientes cada año. Este fenómeno está poniendo de relieve la contribución fundamental de Internet en la visibilidad y alcance de este asunto, favoreciendo un crecimiento en la voz de profesionales e instituciones que se están uniendo con un propósito común: formular un plan nacional para la prevención del suicidio. En esta lucha constante, uno de los objetivos es hacer visibles la necesidad de atención y vigilancia en la salud mental de una sociedad en continua evolución.

La transición de una atención analógica a una atención plural en un mundo globalizado, donde a menudo se promueve el anonimato, como es el caso del mundo virtual, es una tarea compleja y paradójica. Los desafíos de evaluación, prevención, intervención y tratamiento en el contexto digital son efímeros y escurridizos, y todavía carecen de una planificación sólida y de protocolos coherentes que promuevan una prevención y atención adecuada en el espacio digital. En este ciberespacio difuso, la población adolescente, un grupo de especial interés para la comunidad científica, se encuentra en constante estudio tanto por profesionales como por una población civil consciente de la necesidad de abordar de manera adecuada esta realidad que trasciende las fronteras del contacto físico.

En gran parte de la investigación y los estudios relacionados con la prevención del suicidio en la población juvenil, las estadísticas proporcionan una visión clara de la magnitud del fenómeno, despertando la conciencia y la llamada a la acción. La mayoría de los suicidios consumados en adolescentes ocurren alrededor de los 13 a 15 años, siendo extremadamente excepcionales los casos de muerte autoinfligida antes de los 10 años. Una mirada a la conducta adolescente contemporánea nos obliga inexorablemente a considerar el medio virtual como un espacio de interacciones predominante en estos grupos de edad. En este entorno, donde las redes sociales e Internet son los protagonistas, todavía conocemos muy poco sobre cómo estas y otras aplicaciones virtuales pueden influir en el comportamiento de los adolescentes con dificultades interpersonales y una regulación emocional deficiente.

Internet se ha convertido en un nuevo medio de comunicación de relaciones afectivas, distorsionadas por la falta de información, tanto verbal como no verbal, que aporta sentido y significado a muchos de los intercambios emocionales que se dan en un medio dominado por códigos binarios. Este hecho, junto con otros aspectos importantes para el establecimiento de un apego seguro y saludable, pueden promover la aparición de emociones intensas y comportamientos impulsivos en un entorno virtual descontextualizado, donde la ausencia de apoyo sociofamiliar para regular las emociones y

tomar decisiones puede hacer que sea difícil evaluar las consecuencias de las acciones, pensamientos y emociones en línea.

Estamos despertando a la necesidad de una conciencia preventiva en la salud mental 2.0, especialmente en relación al fenómeno de la conducta suicida. Es imperativo reeducar a los profesionales, los agentes sociales y a la sociedad que abarrota el ciberespacio en busca de respuestas, requiriendo un retorno a lo analógico para revisar los aspectos comunes y los trabajos de investigación en prevención que reduzcan los peligros y eviten una progresión virtual sin conciencia. Siendo completamente honestos, la prevención de la conducta suicida en nuestro país, España, todavía es una asignatura pendiente, aunque en consonancia con el arduo trabajo de asociaciones de supervivientes y profesionales de diferentes ámbitos de la salud y lo social, se están produciendo cambios lentos pero seguros en el panorama actual. La conciencia social se ha reflejado en el surgimiento de investigaciones, manuales, guías y programas que promueven recomendaciones para una prevención que, sin lugar a duda, está resultando en una disminución en las tasas de suicidio en nuestra comunidad.

Con base en ello, creemos que la ruta hacia un modelo de prevención 2.0, un modelo de naturaleza psicoeducativa en entornos digitales, reduciría el riesgo y el impacto negativo de ciertas actividades en línea y comportamientos que aumenten la probabilidad de autolesiones y conductas suicidas. Un modelo clásico, con una perspectiva psicoeducativa, que transita a través de sus etapas -primaria, secundaria y terciaria- podría orientar la acción hacia un futuro donde las tecnologías de información y comunicación, las redes sociales e Internet se conviertan en aliadas del crecimiento psicoeducativo de nuestros jóvenes mediante una intervención en su presente. Este hecho es uno de los aspectos en el que las políticas sociales y sanitarias velan por una actitud preventiva psicoeducativa orientada al cambio y no hacia la permisibilidad, negación o tolerancia cómplice al fenómeno.

La única solución plausible para la prevención del suicidio implica el estudio y análisis del comportamiento de la sociedad, de los nativos digitales en su conducta virtual a través de aplicaciones online que revelan una nueva forma de estar y habitar en el mundo. Y en estas nuevas pautas y guiones de vida mediados por lo virtual, el suicidio y las conductas autolesivas, destructivas y de abuso deben ser observadas y mediatizadas como un proceso complejo y dinámico que modifica nuestro entendimiento hasta ahora conocido en su origen. Un enfoque preventivo que debe iniciar un recorrido sociovirtual desde una intervención preventiva en el lugar de origen, planificada y orientada a las necesidades detectadas a través de evaluaciones específicas dependientes de los factores de riesgo y protección de la población y usuarios de plataformas y medios telemáticos. Esta especificidad debe ser adaptada a la población que se va a atender y, en el contexto y análisis que proponemos, comprende aquellos cuyos factores de riesgo están determinados por un uso inadecuado de las redes sociales e Internet.

Numerosos profesionales nos cuestionamos el papel que desempeñan las instituciones en la supervisión y tutela del tejido social educativo, así como el nivel de responsabilidad que asumen en su labor pedagógica y preventiva. Existe un rol de proveedor educativo e ideologizado donde se proyecta la responsabilidad de lo que sucede a determinadas organizaciones gubernamentales que limitan la responsabilidad individual y social en su espectro más amplio. Y la prevención, al igual que en muchos otros aspectos legislativos,

civiles, mercantiles y, en este caso, educativos y sanitarios, no escapa a un delirio de protección socioinstitucional que disminuye la autoeficacia y la capacidad de acción individual-comunitaria sin tutela. Quizás, solo quizás, un modelo de prevención 2.0 esté determinado, en primera instancia, tras un exhaustivo abordaje de investigación y análisis, por un cambio de paradigma donde el individuo sea el principal responsable y actor de su papel preventivo en la salud individual y social.

En resumen, la evolución de las redes sociales y las aplicaciones de Internet ha proporcionado un medio para estudiar y entender mejor la conducta suicida, los comportamientos autolesivos y la enfermedad mental. Sin embargo, también ha planteado nuevos desafíos y ha resaltado la necesidad de vigilancia continua de la salud mental de la sociedad en constante evolución. La transición de un enfoque analógico a uno más plural y globalizado, como el entorno virtual, es compleja y paradójica. Además, el ciberespacio presenta dificultades en la evaluación, prevención, intervención y tratamiento de la salud mental. A pesar de estas dificultades, el ciberespacio y, en particular, las redes sociales e Internet, ofrecen oportunidades significativas para la prevención y la atención en lo digital, siempre que se aborden de manera adecuada y se desarrolle un plan efectivo para su uso.

A través de un análisis exhaustivo de la conducta social y digital, podemos desarrollar estrategias de prevención eficaces que reduzcan el riesgo y el impacto negativo de las actividades en línea que podrían aumentar la probabilidad de autolesiones y comportamientos suicidas. Un enfoque de prevención 2.0 podría proporcionar un camino a seguir, orientando nuestras acciones hacia un futuro en el que las tecnologías de información y comunicación se conviertan en aliadas en la promoción de un crecimiento psicoeducativo saludable. La clave para lograr esto es un cambio de paradigma que sitúa al individuo como el principal responsable y actor de su propio bienestar mental, tanto a nivel individual como social.

Tal vez el desafío más notable que confrontamos radica en la reorientación hacia modelos psicoeducativos, en los cuales la colaboración comunitaria, respaldada de manera adecuada por un sólido apoyo social, delineará estrategias ciudadanas. Estas políticas deben orientarse hacia la protección y la promoción del empoderamiento individual, reconociendo a cada persona como una entidad inseparable y esencial en el esfuerzo por atenuar y reducir un fenómeno tan desolador y doloroso como el suicidio.

La tarea puede parecer desalentadora, pero es esencial que reconozcamos la importancia vital de cada individuo en este esfuerzo colectivo. La sociedad es un organismo vivo y dinámico, y cada uno de sus miembros juega un papel vital en su salud y bienestar. En este sentido, es fundamental que promovamos la autonomía y la autodeterminación del individuo, ya que son elementos indispensables en la lucha contra el suicidio.

El suicidio, con su rastro de dolor y pérdida, es un fenómeno que puede y debe ser mitigado. La clave para alcanzar este objetivo radica en el empoderamiento del individuo, y en el fortalecimiento de una sociedad que no sólo reconoce, sino que también apoya, la importancia crucial de la salud mental.

Reconocer y empoderar al individuo en este esfuerzo no es simplemente una cuestión de altruismo; es una necesidad pragmática. Cada individuo que se siente capaz, respaldado y

comprendido es una barrera más en el camino del suicidio, un paso más en la dirección de una sociedad más saludable y resiliente.

En conclusión, el reto que enfrentamos nos demanda el retorno a modelos psicoeducativos que enfatizan la colaboración comunitaria, respaldados por una sólida base de apoyo social. Estas estrategias ciudadanas deben proteger y empoderar al individuo, reconociéndolo como un elemento indisoluble y esencial en el esfuerzo por frenar y reducir el devastador fenómeno del suicidio. Al abordar este desafío, podemos avanzar hacia un futuro en el que cada individuo es reconocido, apoyado y empoderado en su lucha por mantener y mejorar su propia salud mental, así como la salud mental de la sociedad en su conjunto.

Resulta fundamental reforzar de manera explícita y categórica el papel vital que tiene la psicología en el contexto de acompañamiento y en el establecimiento de un enfoque de observación humanizado en cuanto a los temas tan delicados y significativos como son el suicidio y la autolesión.

La psicología es, por esencia, una ciencia que aborda los asuntos del comportamiento humano y de la mente, y por lo tanto, se sitúa en la posición más pertinente para entender la complejidad intrínseca de estos temas de salud mental. Su papel en el acompañamiento es crucial, ya que proporciona las herramientas y el marco necesario para apoyar a individuos que están lidiando con el dolor intenso y los desafíos que pueden conducir a conductas autolesivas o a pensamientos suicidas.

Este papel de acompañamiento es aún más esencial cuando consideramos el estigma que a menudo se asocia con estas cuestiones. A través de su enfoque basado en la empatía y en el entendimiento, la psicología puede ayudar a desmontar este estigma, ofreciendo una perspectiva humanizada que enfatiza el sufrimiento y la lucha interna que estos individuos experimentan.

Además, la psicología tiene un rol preponderante en la educación, y de manera específica en la formación de un enfoque de observación humanizado hacia el suicidio y la autolesión. A través de la divulgación de información precisa, basada en la evidencia y de la promoción de un diálogo abierto y compasivo, los profesionales de la psicología pueden ayudar a la sociedad a entender que estas son cuestiones de salud mental que requieren atención y cuidado, no juicio o rechazo.

Por lo tanto, mientras nos enfrentamos a este desafío multifacético, resulta evidente que un retorno a los modelos psicoeducativos, que combinan el conocimiento experto en psicología con un enfoque comunitario y una perspectiva humanizada, es esencial. Este modelo apoya la creación de políticas ciudadanas que protejan y empoderen al individuo como una parte integral y vital en el esfuerzo por frenar y disminuir el fenómeno del suicidio y de la autolesión. En tal contexto, cada persona es vista no como un sujeto aislado, sino como un miembro valioso de la sociedad que merece comprensión, atención y cuidado.

Una mirada de futuro y esperanza digital ante el dolor

Estamos ante una travesía significativa por transitar, con numerosas dimensiones aún por desentrañar en profundidad, simultáneamente fomentando la implementación de estrategias adecuadas que respeten la confidencialidad y la experiencia del usuario en el ámbito de la salud digital, promoviendo criterios de calidad, cortesía y proximidad. Hoy en día, los sistemas de seguridad informática y la codificación de información en comunicaciones de extremo a extremo han logrado, en cierta medida, replicar la confidencialidad que se proporciona en ambientes analógicos y convencionales. Dicha seguridad constituye un pilar fundamental en cualquier proceso en el que la privacidad queda expuesta, y las garantías proporcionadas son elementos cruciales en el despliegue de la psicoterapia en sí misma.

La ambigüedad que envuelve a estos aspectos técnicos, pero no metodológicos, representa posiblemente uno de los mayores desafíos y dilemas encontrados por profesionales con altos niveles de eficiencia y años de experiencia tanto personal como profesional en la práctica terapéutica. En este sentido, es preciso expandir nuestros horizontes y perspectivas en el entorno digital, aliándonos con la luminosidad que las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) aportan a nuevos modos de interacción, disipando sombras, resistencias y temores con criterios científicos, experiencia y rigor. Sólo de esta manera podremos ajustar las necesidades de los nativos digitales a un nuevo escenario donde poder acompañar a nuestros pacientes en aquellos rincones del ciberespacio donde surgen y perduran sus problemas.

La conducta suicida, la autolesión y el duelo por suicidio han hallado en la red un espacio donde existir, proliferar y replicarse a una velocidad que difícilmente podría ser comprendida y extendida en la realidad analógica, en la interacción Yo-Tú tradicional. La rapidez, la inmediatez, el anonimato, y la transmisión de información globalizada son los recursos que Internet y las redes sociales proporcionan para viralizar contenidos que han postulado la enfermedad como distintivo de identidad, acercando a grupos de personas e individuos con problemas de salud mental que expresan su dolor en medios donde la contención es perjudicial y altamente disruptiva. Esa es su sombra. En contrapartida, el permitir encontrar espacios seguros, foros y páginas de contenidos donde la prevención, la ayuda y la calidez de lo humano, de lo que nos acerca a la más íntima humanidad, es la luz que a golpes se abre en un mundo digital que debe entenderse como un aliado del crecimiento humano, de la evolución social de la comunidad, como aquel lugar donde permitirnos crecer, acompañarnos y sanar heridas, mientras seguimos aprendiendo en comunidad.

Internet, en su sentido y extensión más amplia, es el mejor recurso de prevención que la sociedad nos ha aportado, también la herramienta de información más poderosa utilizada para construir o destruir, para informar o desinformar. Nuestra responsabilidad como profesionales de la salud es construir espacios que permitan cultivar ciencia y fomentar bienestar. La responsabilidad de la sociedad, de cada usuario, de los nativos digitales, es promover y habitar una red que se distancie de la desinformación y la destrucción de aquello que reside en ella. Para los terapeutas, las relaciones que se establecen con cada uno de sus pacientes, especialmente con aquellos que en su desesperanza reflexionan y buscan su

propia muerte, para aquellos que sobreviven al suicidio de sus seres queridos, están compuestas de luces y sombras, desafíos aún por descubrir. En su vasta experiencia, Carl Rogers nos hace comprender:

"Comprendo cuánto le aterra su mundo y los esfuerzos monumentales que realiza para mantenerlo estable. Desearía capturar sus sentimientos y que él perciba que los entiendo. Anhele que sepa que estoy a su lado, en su mundo angosto y opresivo, y que puedo observarlo con relativamente poco miedo. Quizás pueda hacer que su mundo sea un lugar más seguro para él [...]. Sería beneficioso poder acompañarlo en el viaje aterrador que debe emprender hacia su propio interior, para descubrir los miedos ocultos, el odio y el amor que nunca ha permitido sentir..."

En un mundo donde los terapeutas habitamos los conflictos y experiencias de la humanidad encarnadas en cada uno de nuestros pacientes, de una manera extrema al enfrentarnos a la muerte y el daño autoinfligido, a la traición del amor sentido en los supervivientes por la elección desesperada de sus seres queridos, debemos ser garantes de salud y vida, rescatando la parte sana de lo experimentado, dando forma y luz a las sombras de lo vivido. En un mundo dominado por las TIC, habitar espacios digitales es un camino que inevitablemente debemos conocer, transitar y utilizar para tender puentes que atraviesen abismos. El desafío en la era digital está lleno de luz, quizás y solo quizás, simplemente debamos continuar en la senda de su búsqueda.

Bibliografía

- Fonseca-Pedrero, E. y Diez-Gómez, A. (2019). "Conducta suicida y juventud: pautas de prevención para familias y centros educativos". *Revista de Estudios de Juventud*, 120, 35-46.
- Frías, A., Vázquez, M., Del Real, A., Sánchez, C., & Giné, E. (2012). "Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento". *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace* (103), 33-48.
- García, C., López de Ayala, M.C. y García, A. (2014). "Los riesgos de los adolescentes en Internet: los menores como actores y víctimas de los peligros de Internet". *Revista Latina de Comunicación Social*, 69, 462-485.
- González-Ramírez, T. y López-García, A. (2018). "La identidad digital de los adolescentes: usos y riesgos de las Tecnologías de la Información y la Comunicación". *Revista Latinoamericana de Tecnología Educativa*, 17(2). <https://doi.org/10.17398/1695-288X.17.2.73>
- López-Martínez, L.F. (2020). "Suicidio, adolescencia, redes sociales e Internet". *Norte de Salud Mental*, 63, 25-36
- López-Martínez, L.F. (2020). *Duelo, autolesión y conducta suicida. Desafíos en la era digital*. Editorial Letra Minúscula.

- López-Martínez, L.F. (2021). *Guía Práctica de la Autolesión el Suicidio en la era digital*. Libertas Ediciones.
- López Martínez, L.F. (2022). *Abordaje integral de la conducta suicida y autolesiva*. Editorial Sentir.
- López-Martínez, L.F. (2023). *Palabras que curan. El poder de las palabras en la autolesión y la conducta suicida*. Editorial Letra Minúscula.
- Molina MJ., Restrepo D. (2018). “Internet y comportamiento suicida en adolescentes: ¿cuál es la conexión?” *Pediatría* 51 (2), 30-39.
- Nader, A. y Boehme, V. (2003). *Automutilación: ¿Síntoma o Síndrome?*, en <https://silo.tips/download/automutilacion-sintoma-o-sindrome>
- Nixon M. K., Cloutier P., y Jansson S.M. (2008). “Nonsuicidal self-harm in youth: A population-based survey”. *Canadian Medical Association Journal*, 178(3), 306-312. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.061693>
- Nock, M. K. (2010). “Self-injury”. *Annual Review of Clinical Psychology* 6, 339–363. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258.
- *Non-Suicidal Self Injury*, Póster presentado al XVII Congreso Virtual Internacional de
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Preventing suicide: a resource for media professionals*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258814/1/WHO-MSD-MER-17.5-eng.pdf?ua=1>
- Ovelar, R., Benito, M. y Romo, J. (2009). “Nativos digitales y aprendizaje. Una aproximación a la evolución de este concepto”. *Revista Icono*, 12, 31-53.
- Restrepo, D. (2018) y Molina, MJ. (2018). “Internet y comportamiento suicida en adolescentes: ¿cuál es la conexión?” *Pediatría*. 51(2),30-39.
- *Retos virales, uno de los mayores peligros en internet para niños*. Gaptain. <https://gaptain.com/blog/retos-virales-peligros-en-internet/>
- Serrano Puche, J. (2016). “Internet y emociones: nuevas tendencias en un campo de investigación emergente”. *Comunicar: Revista Científica Iberoamericana de Comunicación y Educación*, (46), 19–26.
- Tarragona-Medina, B., Perez-Testor, C. y Ribas-Fitó, N (2018). “Autolesiones sin finalidad autolítica: una revisión sistemática en adolescentes de la comunidad”. *Psicotal. Salud Mental*, 31, 67-90
- Zafra Cremades, S. (2019). “Redes sociales para la prevención del suicidio juvenil. 3C TIC”. *Cuadernos de desarrollo aplicados a las TIC*, 8(2), 54-69

4

LA VISIÓN DEL PROFESORADO. CUIDAR LA SALUD DE QUIEN AYUDA A COMPRENDER LA VIDA. BIENESTAR Y MALESTAR EN LA PROFESIÓN DOCENTE

Jaume Funes

Existen muchas descripciones y definiciones de la profesión docente (a menudo condicionadas por los diversos intereses sociales y económicos que pretenden controlar la escuela). Pero, para este artículo, propongo acordar que los educadores, las educadoras, nos dedicamos a humanizar y que un maestro, una maestra, es una vida que acompaña otras vidas¹⁶. Esa función de humanizar la realizamos mediante los aprendizajes, la presencia, las relaciones, la construcción de contextos escolares para educar aprendiendo. Igualmente, nuestra profesión consiste en tratar de evitar, intentar contener, otras deshumanizaciones en las que se ve inmerso nuestro alumnado, que vive como nosotros en un mundo que tiende a deshumanizar.

Comienzo situando la profesión porque este texto es una propuesta para pensar en cómo cuidar (cómo cuidarnos) ejerciéndola y requiere no añadir dificultades derivadas del permanente desacuerdo con el trabajo de cada día. No tiene sentido hablar de la salud mental de alguien que cruza cada día el umbral de la escuela como un condenado a galeras. Propongo cuidar y cuidarnos (construir activamente nuestra salud mental y repararla) partiendo de dos pretensiones: la profesión ha de ser una fuente permanente de satisfacción vital; hemos de dominar aquellas habilidades que permiten gestionar la propia vida para no perder la capacidad de ayudar a equilibrar las vidas adolescentes con las que cada día convivimos en la escuela.

Tres dimensiones para el equilibrio

Esta pretensión creo que se sustenta en tres puntos de apoyo, en tres aspectos básicos: nuestra propia situación emocional como profesores; el modelo explicativo de la salud mental en el que singular y colectivamente nos instalamos; la comprensión activa de la realidad emocional del otro con el que estamos en relación, el alumnado adolescente, y en el que (siguiendo el propósito de nuestra profesión) queremos ejercer una influencia en positivo.

- **Aprender a comprenderse**

La maestra, el maestro, es un ser humano, que construye cada día su humanidad en su propio mundo, del que la profesión es una parte. Tiene su historia personal, sus experiencias, sus relaciones, sus pretensiones vitales. Construye cada día su salud mental

¹⁶ De manera extensa puede encontrarse esta reflexión en *Ser maestro cuando parece que nadie sabe para qué sirve*, Octaedro 2021

viviendo. Alimenta, gestiona, padece, disfruta con emociones y sentimientos. Y todo su mundo entra en relación continua con otras vidas porque su profesión se basa en la relación humana.

Satisfacciones y padecimientos, bienestar y malestares, van a tener que ver con sus expectativas educativas y con las prácticas docentes que desarrolla. Su salud mental, como la de todos, también será el resultado del balance de lo que vive cada día, del predominio de las vivencias satisfactorias o de las insatisfactorias, singularmente de las que se producen en la escuela. Conservar y alimentar la salud mental va a depender de que el balance entre las felicidades y las infelicidades educativas esté a favor de lo positivo o, al menos, sea una suma de resultado cero.

El “modelo” con el que entendemos la salud mental nos permite entendernos y entender a los otros¹⁷. No tendría mayor importancia si se tratará, por ejemplo, de arquitectos sin la obligación de descubrir cómo se siente el hormigón. Pero, la profesión docente conlleva siempre descubrir cómo es y cómo se siente el sujeto educativo.

Aclarar cómo entendemos la salud mental supone pensar en algún momento sobre cómo nos sentimos, aclarar lo que nos pasa, dominar los mecanismos que nos permiten tener algún control sobre nuestra existencia. Y todo eso tiene que ver con cómo comprendemos la salud mental. No es lo mismo considerar que tenemos una depresión y necesitamos antidepresivos que pensar cómo la carga de trabajo nos agota y necesitamos alguna calma que nos permita recargar la ilusión educativa.

El estrés de la vida escolar no es más importante por tener una baja médica, sigue teniendo que ver con las satisfacciones y los apoyos con los que se cuenta para seguir enseñando en condiciones difíciles. Seguir el modelo biologicista dominante nos lleva a un profesorado que ha de “enfermar” para recibir apoyo. Tener otras lecturas del equilibrio existencial nos lleva a sistemas de ayuda que tienen que ver con la visión colectiva de la docencia, la gestión flexible de la carga de trabajo, el apoyo al mantenimiento de la creatividad y la innovación.

- **Tampoco ellos están locos**

Igualmente, nuestras ideas sobre la salud mental son determinantes para la comprensión de las conductas del alumnado. Detrás de la pregunta “¿a este qué le pasa?” hay una comparación entre cómo actúa el alumno en el aula, cómo va viviendo la escuela, y algún modelo de “normalidad” explicativa de las conductas. No tiene nada que ver un modelo personalizado de comprensión activa de los comportamientos con un modelo de diagnóstico y etiquetado sistemático.

Todo lo que distorsiona nuestras pretensiones educativas forma parte de lo que no esperamos que pase y puede formar parte de las conductas que podemos acabar considerando insanas. A veces, nos sentimos más tranquilos si la conducta inexplicable (o que consideramos inaceptable) tiene detrás una etiqueta patológica. ¿Nos tranquiliza más

¹⁷ Directa o indirectamente en este artículo me refiero a una propuesta de puzle de consenso explicativo de la salud mental que he descrito en *Cuando la vida nos duele*, Grijalbo 2022.

saber que un alumno “padece” “trastorno negativista desafiante” o “trastorno límite de la personalidad” que una descripción tipo: “adolescente rebotado permanente, que descarga rabias pasadas contra lo que puede y que, quizás, se calmará si se enamora”?

La educación se compadece mal con una lectura de la salud mental basada sistemáticamente en etiquetas diagnósticas, a no ser que de lo que se trate es de definir quien no cabe en la escuela (en una escuela definida como única, uniforme y necesaria) y queramos ahorrarnos el malestar de los desacuerdos. Las etiquetas diagnósticas no suelen respetar tres dimensiones inseparables: comprender lo que le pasa, comprender cómo es la persona y, por último, comprender el contexto en el que vive y padece. Unas dimensiones que sí son inherentes a cualquier propuesta educativa.

- **Sus vidas son asunto mío**

Esta matización ya nos ha llevado al tercer apoyo explicativo, que atraviesa continuamente las páginas de este texto: el acuerdo o el desacuerdo sobre la necesidad (la obligación diría) de “comprender” al alumno. El docente, es un profesional de la relación y buena parte de su éxito profesional se basa en llegar a establecer una relación de influencia. Alguna vez, algún colega me ha contestado a esta afirmación, diciéndome que la profesión del docente es la docencia, dando por sentado que se enseña de manera profiláctica, sin contaminaciones posibles entre el que enseña y el que aprende.

No abordaré esta discusión. Si la introduzco ahora es para que tengamos presente que el acuerdo profesional, que nos permite experimentar bienestar o malestar (sentirnos bien o mal con lo que hacemos), no pasa nunca por querer tener un alumnado que acepta nuestras propuestas sin discutir y que nuestro éxito consiste en que las asuman dócilmente sin interacciones. Se puede aceptar que algunos profesionales nieguen la necesidad de conocer al alumno y sus realidades para poder enseñar (yo creo que trabajar con esta perspectiva se convierte en una inevitable y permanente fuente de malestares). Pero, se convierte en un desconocimiento de la realidad negar la inevitable relación educativa de todo aprendizaje cuando se trata de educar enseñando a adolescentes.

Nunca influimos en ellos y ellas si no aparece una dosis mínima de relación entre sus vidas y el aprendizaje, entre sus vidas y las de las personas adultas que están en su entorno. A veces, algunos solo aprenden porque descubren en nosotros el deseo de que aprendan y el entusiasmo que ponemos para que lo consigan. A veces, nuestro malestar aparece cuando se nos agota ese entusiasmo.

El cuadro emocional de la docencia

Todas estas reflexiones introductorias nos conducirían a lo que podría considerarse el cuadro emocional de la docencia. El cuadro de emociones y afectos de un, de una, profesional que pretende humanizar y que no puede influir en otras vidas sin construir una relación de influencia que también le afecta a él.

Todas las profesiones de la relación (educativa, terapéutica, de apoyo, de incorporación social, etc.) se mueven siempre en un entorno de emociones, sentimientos y afectos. Ocurre

incluso cuando el profesional de cualquiera de esos ámbitos no quiere considerar ese entorno. Al menos, tendrán vidas profesionales marcadas por la construcción de la resistencia que permite la distancia o por la necesidad de descubrir defectos en el otro (el alumno, el paciente, el caso) que se resiste a comportarse de acuerdo con lo previsto. Los negacionistas necesitan volverse insensibles y necesitan poner en el otro alguna etiqueta para sentirlo como negativo sin que se ponga en cuestión su profesión. El médico que interroga desde la distancia no quiere reconocer que la escucha ayuda a descubrir qué le pasa a la persona, le ayuda a comprenderse y será una parte del tratamiento. Para no hacerlo, identificará como variable negativa del paciente la “resistencia al tratamiento” o sus hábitos poco saludables.

- **Clases siempre llenas de radiación afectiva**

De la multiplicidad de variables emocionales de la relación educativa, que tienen especial influencia sobre el malestar y el bienestar docente, destacaré solamente cuatro. No puedo olvidar, en primer lugar, que la docencia es una profesión de la relación implicada. Se influye, no solo por estar al lado del alumno, sino por demostrarle permanentemente que su vida nos importa. No nos da igual si aprende o no aprende y no dejamos de considerar las rémoras que le impiden aprender. Aunque sus vidas son suyas y viven entre otras muchas influencias, en ningún momento nos dedicamos a recordarles que pasamos de lo que les sucede. Ellos pueden contestar a alguna de nuestras pretensiones con un “me la suda”. Nosotros no podemos ni decírselo ni demostrárselo. Siempre hay un grado mínimo de implicación para poder ser útiles.

No. No nos ocupamos de la totalidad de sus vidas. Solo de una parte, de unos aspectos, durante un tiempo, aunque sus vidas sean como cerezas y sea difícil separar, limitar (de aquí nace la necesidad de trabajar pacíficamente con los otros profesionales y los otros adultos con los que se encuentran). Los sentimientos del profesional que educa siempre están condicionados por el permanente esfuerzo de demostrar al adolescente que nos importa y eso comporta verse entre medio de muchas vidas adolescentes que, por definición, son vidas en medio de un apasionante caos emocional.

Los buenos profesionales de la educación suelen encontrarse (segundo componente emocional del cuadro) ante la permanente y fácil contaminación entre su mundo personal y el de su alumnado. Somos adultos que vamos viviendo mientras acompañamos vidas que van cambiando, vividas con intensidad. Podemos andar mal de amores mientras descubrimos cómo se enamoran y les cuesta descubrir el atractivo del sistema de ecuaciones. Estamos en buenos o malos momentos personales mientras se dedican a ser felices. Nunca estamos en terreno neutro. No trabajamos con ni como máquinas inertes. Y eso comporta una necesidad mucho más importante que en otras profesiones de dedicar algún tiempo a nuestro mundo interior, a las calmas que alteran, a los dolores que habíamos ordenado para que no nos molestaran, a las vidas que imaginamos, a... Para bien y para mal somos profesionales en permanente contaminación emocional, expuestos a la radiactividad afectiva de sujetos que todavía han de vivir algo parecido a lo que nosotros hemos vivido.

Por eso, el tercer componente emocional es la gestión de la piel. Hacerse adulto no deja de ser ir saliendo de los caos juveniles, encontrar una vida con suficientes dosis de estabilidad

y equilibrio cambiante. Cada uno con su personalidad y su historia, componemos la existencia con las correspondientes dosis de calma. La vida entre adolescentes es todo lo contrario y sentimos (sin tener su vitalidad y su capacidad de adaptación) que nos arrastran al caos. Ahí nace la necesidad de la distancia que algunos se imponen o el endurecimiento de la “piel” para que nada nos afecte.

- **Vivir en disociación emocional permanente**

Pero, gestionar los malestares y bienestar propios comporta descubrir cada día todo aquello que de novedad intensa nos hacen descubrir los y las adolescentes sin que eso nos desestabilice permanentemente, sabiendo construir y mantener los propios equilibrios. Podemos sentirnos jóvenes porque mantenemos la curiosidad permanente por lo que traen cada día a la escuela y no somos el conservador cascarrabias que siempre se refiere a la bondad de lo de antes. Pero, no podemos ni pensar ni relacionarnos como ellos y ellas hacen (ser un colega más) porque también esperan de nosotros criterios, vivencias, opiniones, valores adultos para situarse entre los malestares en los que sus vidas los colocan. Nuestra piel ha de tener ósmosis. No deja pasar según qué, pero es permeable en los dos sentidos.

Los profesionales de la docencia conscientes y activos también tienen alterada una parte (cuarto componente) del cuadro afectivo por una disociación emocional permanente. Observadores implicados descubren que, con frecuencia, aquello que sus alumnos necesitan no suele coincidir con aquello que deben ofrecerles. Sus emociones se disparan porque, habiéndose ganado la confianza del alumno con su proximidad implicada, le han de hacer propuesta de tareas, de aprendizajes, que no son los que necesita, al menos en un determinado momento. Algunos optan por recordarles que “la vida es dura”. Otros por construir los ajustes posibles, de manera que las frustraciones inevitables no comporten rupturas definitivas con la necesidad de aprender, el deseo de saber, la gestión de sus adolescencias.

Si el malestar siempre es la vivencia de estar desencajado en una forma que nos aprieta, una parte del malestar docente se deriva de la vivencia incómoda de tener que encajar adolescentes en moldes inadecuados, sin que opten por romperlos y pasar de todo. Sus malestares se convierten en malestares del docente. Por eso hemos de pasar a considerar los desconciertos educativos, las fuentes de malestar ajenas a la simple relación educativa a las que el profesional parece que no puede escapar.

Las insatisfacciones de los desconciertos educativos

Las principales fuentes, los principales focos del malestar docente tienen que ver con frustraciones entre las pretensiones educativas del profesional y las tensiones que la realidad del territorio escolar impone. La primera es la que acabo de recordar como pieza de las emociones: el conjunto de discrepancias cotidianas entre lo que se siente como tarea humana urgente de la educación y lo que propone la regulación académica del sistema. Un ejemplo: una cosa es educar sobre lo que tienen que obligatoriamente aprender (prescripciones del currículo) y otra muy diferente educar sobre lo que no pueden dejar de saber.

También es cierto que, para algunos profesionales tener un currículo que define lo que deben hacer les proporciona el bienestar de la seguridad. Para algunos, la distancia obligada entre lo académicamente obligado y la vida de los adolescentes es una fuente de malestar y, para otros, la prescripción académica les libera de la incertidumbre de pensar en la vida. Dejar de ser transmisores de conocimientos puede ser una fuente de bienestar si nos convertimos en estimuladores del deseo de saber y de las habilidades para hacerse preguntas y encontrar respuestas. Se convierte en una fuente permanente de malestar si el profesor ha perdido sus ganas de continuar descubriendo y de aprender con los aprendizajes de sus alumnos.

La incertidumbre, el cambio, la percepción de las diversas fragilidades de la vida, suelen ser una fuente de malestares si las personas no aprendemos a gestionarlos o buscamos seguridades ficticias y simplificaciones explicativas. Si, además, la persona tiene como profesión la docencia, ha de aprender a gestionar las incertidumbres educativas en un mundo en cambio. Ha de saber gestionar lo viejo y lo nuevo que sabe su alumnado o ha de llegar a saber y ha de descubrir e imaginar las nuevas formas de conseguirlo.

La creatividad docente, que siempre ha sido una característica de quien educa enseñando, necesita multiplicarse porque ha de saber mucho más sobre adolescencias, ha de ampliar los saberes a dominar y ha de imaginar nuevas didácticas analizando, especialmente, los territorios digitales por los que circulan. La inseguridad creativa puede convertirse tanto en una fuente de bienestar (liberación de corsés) como de malestar (no superar la vivencia de caminar siempre por arenas movedizas).

No podemos olvidar que educamos en un mundo loco, en una sociedad fuente permanente de malestares, que define felicidades e impone adaptaciones para no padecer. En ese mundo estamos nosotros y en ese mundo está el alumnado y sus familias. Por eso, como he escrito que los profesionales de la docencia se dedican a humanizar, padecemos cuando descubrimos la permanente deshumanización a la que pueden verse sometidos.

Siempre padecemos, en grados diversos, cuando descubrimos los desajustes, las contradicciones vitales que los adolescentes expresan, sus posibilidades de tener futuro (de imaginarlo), sus justas críticas de mundo adulto, su zarandeo de nuestros argumentos existenciales. Nos hacen situarnos en esa condición intermedia del adulto que les aporta criterios para que vayan conformando el suyo y la persona que no deja de ser adolescente (vivir con ellos no nos lleva al conservadurismo acomodaticio). Dejamos de humanizar si nos dedicamos a facilitar argumentos para la resignación. Pero, la condición doble de nuestras vidas, algunos días conduce al bienestar y otros al malestar.

Quizás, una parte significativa de los dolores de la vida de los docentes tiene que ver con las frustraciones de lo que se presenta como imposible. El debate teórico de este tema está centrado en la idea de “educabilidad” y la doble respuesta. Para algunos, hay sujetos con los que no vale la pena intentar hacer nada. Para otros, para que una persona pueda aprender se han de dar unas condiciones vitales básicas, sin las cuales la escuela tiene difícil su tarea. Para unos y otros, el punto cero es que cada uno de nuestros alumnos tiene derecho a venir a la escuela y esta ha de construir todas las oportunidades educativas que pueda.

Resurge nuestro malestar cuando sentimos que la tarea se vuelve imposible (otros la deshacen, no hay tierra vital para que arraigue). Resurge nuestro bienestar cuando avanzan, cambian, descubren otros horizontes. Nos sentimos bien cuando podemos tener la sensación de que sus vidas no serían igual si no se hubiesen encontrado con nosotros. El bienestar llega cuando aceptamos que, en algunas vidas, la escuela y nuestra relación educativa es lo único bueno que cada día pasa en sus vidas. Aunque nuestra sensibilidad educativa nunca nos permite olvidar las dificultades reales de su existencia.

Antes de que alguna lectora, algún lector, se enfade hablaré de la Administración educativa. Con frecuencia se convierte en la principal fuente malestares para muchos docentes. Cuando te dedicas a ser útil acompañando vidas que van cambiando, la acumulación de procedimientos, las evaluaciones sin sentido (dedicadas a aspectos que no formaban parte de los objetivos), la inflexibilidad para construir proyectos educativos diversos, el refuerzo de las posiciones más inmovilistas, la pérdida del sentido de la educación como servicio público destinado a garantizar derechos, etc. se convierte en una fuente de padecimiento permanente.

No siempre se dispone de la capacidad, las ganas y las fuerzas para hacer lo que sentimos que conviene al alumnado en cada momento y, a la vez, contentar como se pueda a la administración incordiante. En cualquier caso, conviene no confundir el malestar docente derivado del malestar administrativo con convertir a la administración en la gran excusa para no alterar nuestra vida docente no sea que se nos altere la vida.

No olvido que venimos de unos cursos muy alterados por los impactos de la pandemia del Covid, en los que se ha depositado sobre los profesionales de la escuela buena parte de las respuestas a dar al alumnado y en los que la permanente incertidumbre epidemiológica convertía la escuela en el territorio de los protocolos imposibles. Tampoco olvido que el profesorado forma parte de ciudadanía general y que los miedos y la búsqueda de seguridades imposibles se repartieron de manera similar.

Igualmente, las condiciones laborales actuales vienen de tiempos de recortes y no se puede olvidar que la forma en la que se desarrolla una profesión y las posibilidades de construir una vida buena son la base para que predominen los bienestares o los malestares. Para todas las personas siempre hemos de tener en cuenta que existe un nivel de explotación laboral tolerable, a partir del cual inevitablemente la vida se desequilibra.

Construir, curar, curarse

Pasaré, finalmente, a algunas sugerencias sobre cómo construir, mantener y recuperar la salud mental cuando no sólo ejercemos una profesión, sino que la profesión estructura buena parte de la vida y ayuda a estructurar la de los otros. Como he repetido, la docencia tiene un condicionante: quien la ejerce tiene el plus de exigencia de construir y conservar en su vida cierta sensatez feliz y no puede dejar de comprender las vidas, a veces incomprensibles, de su alumnado.

- **Evitar que los depósitos se vacíen**

Sugiero considerar cinco propuestas de apoyo, resistencia y ayuda para alimentar y no perder la salud mental entre pasillos, patios y aulas adolescentes, además de no olvidar las condiciones materiales para hacer posible la docencia. Antes de ello, debo insistir en que la docencia no es iatrogénica (no tiene ningún plus de peligrosidad específica), salvo si quien la ejerce es una persona contraindicada para el oficio. También, que su ejercicio, más bien, puede ser terapéutico (aporta satisfacciones y sentidos a la vida personal).

Volviendo a dejar claro que no podemos hacer de docentes si no se dan unas condiciones materiales objetivas para ejercerla y que el derecho a la educación no se puede construir y mantener sobre unos profesionales que, ante las carencias de recursos, han de aportar un plus de sus vidas que, un día u otro, les pasa factura, sugiero cuidarnos cuidando estos cinco aspectos:

1. Construir, mantener y actualizar un marco teórico de referencia. Saber permanentemente por qué educamos, cual es el sentido de la escuela, cómo se enseña mejor, cómo se consigue que aprendan, etc. Si se prescinde de un cuerpo teórico se está aceptado que cualquiera sirve para educar enseñando y que nos dedicamos a un entretenimiento y no a una profesión. En una sociedad aceleradamente cambiante, compleja, mestiza y con dimensiones virtuales, educar, enseñar y aprender pasa a tener nuevas complejidades y exigir aceleradas adaptaciones profesionales (especialmente entre adolescentes que suelen ser la parte más acelerada de la sociedad). Produce insania la resistencia a cambiar y la sensación permanente de que todo vale. La salud mental se conserva si podemos referir las prácticas profesionales a ideas y prácticas educativas de fondo, que se actualizan de manera adecuada. Estamos bien si, permanentemente, podemos referirnos a alguna “pedagogía” de la profesión.
2. Los puzzles emocionales y los dinamismos cotidianos que desequilibran sólo se pueden contrarrestar si la atención educativa a los adolescentes se basa en un equipo docente. Ellos y ellas tienen mil caras que, además, dependen del día. Nosotros también tenemos mil vidas que evolucionan. La comprensión de lo que hacen o no hacen, la relación entre sus contextos vitales y la escuela requiere la visión múltiple de un grupo de adultos que comparte y distribuye sus posibilidades de influir. Vivimos en malestar cuando sentimos que sus vidas sólo cargan sobre nuestras espaldas o que somos la única influencia positiva entre el profesorado que tiene un alumno. Construimos juntos la influencia educativa. No hay adolescencia sin grupo adolescente y no hay influencia educativa significativa sin grupo adulto positivo.
3. Cuando se educa y se aprende en diversos contextos y la escuela puede ser el principal, pero no el único. Cuando las vidas adolescentes tienen multiplicidad de estímulos, vivencias, historias y futuros, la profesión docente necesita compartir sus influencias con otros profesionales de la relación. Evitamos desesperaciones o preocupaciones desbordadas si otros profesionales de la intervención socioeducativa o terapéutica vienen al instituto y desde el instituto podemos relacionarnos de manera habitual con ellos. Se trata de formar parte de otros equipos no docentes, pero no para repartir responsabilidades, delegar o derivar (enviar a la deriva) sino para construir una lectura

compartida de sus vidas (no para adjudicar diagnósticos) y valorar quienes y de qué manera podrán acompañar sus vidas cuando se vuelven difíciles.

4. Las profesiones que tienen la base de su efectividad en establecer una relación de influencia comportan implicaciones que desgastan emocionalmente. El depósito de los sentimientos propios que se ven implicados en la relación se va vaciando o se altera con vivencias negativas. Por eso, para mantener y recuperar la salud mental docente han de existir tiempos de pausa, periodos “sabáticos” destinados a la recarga y recomposición profesional. No es una profesión en la que se pueda “ir tirando”. Necesita disponer periódicamente de tiempos no dedicados a enseñar en los que descubrir nuevas maneras de hacerlo y, especialmente, volver a recomponer las calmas y los entusiasmos propios imprescindibles.
5. La diversidad de personas que ejercen la docencia también supone diversidad de resistencias y de fragilidades ante los malestares de la vida y ante la posibilidad de que estos nos trastornen. Además, las vidas adolescentes, caóticamente llenas de bienestares y malestares, necesitan adultos que les ayuden a entender lo que les pasa. Nosotros, ellos y ellas, cuando necesitemos ayuda, nos vamos a encontrar con un sistema de atención a la salud mental sin recursos, distante, con visiones de la salud mental contradictorias, que forman parte de tribus psicológicas enfrentadas y con un mercado de las terapias frecuentemente en manos del mercado (especialmente del farmacéutico). El profesorado padece las mismas dificultades de atención que el resto de la ciudadanía, con el pequeño agravante de la dificultad de encontrar profesionales que consideren, también, las variables significativas de su profesión docente.

- **Entender la salud mental y las “terapias”**

Al inicio del artículo ya he insistido en la necesidad de tener una visión explicativa, integradora y sensata de la salud mental, superior a la de la población en general, derivada de tener que ayudar a otros a entenderse. Quisiera acabar, a modo de resumen sobre la salud mental, con dos textos del citado libro. El primero propone una síntesis explicativa:

“Para entender el conjunto de mecanismos e influencias que nos hacen enfermar, te propongo reflexionar sobre cinco piezas de un puzle, que para cada persona y en cada realidad social pueden tener un tamaño y una importancia diferente, pero que siempre están presentes todas, aunque tienen un peso y una influencia particular. Estas cinco piezas son: la herencia, las oportunidades para el desarrollo, las experiencias vitales (el balance de la felicidad y la acumulación de experiencias traumáticas), las habilidades para gestionar la vida y las razones para existir. De este cóctel, con mezclas y proporciones diversas, depende la salud mental”.

- **El segundo, es una síntesis terapéutica**

“Toda forma de atención siempre consistirá en una mezcla de la palabra que acompaña, la actividad que ocupa, la experiencia que recupera felicidades y la sustancia que calma el dolor. No necesitamos en primer lugar un diagnóstico. Tenemos derecho a comprender lo que estamos viviendo. Debemos negar el poder a

los prescriptores de remedios que se saltan la obligación de dar explicaciones. No queremos que nos arreglen las neuronas sin considerar las vidas en las que se estropean. Recibir atención significa poder practicar vidas terapéuticas que compensen los tiempos de la vida traumática”

Cuidar la salud mental docente es cuidar a las personas a las que se encarga ayudar a entender el mundo a los adolescentes y ayudarles a encontrar su lugar en él. Cuidamos nuestra calma vital para que ellos y ellas puedan encontrar la suya.

5 LA VISIÓN FAMILIAR. LA ATENCIÓN A LA INFANCIA Y A LA ADOLESCENCIA CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO ESCOLAR

ASAFES, Asociación Alavesa de Familiares y personas con Enfermedad Mental

Introducción

ASAFES es la Asociación Alavesa de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. Esta entidad nació en 1976 fruto de la inquietud de varias familias que veían cómo las personas con enfermedad mental vivían aisladas de la sociedad, muchas de estas personas eran ingresadas en centros psiquiátricos, llamados manicomios, y eran víctimas de importantes vulneraciones de derechos. En esta lucha de años el objetivo: hacer viable un proyecto vital integral e individualizado de las personas con enfermedad mental, orientado hacia el futuro, hacia la integración y la normalización, así como hacia la mejora de su calidad de vida; fomentando e incidiendo al máximo en las potencialidades de estas personas, se ha mantenido, pero las reivindicaciones han ido cambiando al igual que va cambiando la sociedad y sus necesidades.

Actualmente la detección de las enfermedades es frecuentemente más precoz; existen recursos integrados en la sociedad, y avances en los derechos de las personas con enfermedad mental, de manera que tengan posibilidad de decidir sobre su vida, con más o menos apoyos, dependiendo de la situación.

Pero hay algo que apenas ha cambiado, el papel que cumplen las familias de las personas con enfermedad mental. Según indican Salud Mental España, el 88% de las labores de atención y apoyo las realizan personas cuidadoras informales; es decir familiares o personas del entorno más cercano. Son quienes detectan los primeros síntomas, quienes buscan respuesta, quienes piden las citas y acompañan cuando hay que ir a los profesionales, quienes hacen de apoyo emocional en los momentos más bajos, quienes acuden a las asociaciones y administraciones para pedir ayuda. Y a pesar de eso muchas veces son cuestionados, culpados y señalados.

La detección

Las enfermedades mentales graves aparecen antes de los 14 años en un 50% de los casos y en un 75% antes de los 18, por tanto, estamos hablando de que los primeros síntomas aparecen en un momento en que en la mayoría de los casos aún se vive en el domicilio familiar y se sigue acudiendo a un centro escolar o formativo. Dos ámbitos fundamentales para estos y estas jóvenes, y que en principio deben ser entornos protectores.

Las señales de alarma que pueden alertar de que hay problema de salud mental pueden ser comportamentales y emocionales que fácilmente pueden detectarse tanto en el ámbito familiar como escolar, por lo que una comunicación y coordinación entre ambos ámbitos resulta fundamental para dar una respuesta adecuada en la detección de la posible enfermedad mental, derivación y posteriormente intervención. Un diagnóstico precoz, y por tanto una atención temprana, como en cualquier otra enfermedad, supone un mejor pronóstico y evolución de esta.

Como asociación de familiares y personas con enfermedad mental, desde ASAFES corroboramos la importancia de atender a la persona en la etapa prodrómica, en la que una adecuada intervención resulta fundamental. Las familias resultan ser un informador y detector imprescindible, pero muchas veces es en el ámbito escolar en el que se pueden detectar muchas de estas señales que nos avisan de que algo está pasando. Informar a la familia facilita poner el foco en el joven o la joven, e incluso reafirmar a la familia de una situación que ya se venía sospechando.

En esta etapa inicial los síntomas son muy inespecíficos, se van instaurando poco a poco y no siempre se detectan con facilidad. A esto hay que añadirle que la etapa vital, la adolescencia, de por sí está sujeta a muchos cambios importantes, lo cual puede dificultar aún más su detección.

Para la familia esta etapa inicial resulta especialmente complicada. El desconocimiento, el estigma, la culpa, el miedo; son aspectos que acompañan en el proceso y que dificultan afrontar la situación y buscar ayuda. En cuanto a la persona que debuta con la enfermedad mental, es común que niegue un problema de salud mental, (lo que denominamos falta de conciencia de enfermedad): a pesar del sufrimiento que genere en la persona que lo padece, no es capaz de aceptarlo.

Poder acompañar a la familia y al/la menor en este proceso puede suponer acelerar el proceso de diagnóstico y tratamiento, y en consecuencia reconducir de algún modo la situación. Pero ese acompañamiento debe hacerse desde la comprensión de qué es una enfermedad mental, lo que supone para el menor o la menor y para la familia, y que requiere de un tiempo de aceptación y comprensión. Además, es posible que durante un tiempo requiera de proceso de recuperación, o al menos de estabilización de la sintomatología.

Es imprescindible el modo en que se trabaja desde el propio centro educativo aspectos como la inclusión de personas con diversidad funcional, la promoción de la salud mental, y si se fomenta la comunicación entre el alumnado y el profesorado (y resto de profesionales). Un trabajo previo facilitará la comprensión de la situación y, por tanto, la incorporación de la persona al entorno escolar.

Salud mental Euskadi, la federación que agrupa las asociaciones vascas de familiares y personas con enfermedad mental, en el estudio que presentó en 2021 sobre infancia, adolescencia, y juventud con enfermedad mental en la CAPV con el apoyo de las cuatro asociaciones, indicó que unas de las necesidades detectadas en el ámbito educativo era dotar de sensibilidad y empatía en relación con los problemas de salud mental en el entorno educativo, incidiendo en la necesidad de “contar con relaciones de empatía, comprensión, cercanía y respeto, asegurando el derecho a recibir una educación de calidad y con

garantías”. Para ello es fundamental sensibilizar, formar y dotar de herramientas a los equipos profesionales del ámbito escolar en relación a la salud mental.

Una de las claves para cumplir con este objetivo es incidir en la desestigmatización de la enfermedad mental y abordarla con normalidad, al igual que se hace con otras patologías o discapacidades. Romper con mitos que sólo llevan a crear prejuicios dificultando no solo la inclusión de quienes padecen este tipo de trastornos, sino también que la propia persona que sufre un problema de salud mental pida ayuda y acepte un tratamiento.

Cuando el menor o la menor tiene un diagnóstico de enfermedad mental

¿Y cuándo ya hay un diagnóstico? La enfermedad mental aparece en la vida de la persona y de su familia sin libro de instrucciones. Cuando la persona que la padece es atendida por un profesional y recibe el diagnóstico se da un sentimiento de ambivalencia.

Por un lado, supone un impacto importante, más aún si se trata de una enfermedad mental grave y crónica como puede ser la esquizofrenia o el trastorno bipolar. Asumir el cambio que puede suponer en la vida de la persona y afrontarlo requiere de mucho trabajo terapéutico. Y será igual de importante el apoyo social con el que cuente. Por eso es importante la implicación del entorno más cercano. Habitualmente en este momento la persona tiende a aislarse. La sintomatología negativa (la pérdida de interés, de disfrute de las cosas, dificultad para expresar sentimientos, ...) supone un hándicap en su integración, al que se suma que la propia red social con la que se cuenta hasta el momento tiende a disminuir, incluso desaparece.

Por otro lado, y sobre todo para la familia, tener un diagnóstico poniendo nombre a algo que se les estaba yendo de las manos, supone un alivio. Como comentábamos, hasta que se llega a este punto, se han pasado por situaciones muy complejas y difíciles de gestionar, sin saber la razón ni cómo hacerle frente; por ello contar con un profesional que ayude a entender la enfermedad mental, que explique cuál es la razón de determinados comportamientos y que existe un tratamiento, ayuda a paliar de algún modo el sufrimiento.

Dependerá de muchos aspectos que la reincorporación de la persona a su “vida” tarde más o menos; pero la calidad de esta incorporación va a depender mucho de las facilidades o dificultades que se encuentre. Por ello, si se trata de un o una menor en edad escolar, va a ser fundamental como preparemos esa vuelta a su centro escolar y como se adapte a la nueva situación.

La coordinación entre los diferentes ámbitos (familiar, escolar, sanitario, social...) resulta imprescindible para una adaptación más adecuada. Por otro lado, contar con figuras profesionales y/o recursos que favorezcan esta coordinación resulta fundamental. Tal y como nos indica el estudio de Salud mental Euskadi “Faltan referentes expertos en salud mental en los centros escolares y *Berritzegunes* (servicios de apoyo en el País Vasco para la innovación y mejora de la educación), lo que significa que el profesorado no cuenta con el suficiente acompañamiento y asesoramiento para la atención a las personas menores de edad y personas jóvenes con problemas de salud mental. Esto acentúa el hecho de que las

y los educadores se sientan desbordados ante este tipo de situaciones”. Esto genera en las familias mucha desidia, puesto que, en muchos casos, es en ellas en las que recae el malestar del profesorado haciéndoles sentir culpables por una situación que por sí solas tampoco saben gestionar.

Por esto las familias reivindican que en el ámbito educativo se debe velar por que todas las personas, sin discriminación alguna, accedan a una educación inclusiva y de calidad, sin embargo, la inclusión de personas con problemas de salud mental representa aun un reto en este ámbito.

Las familias de menores con enfermedad mental perciben que la disposición de atender a estos y estas menores y ofrecerles apoyo va a depender de la voluntad y capacidad de empatía de los profesionales del centro escolar, por lo que sistematizarlo y ofrecer recursos para una adecuada atención de estos/as menores en sus centros educativos, resulta imprescindible. No es aceptable que dependiendo de la suerte que tengan con el centro al que acuden, o de lo sensibilizado y formado que esté el profesorado, el/ la menor pueda acceder o no a una educación, que además de ser un derecho, va a ser fundamental para la recuperación y evolución de la enfermedad.

En muchas ocasiones las familias nos trasladan que una de las dificultades con las que se encuentran es que faltan figuras de apoyo en el aula para estos niños y niñas, por lo que el profesorado acaba sancionando o notificando las incidencias de manera sistemática. Esto a corto plazo supone hastío por parte del profesorado, y desmotivación y baja autoestima en el/la menor, quien muchas veces no puede controlar sus conductas y pensamientos, y puede terminar también sintiendo culpa y desesperanza.

Tal y como se indica en el Estudio de salud mental Euskadi: “Cuando algunas y algunos adolescentes y jóvenes con problemas de salud mental presentan conductas disruptivas o perturbadoras que alteran la armonía del grupo, necesitan apoyo especializado que acompañe su proceso de enseñanza y aprendizaje y que evite su salida del sistema educativo”.

Además, estas personas pueden ser objeto de aislamiento, burlas, y rechazo por parte del resto del alumnado por lo que es preciso no reforzar ese rechazo por parte del profesorado y trabajar por prevenir la estigmatización, por esta o cualquier otra razón. Sufrir bullying supone un sufrimiento añadido al de la propia enfermedad mental, pudiendo concluir en conductas más graves como las autolesiones o los intentos de suicidio.

En definitiva, el derecho a la salud mental de las niñas, niños, adolescentes y personas jóvenes debe ser reconocido y atendido siempre y en toda circunstancia, así como su derecho a recibir apoyos orientados para tener un futuro de calidad. Cómo se atienda a estas personas en las primeras fases de la enfermedad mental desde los diferentes ámbitos (social, sanitaria, educativa) va a determinar las bases de su desarrollo personal y cómo afronte su futuro.

Bibliografía

- OMS “Salud mental del adolescente” (2021) <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Salud mental Euskadi FEDEFES (2021), Estudio *Infancia, adolescencia y juventud con problemas de salud mental en la CAPV*.
- Save the Children (2021), *Crecer saludable(mente). Un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia*.

AFATRAC, ASOCIACIÓN DE FAMILIARES AFECTADOS POR TRASTORNOS DE CONDUCTA

Introducción

AFATRAC es una asociación de familiares de afectados por trastornos de conducta derivado, en muchos casos, de un trastorno mental, más o menos grave, en algunos casos relacionado con el consumo y/o adicciones.

Aquello que une a las familias de AFATRAC es la conducta disruptiva de los familiares¹⁸, con diferentes y diversos diagnósticos, además la búsqueda de soluciones y recursos diferentes e innovadores.

El número de diagnósticos de los familiares de AFATRAC es abrumador. Este hecho nos hace pensar que es necesario invertir en investigación científica sobre los trastornos conductuales relacionados con la salud mental. Sorprende el hecho de que, con diagnósticos tan diversos y variados, se manifieste un perfil conductual tan similar.

Además del apoyo entre las familias, la incidencia en política, la formación, asesoramiento y apoyo a investigaciones que permitan crear nuevos recursos, otro de nuestros principales objetivos, es conseguir recursos y profesionales del ámbito educativo formados en una tipología de trastornos, relativamente nueva, que ha irrumpido de forma despiadada en jóvenes y sus familias de difícil abordaje.

En AFATRAC contamos con una trayectoria corta pero intensa, ya que, en menos de seis años de vida hemos conseguido que se creara el *Programa d’Abordatge Integral de Casos de Salut Mental i Adiccions d’Elevada Complexitat*¹⁹, más conocido como el PAIcSaMAEC, y

¹⁸ A lo largo del informe hablaremos de familiares, ya que los socios y socias de la asociación no sólo son madres y padres, también hay tías, hermanas, abuelas... de personas afectadas por trastornos de conducta.

¹⁹ Traducción al castellano: “Programa de Abordaje Integral de Casos de Salud Mental y Adicciones de Elevada Complejidad”.

la puesta en práctica del primer servicio que de él se deriva, los equipos Guía. Hemos realizado dos comparecencias en el Parlament de Catalunya, hemos creado un proyecto de inserción laboral, Rescatem²⁰, dos Jornadas de Justicia Restaurativa, muchísimas horas de acompañamiento y asesoramiento a las familias y, recientemente hemos realizado una concentración reclamando recursos adecuados y que se deje de vulnerar nuestros derechos.

También estamos siguiendo muy de cerca y participando en los plenarios de la *Taula d'Educació Inclusiva*, un órgano de participación social e institucional con el objetivo de promover un cambio sistémico en la educación inclusiva, creada recientemente.

No queremos pasar por alto **nuestra intervención** en la *Comissió d'Estudi sobre el Desplegament d'un Sistema Educatiu Inclusiu*²¹ al Parlament De Catalunya.

La educación inclusiva es un objetivo fundamental para nuestros familiares ya que son expulsados sistemáticamente de los centros educativos a edades muy tempranas, con lo que se inicia su vida en la calle y como consecuencia problemas que como sociedad tenemos la obligación de prevenir.

Historia de AFATRAC

- **Conocemos a la diputada Sra. Magda Casamitjana en una visita al Parlament de Catalunya**

Con la visita de 4 madres a una sesión del Parlament de Catalunya, se inicia el camino hacia AFATRAC. Allí conocen a una diputada, la Sra. Magda Casamitjana que, actualmente, es la directora del Pacte Nacional per la Salut Mental de Catalunya²², y a la mismísima Sra. Carme Forcadell, que en aquel momento era la Presidenta del Parlament. Ambas se muestran interesadas por la problemática que les explican las madres, y se comprometen a seguir hablando con ellas para poder buscar formas a través de las cuales actuar frente los diferentes problemas que les plantean.

Efectivamente se pusieron en contacto con las madres citadas e iniciaron los trámites para constituir nuestra Asociación. El día 6 de noviembre de 2016 se firman los estatutos y empieza nuestro periplo.

- **Cartas de 2 madres a la prensa**

Fueron dos cartas publicadas en la prensa, escritas por dos madres de AFATRAC, las que dieron visibilidad a un problema latente que, por su gravedad y consecuencias sobre la familia, no acababa de salir a la luz. Una, que fue publicada en *La Vanguardia*, la escribió la

²⁰ Tienda de ropa de segunda mano, ropa de muestrario, complementos... donde quienes trabajan son jóvenes afectados por trastornos de conducta (con familiares de AFATRAC).

²¹ Traducción al castellano: "Comisión de Estudio sobre el despliegue de un Sistema Educativo Inclusivo".

²² Traducción al castellano: "Pacto Nacional por la Salud Mental de Cataluña".

Sra. Montserrat Boix, primera presidenta de AFATRAC; la segunda fue publicada en *El Periódico*, y fue escrita por la Sra. Charo Díez, la actual presidenta de la entidad.

Ambas cartas ponen de manifiesto la desesperación de dos madres que no solo no encuentran recursos, sino que tampoco encuentran comprensión, ni de la administración ni de su extensa familia, ni de la sociedad en general. Esta incompreensión hacía que el grave problema se mantuviese en la más estricta intimidad. El miedo a ser tachados de familias que no saben educar a sus hijos hacía que se escondiera el problema y que las familias vivieran en silencio su terrible drama.

En nuestra andadura como asociación hay un antes y un después. Se trata de la comparecencia que, de la mano de la Sra. Magda Casamitjana, hicimos en la comisión de Drets Socials el día 5 de julio del 2017.

Allí dejamos constancia del drama que estábamos viviendo una serie de familias que en un principio no parecían muchas, pero que, poco a poco, han ido saliendo a la luz, llegando a ser actualmente casi 300 familias asociadas. Aun así, son, aproximadamente, un total de 600 familias más las que en un momento u otro ha contactado con nosotros, y se calcula que hay unos 2.600 casos como los nuestros sólo en Cataluña, desconocemos datos del resto de España.

- **Comparecencia en la comisión de Drets Socials del Parlament de Catalunya**

De esta comparecencia, que según nos han manifestado algunos de los presentes fue una de las experiencias más impactantes que habían vivido nunca, se produce la resolución unánime de todos los grupos políticos respecto a la necesidad de implementar un programa de atención a los casos, y nombrar a la Sra. Magda Casamitjana directora del mismo. El programa en cuestión es el PAICSAMAE. Una de las primeras medidas implementadas fueron los *Equipos Guia*, un equipo multidisciplinar de profesionales que acompañan a las personas afectadas por trastornos de conducta.

Objetivos

- **Dar apoyo a las familias**

Este es, sin duda, el principal objetivo de AFATRAC. Es necesario recordar que el nacimiento de esta asociación se produce a partir de las cartas de dos madres, desesperadas, quienes se ponen en contacto y crean un espacio para desahogarse y ver que no están solas, que hay otras familias que viven situaciones muy similares a las suyas, que pueden explicarlas porque les entienden y no les juzgan, la cual es una excelente terapia.

Por este motivo, en AFATRAC implementamos desde el principio unos grupos de Whatsapp como son el *Informa't*²³ y *Desfoga't*²⁴, con dos objetivos diferentes. El primero es unidireccional, y sirve para dar información sobre diferentes recursos educativos, de salud,

²³ Traducción al castellano: "Infórmate".

²⁴ Traducción al castellano: "Desahógate".

laborales, sociales y judiciales, que pueden ser útiles para los familiares. El segundo sirve como válvula de escape; en él se puede verbalizar aquello que las familias sienten y de lo que necesitan desahogarse. Sabemos que estamos en familia, nos entendemos, nos apoyamos y nos sentimos parte de ella.

Actualmente tenemos tres grupos más, uno de familias con problemas en el sistema judicial, otro relacionado con Fundaciones Tutelares y un tercero de familias con problemas con la Dirección General de Atenció a l'Infància i l'adolescència (DGAIA) y los Equips d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (EAIA).

Siguiendo este mismo razonamiento, comenzamos a proponer a nuestras familias formar parte de los GAM, Grupos de Ayuda Mutua. Para hacerlo y que fuesen exitosos, formamos madres que estaban interesadas en ser moderadoras de los GAM. Gracias a los cursos que ofrece la Federació de Salut Mental Catalunya (FSMC), de forma totalmente altruista, pudimos organizar los GAM en Barcelona, Vallès Occidental, Maresme y Girona.

También ofrecemos un recurso que llamamos “Cafè Suport”²⁵ en diferentes zonas. Consiste en encuentros informales entre familias de la misma zona.

Además, aproximadamente una vez al mes, realizamos unas videoconferencias con expertos de diferentes temas (justicia, salud, educación, recursos laborales...) que interesan a nuestras familias.

- **Llevar a cabo una fuerte incidencia política (PAIcSAMAEC, comparecencias Parlament...)**

Este quizá sea el objetivo que mejor cumplimos en la primera época de AFATRAC. Con nuestra insistencia, hemos realizado una cantidad enorme de reuniones con diputados, concejales, fundaciones... en general, con aquellas personas con capacidad de decisión dentro de las instituciones públicas. El resultado de esta intensa actividad es que actualmente nuestra asociación es conocida y respetada y, además, hemos podido comprobar cómo se ha producido un cambio de mirada y del lenguaje utilizado cuando se habla de jóvenes con el perfil de nuestros familiares, de la misma manera se observa una mayor comprensión de su problemática y se ha dejado de culpabilizar a las familias.

- **Luchar contra el estigma y dar visibilidad a la problemática**

Nuestra presencia en las redes sociales y los medios de comunicación, la cual siempre nos ha preocupado, ha incrementado en los últimos años. Los motivos de ello son, la contratación de una persona encargada de la gestión de la comunicación dentro de la asociación, la cual conseguimos gracias a una subvención derivada de un plan de ocupación, y la pérdida de la vergüenza de nuestras familias. A raíz de la pérdida de un hijo de AFATRAC este pasado verano (2022), muchas familias de la asociación reaccionaron con indignación ante la situación y decidieron romper su silencio. En los últimos tres años, AFATRAC ha vivido la pérdida de seis hijos, lo cual, desgraciadamente, ¡ha servido para decir! *Ja n'hi ha prou!*

²⁵ Traducción al castellano: “Café apoyo”.

*Ni una mort més!*²⁶, y nuestras familias comienzan a no tener vergüenza de dar la cara y explicar su problema ante la sociedad.

No disponemos de datos pero sabemos, vivimos, vemos y oímos que algo está cambiando cuando se habla de la salud mental y el interés que despierta nos dice que vamos por el buen camino.

- **Implementar formación para profesionales y familias**

En nuestro camino en la búsqueda de soluciones, topamos con la **Justicia Restaurativa**, y nos dimos cuenta que es la única justicia posible para nuestros familiares. Una justicia menos basada en el castigo y más orientada a la restauración del daño causado, a la reinserción de la persona infractora y a la reconciliación con la víctima.

Con esta convicción, decidimos organizar la I Jornada justament, “Repensem la justicia-salut mental”²⁷, que trajo como consecuencia una II Jornada justament, “Apostem per la Justicia restaurativa”²⁸ y que están marcado el camino de la III. Con estas jornadas queremos poner una gota de agua en el océano de la justicia para conseguir una justicia del S.XXI.

- **Fomentar y colaborar con investigaciones relacionadas con nuestra problemática**

Como hemos dicho anteriormente, para AFATRAC la Investigación es absolutamente necesaria. Es por ello que participamos en todas las investigaciones para las que se nos requiere, las cuales son pocas, por desgracia. En estos momentos estamos colaborando con una investigación que se está llevando a cabo por investigadores de la *Fundació Vidal i Barraquer*, con la ayuda económica de la *Fundació Bosch i Aymerich*.

- **Implementar recursos nuevos y efectivos**

En el último año, viendo la imposibilidad de que nuestros familiares pudieran insertarse en el mundo laboral, hemos inaugurado una empresa cuyo único objetivo es dar trabajo a nuestros familiares. Se trata de **RESCATEM**, una tienda de ropa nueva de muestrario, ropa de segunda mano y complementos hechos a mano, donde trabajan, de momento, cuatro familiares afectados por trastornos de conducta que se encuentran con graves dificultades de integración en el mundo laboral, debido a su discapacidad invisible, la cual les provoca un riesgo real de exclusión social. Junto con ellos trabaja un trabajador social, quien se encarga de gestionar la tienda y darles apoyo físico y emocional las ocho horas de trabajo.

²⁶Traducción al castellano: “¡Basta ya! ¡Ni una muerte más!”.

²⁷ Traducción al castellano: “Repensamos la justicia - salud mental”.

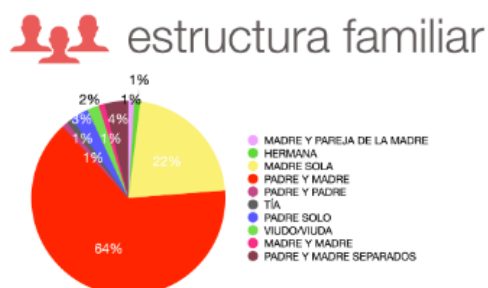
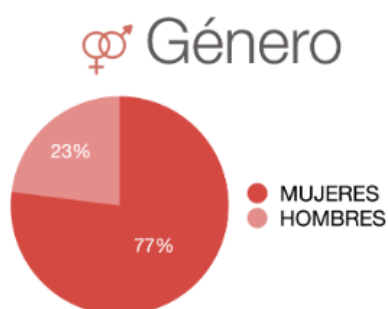
²⁸Traducción al castellano: “Apostamos por la justicia restaurativa”.

Perfil de los familiares afectados

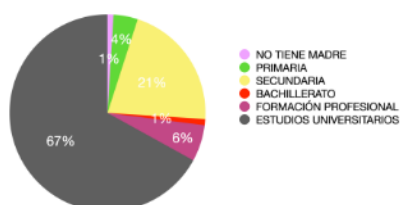
Acostumbramos a hacer una estadística del perfil de nuestras familias y sus familiares, cuyos datos queremos compartir. Es muy importante saber de qué estamos hablando.

Mostramos aquí unas cuantas gráficas para ilustrar este apartado^{29 30}:

Familias socias



📖 nivel académico madre



📖 nivel académico padre

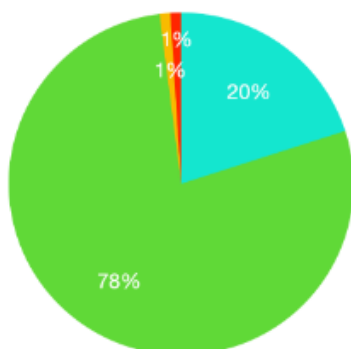


Familiares (hijos, hijas, hermanos/as...)

²⁹ Los datos son del inicio del año 2022.

³⁰ [Se pueden consultar todas las gráficas aquí.](#)

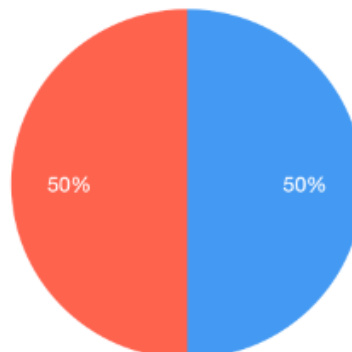
♂♀ Género



● MUJER ● HOMBRE ● TRANSEXUAL ● BINARIO

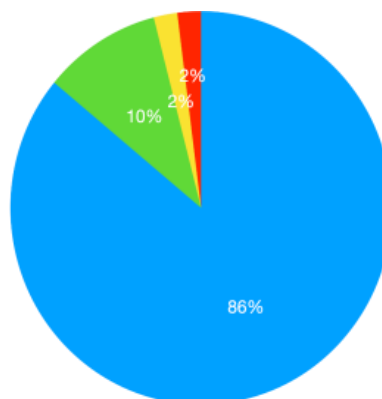


Filiación familiar



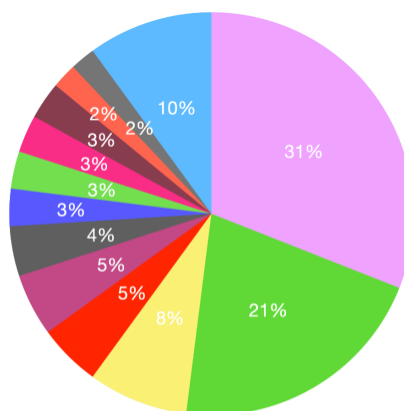
● HIJO/A BIOLÓGICO ● HIJO/A ADOPTADO

🧳 situación laboral



● NO TRABAJA ● EMPRESA ORDINARIA (con apoyo) ● EMPRESA ORDINARIA (totalmente autónomo) ● PRELABORAL, OFICINA TÉCNICA LABORAL (OTL)

🎓 nivel académico

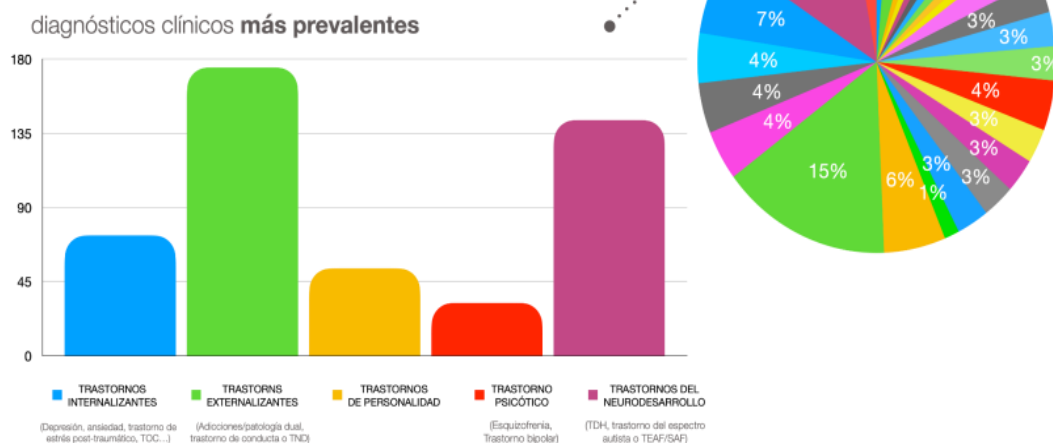


● ESO ● NO TIENE LA ESO ● ESO + CFGM ● ESTÁ CURSANDO LA ESO
 ● ESO + BACHILLERATO ● ESO Y CURSANDO CFGM ● PFI ACABADO ● NO TIENE LA ESO, CURSANDO PFI
 ● ESO + CFGM + CFGS ● CURSANDO IFE ● HA ACABADO UN IFE ● ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

Educación Secundaria Obligatoria (ESO) Ciclo Formativo Grado Medio (CFGM) Ciclo Formativo Grado Superior (CFGS)

Itinerario Formativo Específico (IFE) Programa de Formación e Inserción (PFI)

diagnósticos clínicos



Debido a la limitación de espacio no comentamos las gráficas porque creemos que son sencillas y ofrecen una foto de nuestra asociación y familiares.

RESCATEM. Proyecto de inserción laboral. Objetivos y metodología

RESCATEM es un proyecto de inserción laboral que tiene como objetivo conseguir la inserción de nuestros familiares en el mundo laboral y prepararlos para poder llegar a trabajar algún día en una empresa de trabajo protegido y por qué no, en una empresa ordinaria.

La metodología consiste, a grandes rasgos, en que un educador social ayuda y enseña a nuestros jóvenes a trabajar en una tienda con todo lo que comporta pero, a la vez, también les da herramientas de crecimiento personal y habilidades sociales sin dejar de lado su formación.

Funcionamiento día a día

Dos jóvenes trabajan por la mañana y dos por la tarde, con un horario de media jornada y un sueldo. Siempre están acompañados por un educador social. Inician su trabajo media hora antes de la apertura al público para poder, así, trabajar de forma individual en todos aquellos aspectos que necesitan.³¹

³¹ [Aquí puede consultar un dossier sobre Rescatem.](#)

Atención a los jóvenes con problemas de salud mental de elevada complejidad en el sistema educativo desde la perspectiva de las familias

Nuestros familiares incrementan sus problemas cuando llegan al ámbito educativo. Si bien es cierto que en las etapas de educación infantil y primaria suelen encontrar comprensión y apoyo en la mayoría de profesionales y en el mismo sistema educativo que, en estas etapas, está diseñado para que así sea, también es cierto que la ratio, la falta de profesionales y de formación específica más encaminada hacia una inclusión real, podrían ayudar a que pudieran conseguir herramientas para enfrentarse con más éxito en las siguientes etapas educativas.

Cuando llegan a etapas superiores de ESO, Enseñanzas profesionales y, los pocos que llegan a la Universidad, viven un verdadero calvario. En la Educación Secundaria empiezan las expulsiones sistemáticas de las aulas. La mayoría de los centros no tienen un sistema de atención para “aquel alumno que distorsiona una clase”. Muchos de los profesores de secundaria, químicos, ingenieros, biólogos... no tienen la formación necesaria para afrontar situaciones tan complicadas que se plantean con jóvenes de este perfil, que hemos descrito, y solo les queda el recurso de expulsarlos.

La sociedad actual está formada por familias pequeñas en las que conviven únicamente padres e hijos y como los padres y madres trabajan largas jornadas, se ven obligados a dejar sus hijos solos en casa. Su casa acaba siendo la calle, donde se encuentran con otros que están en su misma situación y acaban consumiendo y realizando actos de predelinuencia, en los casos más complicados.

Son jóvenes con muchas dificultades de concentración, atención sostenida, capacidad de programación y planificación muy impulsivos, dificultad para regular sus emociones y con un bajo umbral de frustración. El sistema educativo no les ofrece (o los que ofrece no son suficientes) recursos en los que se adquiriera una formación mediante la práctica. La antigua y denostada figura del aprendiz, que consideramos ideal para nuestros jóvenes, no existe y hagan la formación que hagan lo primero que reciben son una buena cantidad de libros que son incapaces de asimilar y/o aceptar.

La enseñanza realmente significativa y práctica ha perdido peso frente a una educación académica y poco o nada funcional que es la antítesis de lo que necesitan. Comienzan sus fracasos que no acaban si logran llegar a la formación profesional en la que se encuentran más de lo mismo.

Pocos de ellos acceden a la universidad, no por su falta de capacidad, ya que estamos hablando de jóvenes que no siempre tienen discapacidad y algunos con un Cociente Intelectual (CI) muy alto, para los cuales no está pensado el sistema educativo.

Los centros educativos adolecen de otros perfiles profesionales necesarios en el mundo educativo del siglo XXI: psicólogos, educadores sociales, integradores, enfermeros... son hoy una necesidad olvidada en cualquier centro educativo. En cuanto a los perfiles de psicólogos, pedagogos, logopeda... existentes, son absolutamente insuficientes si queremos una educación inclusiva de verdad y si no es así, es necesario la creación de centros especializados y públicos.

Muchos de los centros terapéuticos existentes son de titularidad privada y son absolutamente imposibles para una familia de clase media.

Todos estos factores hacen que las familias nos veamos solas ante un problema de tal magnitud y que necesitemos también recursos, ofrecidos mayoritariamente por las entidades sociales sin ánimo de lucro, que dedicamos muchísimas horas de forma absolutamente voluntaria a dar servicios que no ofrece la administración.

6 LA VISIÓN SINDICAL. GÉNERO COMO DETERMINANTE DE LA SALUD MENTAL, TAMBIÉN DEL PROFESORADO

María del Carmen Mancheño Potenciano

“Nada en la vida debe ser temido, solamente comprendido. Ahora es el momento de comprender más, para temer menos”

Marie Curie

Las mujeres en la docencia

Para poder abordar con seriedad el impacto del género en la salud mental es importante distinguir entre dos conceptos: sexo y género. El sexo hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres, viene por tanto determinado por la naturaleza, se nace con sexo masculino o femenino. Hablamos de género cuando no referimos a los roles, conductas, identidades y valores construidos socialmente y que cada sociedad asigna al hecho de ser hombre o mujer. Para Blaise (1996) los géneros femenino y masculino son dos construcciones sociohistóricas que se han ido perpetuando desde los inicios de la sociedad occidental como un dogma cotidiano invisible e ineludible.

Entender la diferencia entre sexo y género es el primer paso para abordar las desigualdades de género, porque la desigualdad no es algo natural sino estructural y sitúa a la mujer en una posición de inferioridad, solo por el hecho de ser mujer.

La articulación de las relaciones de género en prácticamente todos los aspectos de nuestra vida genera y perpetúa desigualdades entre mujeres y hombres, por lo que se hace imprescindible estudiar y cambiar estas relaciones incorporando lo que llamamos la perspectiva de género, es decir, explorar cómo el género impacta en los roles sociales y en las oportunidades de las personas con el objetivo de avanzar en igualdad y eliminar las distintas formas de discriminación, asumiendo que los fenómenos sociales, económicos, políticos e ideológicos no son neutros.

Esta situación de desigualdad recorre todos los sectores, también el docente.

La feminización del rol docente es un proceso totalmente actual, cuyo origen – tomando como referencia los estudios de San Román (1998), se produce en el siglo XIX. Una de las principales causas fue la necesidad de universalizar la educación básica y la consecuente introducción del sexo femenino en la escuela. El movimiento de industrialización requería mayor mano de obra y para ello necesitaba que las mujeres asumieran formalmente su rol como cuidadoras.

Con el tiempo se fue asumiendo que la enseñanza era un trabajo “apropiado” para las mujeres ya que ellas venían educando en el hogar y seguir haciéndolo en la escuela era algo “natural, eran “mujeres ocupando espacios de mujeres”. Lo preocupante es la vigencia de estas “razones” en el siglo XXI, a pesar de los avances sociales alcanzados.

En España, igual que ocurre en otros países, no todos los niveles docentes están ocupados por la misma proporción de hombres y de mujeres. Hay dos características que parecen mantenerse de forma casi constante: en primer lugar, la proporción de mujeres enseñantes decrece a medida que se va avanzando en el sistema educativo, es decir, a medida que se pasa de la educación infantil hacia la enseñanza superior. En segundo lugar, el porcentaje de mujeres enseñantes disminuye en los niveles educativos a los que se atribuye un carácter más técnico, por ejemplo, en la Formación Profesional; la inmensa mayoría de mujeres están en asignaturas de especialidades sanitarias, hosteleras y culinarias, mientras que los hombres acaparan más del 70% de los puestos en las especialidades técnicas.

Según datos del Ministerio de Educación y Formación Profesional referidos al curso 2021-2022, la mayoría de los docentes en España son mujeres, en concreto el 72,4% del total del profesorado tiene nombre femenino. Casi la práctica totalidad del profesorado es femenino en los centros de Educación Infantil, 97,7%, y es ampliamente mayoritario en los centros de Educación Primaria, 82.4%, mientras que en la Educación Superior la tendencia se invierte, siendo hombres el 56,3% y solo el 43,7% son mujeres.

Por otro lado, es relevante observar cómo se correlacionan estos datos porcentuales con el acceso a los cargos directivos, y es que, según la misma fuente, en todos los niveles educativos el porcentaje de mujeres en la dirección, aunque ha aumentado en los últimos años, sigue sin guardar proporción con su presencia como docentes. En España el 65,6 % de los centros de Primaria están dirigidos por una mujer, frente al 82 % que representan las mujeres en el profesorado. En la Educación Secundaria las mujeres en puestos directivos ocupan el 42,3%, siendo el 62,1% del profesorado, 20 puntos por debajo, es decir, a pesar de la destacada presencia femenina en el ámbito educativo, los puestos directivos no están en su mayoría ocupados por mujeres.

De forma habitual pensamos en la docencia como una profesión vocacional, como una decisión individual, pero existen teorías, como la de Ferrero (1994), que defienden que la vocación se modela a partir de factores externos, de tal manera que la influencia del entorno social es la responsable de configurarla, pudiéndose hablar de vocaciones por contagio, sublimación, vocaciones inducidas y vocaciones por intereses. Por lo tanto, se podría afirmar que el género es un factor relacionado con la vocación docente y que esto ha desembocado, por ejemplo, en que ciertos grados universitarios o espacios profesionales se determinen como femeninos y masculinos (Del Pino, 2019).

Podríamos sostener que la decisión individual posiblemente esté ligada a dos factores que son interdependientes: por un lado, la representación de los colectivos que caracterizan ciertas funciones y roles profesionales y, por otro lado, que la socialización basada en los valores de género determina en gran medida la elección de estudios.

Pero esta situación no es casual, sino que trasciende una desigualdad de género muy marcada y que implica importantes diferencias salariales y de status que van a tener impacto en la salud mental de las mujeres.

La exposición a factores psicosociales y su impacto en la salud mental desde una mirada de género

Los informes de la Organización Mundial de la Salud sobre la necesidad de calidad de vida en el trabajo han puesto en evidencia la relevancia del estrés laboral como un problema de salud pública (World Health Organization, 2002).

El profesorado es uno de los colectivos más expuestos a factores estresores, su trabajo diario implica estar a cargo de la educación de nuestros niños, niñas, adolescentes y jóvenes universitarios, atender sus necesidades socioemocionales, así como atender los requerimientos de los padres y madres. Tienen que dar respuesta a una sociedad cada vez más exigente con la educación, caracterizada por múltiples factores no solo educativos, sino también sociales. Por ello, desde mucho antes de la pandemia, este colectivo ya estaba expuesto a factores de riesgo que afectaban su salud mental.

Cuando hablamos de factores de riesgo que afectan la salud mental nos estamos refiriendo a los factores psicosociales. La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1986) ha definido los riesgos psicosociales como las interacciones entre el contenido, la gestión y la organización del trabajo y otras condiciones ambientales y organizativas, por un lado, y las competencias y necesidades de las personas trabajadoras, por otro. En ese sentido, se refiere a las interacciones que se ha demostrado que ejercen una influencia negativa en la salud de los trabajadores y las trabajadoras a través de sus percepciones y experiencia (OIT, 1986), es decir, los riesgos psicosociales son características de las condiciones de trabajo, derivadas de la organización del trabajo que pueden resultar nocivas para la salud (Rojas Ocaña y Rodríguez, 2010).

En la actualidad, la evidencia sobre los problemas de salud atribuibles a la exposición nociva a los riesgos psicosociales de origen laboral es muy extensa y de gran calidad desde el punto de vista científico, vinculados tanto con trastornos mentales como depresión y ansiedad como con enfermedades cardiovasculares.

Los riesgos psicosociales están estrechamente vinculados con el estrés relacionado con el trabajo. Hay evidencias consistentes de que las altas exigencias en el trabajo, el bajo control y el desequilibrio entre esfuerzo y recompensa son factores de riesgo para los problemas de salud física y mental (Niedhammer, Bertrais y Witt, 2021).

A pesar de todas las evidencias de las que disponemos, la prevención y gestión de los riesgos psicosociales no se ha trasladado a los centros de trabajo, aunque si ocupan un puesto entre las preocupaciones de salud pública en los países industrializados (Leka y Cox, 2008), y es que aunque el estudio de los aspectos organizacionales y psicosociales y su relación con la salud laboral no es nada nuevo, la irrupción tras la pandemia del debate en torno a la salud mental, han puesto esta relación en primera línea, cobrando especial relevancia.

La alta prevalencia de exposición a los riesgos psicosociales son la principal causa del deterioro de la salud en el sector educativo: altas exigencias psicológicas, alta carga de trabajo por falta de recursos y aumento de las ratios, dificultad para atender a los alumnos con necesidades educativas especiales (falta de información, formación y recursos), bajo apoyo social, falta de influencia y de desarrollo, escasas compensaciones, conflictos

relacionados con los alumnos tales como falta de interés y escasa motivación, conductas agresivas, faltas de respeto, amenazas, insultos, dificultad para gestionar los problemas derivados del deterioro de la salud mental en menores, adolescentes y jóvenes fruto de la pandemia, a los que hay que sumar conflictos con los padres como control excesivo, falta de colaboración y apoyo de las familias o escaso reconocimiento.

Tal y como se constata en la publicación de la EU-OSHA 2022, Educación: evidencia de la Encuesta Europea de Empresas sobre Riesgos Nuevos y Emergentes (ESENER), el sector de la educación tiene puntuaciones altas en el manejo de clientes enojados (es decir, alumnos/padres) y situaciones emocionalmente perturbadoras (Eurofound *et al.*, 2017).

Además, se describe que el sector de la educación es el que tiene una puntuación más alta en cuanto a no tener suficiente tiempo para hacer el trabajo (Eurofound *et al.*, 2020)

Independientemente del nivel en comparación con otros sectores, la presión del tiempo ha demostrado ser un predictor negativo del bienestar de los docentes en una muestra de 760 docentes noruegos (Skaalvik & Skaalvik, 2018).

Las demandas emocionales (o trabajo emocional) son bien conocidas y reconocidas como una condición laboral en el sector educativo (Eurofound *et al.*, 2020), pero las implicaciones para la salud y el bienestar de los docentes no son tan sencillas (Wang *et al.*, 2019). Los resultados de una revisión sobre el tema sugieren que existe un entrelazamiento de expectativas a nivel estructural e interactivo para el trabajo emocional entre los docentes, y que este entrelazamiento fomenta relaciones cercanas y complicadas con el agotamiento de los docentes (Bodenheimer & Shuster, 2020).

Un importante estudio en Dinamarca encontró que las demandas emocionales tanto percibidas como relacionadas con el contenido en el trabajo predicen ausencias prolongadas por enfermedad, lo que respalda la interpretación de que las demandas emocionales altas pueden ser peligrosas para la salud de los empleados (Framke *et al.*, 2019).

Tradicionalmente, la docencia se ha asociado a un alto grado de influencia sobre el propio trabajo, debido a las posibilidades que tiene el docente o la docente de organizar y planificar sus propias tareas. Sin embargo, entre otras, las demandas de más colaboración han empujado hacia una mayor coordinación y complejidad en la organización del trabajo, y también pueden haber afectado la experiencia de influencia sobre el propio trabajo.

A menudo, los trabajos en el sector de la educación también se han caracterizado por un alto grado de significado porque la tarea central de la educación, el aprendizaje y la formación de la próxima generación a menudo se experimenta como significativa. Sin embargo, los datos de un estudio reciente de Eurofound encontraron que alrededor del 70% de los empleados en el sector de la educación reportaron su sensación percibida de hacer un trabajo útil, lo que sugiere que para el tercio restante se había perdido ese significado de su trabajo.

Un estudio sueco de 2019 entre 478 maestros de primaria encontró que el ritmo de trabajo es alto en el sector, particularmente entre las maestras, que además reportaron una menor

influencia, mayores demandas emocionales y un mayor ritmo de trabajo que los maestros (Boström *et al.*, 2019).

Además, la digitalización se ha asociado con mayores niveles de tareas administrativas, así como con tendencias hacia un mayor nivel de 'ausencia de fronteras', lo que provoca conflictos en la vida laboral y sentimientos de aislamiento (Eurofound *et al.*, 2020).

El nivel de violencia en el lugar de trabajo en el sector de la educación está por encima del promedio en comparación con otros sectores. Esto incluye tanto la violencia física como la violencia psicológica (bullying, acoso, mobbing, etc.), y en términos de violencia tanto de compañeros como de no compañeros (Danau, 2021; ETUCE, 2009; Eurofound *et al.*, 2017; Gervais, 2013)

Sin embargo, los riesgos psicosociales no suponen una prioridad en la prevención de riesgos. Tradicionalmente se han priorizado los riesgos propios de los sectores industriales, con mayor número de accidentes laborales, y que afectan especialmente a los hombres. Así, los riesgos psicosociales se diluyen en el conjunto de los riesgos, y no se contemplan de manera específica y exhaustiva, de modo que su consideración resulta deficiente.

Burnout

En muchos casos, cuando el estrés laboral se cronifica puede dar origen a la aparición del conocido síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout.

El síndrome de estar quemado o burnout fue identificado por la OMS en mayo de 2020 como un trastorno emocional, legítimo y diagnosticable. Sus efectos son muchos y de gran alcance. La situación que ha provocado la Covid-19, en cuanto al estrés provocado por los riesgos en la salud de la pandemia, las altas cargas de trabajo consecuencia de los recortes de personal durante años y que las perspectivas futuras son sombrías, ha hecho que este síndrome haya aumentado.

El "burnout" es una respuesta ante el estrés crónico o prolongado en su trabajo, va mucho más allá del estrés y supone una falta de capacidad para poner en marcha estrategias para afrontarlo. Este cuenta con tres características clave: agotamiento intenso o sensación de falta de energía, despersonalización hacia el trabajo o aquello relacionado con este y baja autoeficacia y falta de realización a nivel personal.

Se trata de una respuesta al estrés cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento. Esto no implica situar el origen o la causa en un fallo en la estructura o en la funcionalidad psíquica del trabajador, sino que son esas demandas, emocionales fundamentalmente, las que sobrepasan la capacidad y "tolerancia" de la persona trabajadora a las mismas.

En una revisión de Watts *et al.* (2011) se muestra que la edad y el género son dos factores moderadores, ya que los profesores más jóvenes tienen más probabilidades de experimentar agotamiento y que los empleados masculinos obtienen una puntuación

significativamente más alta en el síntoma de despersonalización y las mujeres obtienen una puntuación más alta en el síntoma de agotamiento emocional.

Entre las variables personales y profesionales que se consideran más predictivas según la mayoría de las investigaciones realizadas en el campo docente se encuentre la edad, los años de experiencia docente, el número de alumnos por aulas, el fracaso escolar, el ejercicio de cargos y el género. A este respecto, y especialmente en referencia al género, Hayes (1986) ya destacó que las demandas exageradas de tiempo de dedicación profesional a las mujeres podían conducir a conflictos de rol: el clásico y no resuelto problema de la conciliación de la vida familiar y la vida laboral. Igualmente, la ausencia de espacios de apoyo y supervisión, propia de sistemas que priman la productividad por encima de la calidad de vida laboral, afecta al bienestar de la mujer trabajadora en forma de burnout profesional o de deterioro de las relaciones interpersonales en el trabajo. Precisamente los tres factores que más destacaban como positivos las participantes en las dinámicas de grupos organizadas en este estudio eran: la propia participación en los procesos grupales, la exposición a modelos de rol y el disponer de tiempo para sí mismas. Por otra parte, también sería de esperar que las dificultades en el acceso a puestos de responsabilidad y los problemas de indisciplina en el aula afectasen de forma diferente a maestros y maestras debido al desigual reparto del poder y de los roles de género en nuestra sociedad.

Es interesante advertir que la investigación de Rittenmyer (1997) demostró que las mujeres obtenían puntuaciones significativamente superiores a los hombres en las medidas de sobreconexión y fatiga emocional. Teniendo en cuenta los conceptos en cuestión, es muy posible que esa mayor susceptibilidad se deba igualmente a diferencias en cuanto a la construcción social del género y particularmente a la mayor capacidad de conexión emocional atribuida socialmente al género femenino. Paradójicamente, aquello que, según el rol asignado, capacita especialmente a las mujeres para el desempeño de roles profesionales en que la vinculación emocional es fundamental, puede ser también lo que las hace más vulnerables a los síntomas de estrés laboral y burnout.

El burnout afecta tanto a mujeres como a hombres, pero ambos presentan diferencias en los síntomas: en ellas se dan mayores tasas de "desgaste psíquico y emocional", y en ellos son de "indolencia y cinismo" (Pedro R. Gil-Monte, catedrático de Psicología Social y de las Organizaciones de la Universitat de València).

Con todo, y a pesar de lo mencionado hasta este punto, hay pocos estudios detallados que incluyan la variable género como relevante en cuanto a la génesis y la prevención del burnout en nuestro contexto más próximo.

La pandemia por la Covid-19 ha aumentado el estrés en el personal docente

El deterioro de la salud mental ha traspasado los muros de los centros educativos, aumentando su incidencia entre menores, adolescentes y sus familias, lo que también deriva en un estrés añadido para el personal docente, que no cuenta con los recursos para apoyarles en la detección temprana y en la respuesta a estas situaciones.

Tras la pandemia los centros educativos se han convertido en el soporte psicológico, emocional e incluso asistencial de las necesidades que presenta el alumnado, provocando una sobre exigencia al profesorado que debe responder sin darles formación y sin dotar los centros de más recursos.

La Federación de Enseñanza de CCOO hacia público como “por un lado, se reportan más casos de depresión angustia, ansiedad y autolesiones de los estudiantes, por el otro, los maestros, que también pasaron por su propio calvario y muchos de ellos no acaban de reponerse, ahora tienen que cargar con un peso mayor en su labor cotidiana en las escuelas. Deben identificar a “sus alumnos con problemas de salud mental y canalizarlos a los especialistas”.

Conflicto trabajo/familia

A pesar de los avances normativos que se han vivido en materia de igualdad entre hombres y mujeres, la sociedad española sigue arrastrando situaciones de desigualdad en el ámbito laboral y también en el reparto de las responsabilidades familiares. El tiempo dedicado por las mujeres a las tareas domésticas y de cuidados supone una carga añadida a la jornada laboral, conduce a un alargamiento de dicha jornada, y a la aparición de conflictos de intereses (personales y profesionales) que traen como consecuencia un incremento de los riesgos en el ámbito laboral ligados a la sobrecarga.

Así, el conflicto trabajo/familia, es considerado un factor de riesgo psicosocial que hace referencia a la necesidad de responder a las demandas del trabajo asalariado y del doméstico-familiar de forma sincrónica. Afecta principalmente a las mujeres y se relaciona no sólo con las características del trabajo familiar y doméstico fuertemente asociadas al género y marcadas por un desigual reparto del trabajo no remunerado, sino también con algunas exposiciones psicosociales relacionadas con la organización del trabajo como el tiempo de trabajo (ordenación, duración o modificación de la jornada de trabajo, jornadas muy largas, jornadas con horarios impredecibles o irregulares, falta de flexibilidad horaria, bajo nivel de autonomía sobre la jornada), o como la existencia de altas exigencias cuantitativas y emocionales en el trabajo.

Estudios poblacionales con la utilización del cuestionario *CoPsoQ-istas21* muestran que la mayor exposición a doble presencia se asocia a peores indicadores de salud mental, vitalidad, y estrés (S Moncada, C Llorens, A Navarro, and TS Kristensen, 2005). Sin duda, es una de las evidencias más claras de la división sexual de los trabajos.

Además, esta inequidad en el reparto del trabajo doméstico y de cuidados impone a las mujeres responsabilidades y cargas afectivas y emocionales que les obstaculiza el trabajo fuera del ámbito familiar, ya que las obligaciones domésticas impiden que las mujeres puedan dedicarse más específicamente a su puesto de trabajo o profesión, algo a lo que si pueden acceder los hombres al no tener el peso del trabajo doméstico. De esta manera se limita el acceso de las mujeres a puestos de dirección, el estatus laboral de las mujeres disminuye a medida que aumentan sus obligaciones sociales (Moreno-Jiménez & Garrosa, 2013). Todas estas limitaciones para avanzar en la carrera profesional generan insatisfacción

y las sitúa en una posición de inferioridad respecto a los varones, lo que acaba afectando a su salud mental.

Igualmente, supone una reducción del tiempo para el descanso, el desarrollo personal y la recuperación, que incide también en una peor calidad de vida, y, por lo tanto, en un peor estado de salud (Fundación Mujeres, 2010).

Asimismo, se ha observado que mientras hace unos años algunos estudios señalaban que, a pesar de que la doble jornada suponía una carga importante para las mujeres, aquellas que tenían un trabajo remunerado presentaban mejor salud mental que aquellas que únicamente realizaban el trabajo doméstico y de cuidados (Lahelma E, Arber S, Kivelä K, Roos E., 2002). Hoy en día, en cambio, compaginar ambas esferas parece llevar a peores resultados en salud mental. Detrás de los primeros resultados podría estar el hecho de que trabajar fuera de casa proporcionaría independencia económica, posibilitaría realizar tareas diferentes a las relacionadas con el trabajo doméstico y de cuidados, así como tener su propio espacio. Sin embargo, actualmente, parece que los beneficios del trabajo remunerado no son suficientes para proteger la salud mental de las mujeres si éste va acompañado a su vez de altas cargas familiares (García Calvente M, del Río Lozano M, Marcos Marcos J. 2011).

El impacto de la doble presencia en la salud mental se ve claramente en algunos estudios centrados en el reparto del trabajo doméstico que han mostrado que en aquellas parejas donde las actividades del hogar se reparten de manera equitativa entre hombres y mujeres, las mujeres presentan un mejor estado de bienestar (Hammarström A, Phillips SP, 2012). Otro estudio señalaba que las mujeres que presentaban cargas elevadas relacionadas con el mantenimiento del hogar tenían más síntomas de depresión, mientras que las que se encargaban del cuidado de menores presentaban mayor ansiedad. Asimismo, otro estudio mostraba que las mujeres que tenían una distribución igualitaria del trabajo doméstico presentaban mejores puntuaciones en salud mental que aquellas que tenían un reparto desigual o muy desigual (Bacigalupe A, Martín U, 2007).

Como ya se he descrito, la labor docente y las condiciones en que trabajan supone enfrentar una serie de desafíos que se derivan de la propia práctica de su profesión, y de las exigencias que esta misma representa para otras áreas de su vida personal, lo cual puede exponerlos a distintas fuentes de estrés (Capone y Petrillo, 2018). Sin embargo, el estrés no afecta a toda la población docente de manera homogénea, dado que existen una serie de variables contextuales (ámbito, región, infraestructura escolar, recursos materiales, etcétera) y sociodemográficas que generan brechas significativas (Parihuaman-Aniceto, 2017). Una de estas variables está relacionada con el género y cómo este produce demandas sociales diferenciadas entre docentes varones y mujeres, teniendo en cuenta que estas últimas se encuentran en una posición de mayor vulnerabilidad (Kim et. al., 2020; Holmes *et al.*, 2020).

A todo ello, se debe añadir que el profesorado también presenta dificultades para conciliar su vida laboral y su vida familiar al tener jornadas laborales que continúan en sus hogares con correcciones, planificaciones y evaluaciones (Gaete y Henríquez, 2016), y que impacta de forma especial en las mujeres, puesto que tienen que sumar el trabajo doméstico y de cuidados.

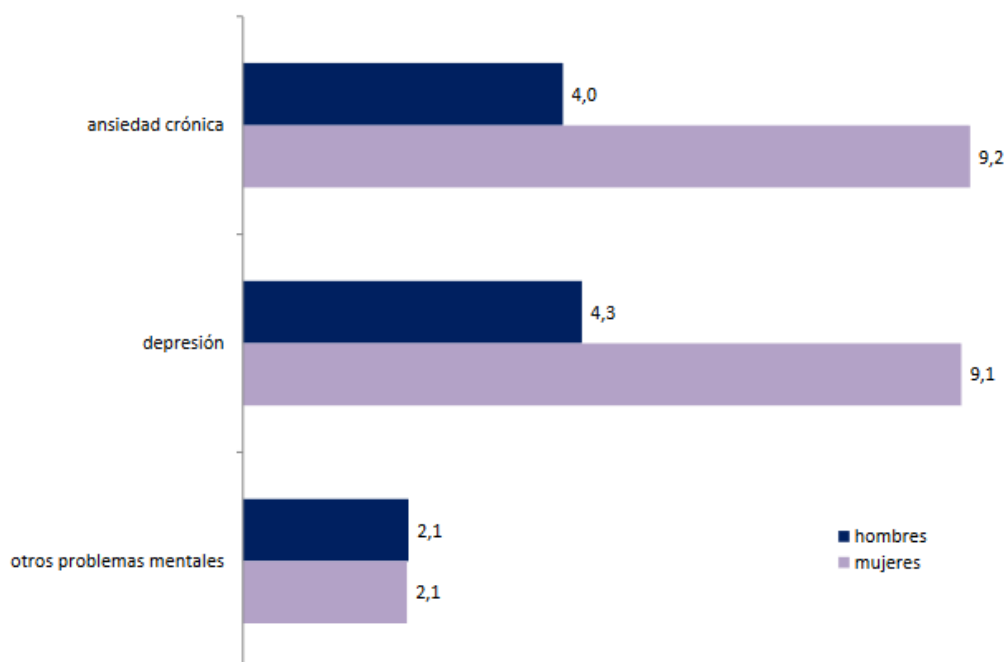
Sería pues necesario implementar políticas de conciliación de la vida laboral y familiar, principalmente para las mujeres docentes, favoreciendo, por ejemplo, la elección de horarios lectivos y realizando programas de vigilancia de la salud específicos para este colectivo. En el ámbito familiar, la corresponsabilidad debe ser la herramienta clave para mejorar no solo la compatibilidad del trabajo con las funciones familiares, sino como distribución paritaria de las obligaciones domésticas y familiares entre géneros (Perán-Quesada, 2019). Sin olvidar que el Estado debe fortalecer y ampliar los servicios que garanticen una política de cuidados ambiciosa, que debe pasar por un cambio en el modelo que asuma la modernización de los servicios sociales, el reconocimiento y apoyo a la diversidad de familias y la corresponsabilidad de las administraciones públicas.

¿Tienen peor salud mental las mujeres que los hombres?

Desde muchos ámbitos internacionales se describen importantes desigualdades de género en el ámbito de la salud mental, pues son las mujeres las que reportan y son diagnosticadas con más frecuencia algún problema de este tipo (M. Sáenz-Herrero, 2015).

Las mujeres refieren algún problema de salud mental con mayor frecuencia que los hombres, 14,1% frente a 7,2%. El 6,7% de la población de España refiere ansiedad crónica, exactamente la misma cifra de personas con depresión. En ambas es más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%) (Encuesta Nacional de Salud, 2017).

Prevalencia de distintos problemas de salud mental* en población de 15 y más años según sexo (%). España 2017. ENSE, MSCBS/INE



*padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico

Entre el 11 y el 27% de los problemas de salud mental en España se pueden atribuir a las condiciones de trabajo (barómetro vida y salud de la FAD).

La peor salud mental de las mujeres ha sido demostrada tanto en encuestas de salud como en estudios de base clínica. La hipótesis acerca de una mayor vulnerabilidad biológica de las mujeres es inconsistente, lo que haría que las condiciones de vida desiguales entre hombres y mujeres, junto con los modelos imperantes de masculinidad y feminidad hegemónicos, puedan estar explicando estas desigualdades de género en la salud mental.

Numerosos estudios han mostrado la multiplicidad de factores que explican las desigualdades de género en la salud mental (J.M. Ussher, 2010), C. Borrell, L. Palència, C. Muntaner, *et al.*, 2014).

- La naturaleza propia de las mujeres: desde el modelo biomédico tradicional se han enfatizado las diferencias biológicas, como el sistema hormonal diferencial que varía a lo largo del ciclo vital en las mujeres, como factores para su mayor propensión a sufrir patología mental (M.V. Seaman, 1997). Hoy está claro que la simplificación de la naturaleza psicológica de las mujeres a esta etiología hormonal ya ha quedado claramente desautorizada, poniendo de manifiesto la importancia del contexto social (J.M. Ussher, J. Perz, 2010).
- Las condiciones de vida desiguales de hombres y mujeres: la problematización cultural del concepto de depresión y sus implicaciones de género no deben restar relevancia al hecho de que en las sociedades patriarcales la posición jerarquizada en términos de poder entre hombres y mujeres explica la peor salud mental de ellas, debido a su mayor exposición a experiencias de desigualdad relativas a sus peores condiciones de vida y trabajo, y otros aspectos psicosociales. (Informe SESPAS, 2020). De hecho, las desigualdades en la salud mental aumentan, en todo el mundo, a medida que lo hace el nivel de desigualdad de género de las sociedades. (Y. Shoukai, 2018).
- La segregación del mercado laboral, la mayor carga de trabajo doméstico y de cuidados, la mayor exclusión social, la discriminación sexista y la menor presencia en espacios de toma de decisiones someten a las mujeres a mayores niveles de estrés y les limitaría su capacidad de acceso a recursos que pueden proteger su salud mental (Informe SESPAS.2020). Asimismo, la valoración desigual de los trabajos según el género ha mostrado que, en España, las variables relacionadas con el empleo remunerado tienden a tener más efecto en la salud mental de los hombres, mientras que las características del trabajo doméstico tienen más efecto en la salud mental de las mujeres, siendo esta influencia diferente según la clase social (Arias-de la Torre, A.J. Molina, T. Fernández-Villa, *et al.* 2019), L. Artazcoz, J. Benach, C. Borrell, *et al.* 2004).

Las diferencias en la intensidad del cuidado a personas dependientes también han mostrado ser un elemento explicativo de las desigualdades de género en salud mental (M. Del Río Lozano, M.D.M. García-Calvente, J. Calle-Romero, *et al.*, 2017). Asimismo, la mayor exposición de las mujeres a situaciones de violencia física, simbólica o sexual, incrementa significativamente su mala salud mental (B. Sanz-Barbero, N. Barón, C. Vives-Cases, 2019).

Los procesos de medicalización de la salud mental y la relevancia del género

La medicalización de la vida adquiere características propias en el ámbito de la salud mental.

El heteropatriarcado y las diferentes expresiones del androcentrismo reproducen estereotipos sobre la masculinidad y la feminidad que permean la atención clínica y la relación médico/a-paciente. Por ello, las mujeres son especialmente vulnerables a los procesos de medicalización, ya que sufren una mayor coerción por parte de las instituciones médicas y psiquiátricas sobre sus cuerpos, con el resultado de ser más fácilmente etiquetadas como enfermas mentales (A. Diéguez., 1999).

En términos generales indican que, a igualdad de síntomas de ansiedad y depresión, la probabilidad de las mujeres de ser diagnosticadas (S.J. Borowsky, L.V. Rubenstein, L.S. Meredith, *et al.* 2000), y de que consuman psicofármacos es mayor (Hohmann, 1989).

De forma complementaria, algunos estudios destacan el infradiagnóstico y el insuficiente tratamiento farmacológico que se podría estar dando entre los hombres con estas patologías mentales (D.T. Smith, D.M. Mouzon, M. Elliott, 2018).

Por su parte, la prescripción de psicofármacos para la depresión puede llegar a ser del doble en las mujeres, ya sean ansiolíticos o antidepresivos, con una tendencia al alza en los últimos años. Incluso a igualdad de diagnóstico o sintomatología, las mujeres son medicadas con mayor frecuencia (I. Markez, M. Póo, N. Romo, *et al.*, 2004).

En el campo de la salud mental, en el que la medicalización del malestar es especialmente habitual, algunos problemas que tienen un origen social acaban recibiendo atención psiquiátrica o psicológica, de manera que la actuación médica, lejos de abordar la etiología del problema, puede provocar daños en forma de iatrogenia farmacológica y dependencias psicológicas (informe SESPAS 2020).

La abrumadora administración de psicofármacos y la psiquiatrización de cualquier problema psicológico o biológico que pueda presentar una mujer constituyen la brecha de género en salud mental. Los datos estiman que de cada 10 personas que toman psicofármacos en España, 8,5 son mujeres.

La explicación a estos datos puede depender de múltiples factores y se han intentado explicar desde diferentes perspectivas, desde las más biologicistas hasta otras más socioculturales. Entre éstas últimas destacan, por un lado, las que se centran en los condicionantes sociales como principales factores explicativos. En este sentido, la segmentación de género del mercado laboral, la mayor carga de trabajo doméstico y de cuidados o la mayor exposición a situaciones de violencia y discriminación en las mujeres aumentarían su riesgo de sufrir patología mental.

Por otro lado, otras corrientes señalan que las mayores cifras de diagnóstico y de prescripción de psicofármacos no se deben exclusivamente a la peor salud mental de las mujeres, sino a que existe un proceso de etiquetaje. Esta última se basa en señalar que algunos diagnósticos psiquiátricos son construcciones socioculturales que se han alineado con los atributos emocionales de la feminidad hegemónica, facilitando la catalogación de las mujeres como enfermas mentales.

Parece evidente que disminuir las desigualdades de género en la salud mental deberá ser el resultado de la intervención política a diferentes niveles. Desde una óptica estructural, existe una clara relación entre el nivel de desigualdad de género en la sociedad y las desigualdades de género en la salud mental (Y. Shoukai, 2018) de modo que todas aquellas políticas de lucha contra la discriminación que sufren las mujeres en el mercado laboral, en la responsabilidad sobre el trabajo doméstico y de cuidados, en el uso del tiempo y, en términos generales, aquellas que empoderen a las mujeres a partir de su mayor representación política y visibilización social, repercutirán positivamente en la disminución de las desigualdades en salud mental entre hombres y mujeres (C. Borrell, L. Palència, C. Muntaner, *et al.*, 2014).

Bibliografía

- BLAISE, S. (1996). *El rapto de los orígenes o el asesinato de la madre: de la comunicación entre las mujeres*. Vindicación feminista.
- SAN ROMAN, S. (2011). *Las primeras maestras: Los orígenes del proceso de feminización docente en España*. Barcelona: Ariel
- *Igualdad en cifras MEFP 2021 Aulas por la igualdad*. Ministerio de Educación y Formación Profesional
- NIEVES PEREZ, A (2021). *Estudio de casos: la feminización docente*. Trabajo fin de grado de maestro en educación infantil. Universidad de la Laguna
- World Health Report 2002. *Reducing Risk and Promoting Healthy Living*. World Health Organization, Geneva.
- ROJAS OCANA, MJ y RODRIGUEZ RODRIGUEZ JB.(2010). *Factores de riesgo psicosociales en el profesorado de Enfermería Geriátrica de universidades españolas*. Gerokomos [online].
- NIEDHAMMER I, BERTRAI S, WITT, K (2021). *Psychosocial work exposures and health outcomes: a meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis*. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health.
- LEKA S. y COX, T. (2008). *El futuro de la gestión de riesgos psicosociales y la promoción del bienestar en el trabajo en la región europea: un momento PRIMA para la acción*. The European Framework for Psychosocial Risk Management, I-WHO, Nottingham.
- *Education – evidence from the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER)*. 2022. European Agency for Safety and Health at Work
- BOSTRÖM, M. et al (2019). *Health and work environment among female and male swedish elementary school teachers-a cross-sectional study*. International Journal of Environmental Research and Public Health,

- S KAALVIK, E. M., y SKAALVIK, S. (2018). *Job demands and job resources as predictors of teacher motivation and well-being*. Social Psychology of Education
- Eurofound: Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo
- BODENHEIMER & SHUSTER, (2020). *Emotional labour, teaching and burnout: Investigating complex relationships*. Educational Research,62
- FRAMKE et al., (2019). *Perceived and content-related emotional demands at work and risk of long-term sickness absence in the Danish workforce: a cohort study of 26 410 Danish employees*. Occupational and Environmental Medicine, 76
- BOTELLA DEL CID, LI., LONGÁS MAYAYO, J., GÓMEZ HINOJOSA, A. (2007). *La construcción social del burnout en la profesión docente*. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull
- HAYES, L.S. (1986). *The superwoman myth*. Social Casework, 67
- GIL-MONTE, P. (2023). *“Quemarse” por el trabajo: similar prevalencia, pero distintos síntomas según sexo*. Artículo agencia EFE
- MONCADA LLUIS, S. et al (2008). *Exposición a riesgos psicosociales entre la población asalariada en España (2004-05): valores de referencia de las 21 dimensiones del cuestionario COPSQO ISTAS21*. Revista Española de Salud Pública, vol. 82
- MORENO JIMENEZ, B, GARROSA HERNANDEZ, E. (2013). *Salud Laboral: riesgos psicosociales y bienestar laboral*. Madrid:Pirámide
- LAHELMA, E., et al (2002). *Multiple roles and health among British and Finnish women: The influence of socioeconomic circumstances*. Social Science & Medicine
- GARCIA CALVENTEA, M., DEL RIO LOZANO, M., MARCOS MARCOSB, J. (2011). *Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España*. Gaceta sanitaria, vol. 25
- HAMMARSTRÖM, A., Phillips, SP. (2012). *Gender inequity needs to be regarded as a social determinant of depressive symptoms: results from the Northern Swedish cohort*. Scand J Public Health, 40
- BACIGALUPE DE LA HERA, A., MARTIN RONCERO, U. (2007). *Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco; la clase social y el género como determinantes de la salud*. Ararteko
- CAPONE, V., PETRILLO, G. (2018). *Mental health in teachers: Relationships with job satisfaction, efficacy beliefs, burnout and depression*. Psicología actual, vol. 39.
- PARIHUAMAN-ANICETO, M. (2017). *Nivel de estrés de los docentes de las instituciones educativas de Villa Vicús y Kilómetro 50, distrito de Chulucanas-Morropón-Piura*. (Tesis de Maestría). Universidad de Piura, Perú

- KIM, L., ASBURY, K. (2020). *Like a rug had been pulled from under you”: The impact of COVID-19 on teachers in England during the first six weeks of the UK lockdown*. British Journal of Educational Psychology
- HOLMES, E., et al (2020). *Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science*. Lancet Psychiatry, 7
- GAETE QUEZADA, R., HENRIQUEZ VARGAS, F. (2016). *Análisis de la labor docente desde la perspectiva de la responsabilidad social interna*. Cuadernos Investigación Educativa, vol.7
- PERÁN -QUESADA, S. (2019). *La configuración jurídica del principio de corresponsabilidad y su necesaria aplicación efectiva*. Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, nº 53
- M. SAENZ-HERRERO, M. (2015). *Psychopathology in women Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology*. Springer Alemania
- Encuesta Nacional de Salud, (2017). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad
- Barómetro vida y salud de la Fundación Fad Juventud.
- USSHER, J. M. (2010). *Are we medicalizing women’s misery? A critical review of women’s higher rates of reported depression*. Feminism & Psychology, 20
- C. BORREL, L. PALÈNCIA, C. MUNTANER, et al., (2014). *Influencia de las Políticas Macrosociales en la Salud de las Mujeres y las Desigualdades de Género en Salud*. Revisiones epidemiológicas, vol.36
- C. BORRELL et al. (2015). *Las desigualdades de género en la ciencia*. Gaceta Sanitaria vol 29
- SEAMAN, MV. (1997). *Psychopathology in women and men: focus on female hormones*. Am J Psychiat. Vol. 154
- SHOUKAI, Y. (2018). *Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health: a global study*. Translational psychiatry, vol 8
- ARIAS-DE LA TORRE J, MOLINA, AJ., FERNANDEZ-VILLA, T., et al. (2019).” *Salud mental, roles familiares y situación laboral dentro y fuera del hogar en España”*. Gaceta sanitaria vol. 33
- ARTACOZ, L., BENACH, J., BORRELL, C., et al. (2004). *Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class*. Am J Public Health. Vol.94
- DEL RIO LOZANO, M., GARCIA-CALVENTE, MDM., CALLE –ROMERO, J., et al (2017). *Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received*. Qual Life Res. 26.

- SANZ-BARBERO, B., N. BARÓN, N., VIVES-CASES, C. (2019). *Prevalencia, factores asociados e impacto en la salud de la violencia de pareja contra las mujeres en las diferentes etapas de la vida*. Plos One.
- GÓMEZ, A. (1999). *Psiquiatría y género: el naciente discurso médico-psiquiátrico en España y el estatuto social de la mujer*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 19
- BOROWSKY, SJ., RUBENSTEIN, LV., MEREDITH LS., et al. (2000). *Who is at risk of nondetection of mental health problems in primary care?* J Gen Intern Med. 15

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL

Mónica Domínguez García

Desde el Ministerio de Educación y Formación Profesional (MEFP) se otorga especial importancia a los contenidos de salud en el ámbito educativo. Por este motivo, la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE) en su versión consolidada tras las modificaciones de la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE) se recoge en su artículo 2, apartado h), entre los fines del sistema educativo: “La adquisición de hábitos intelectuales y técnicas de trabajo, de conocimientos científicos, técnicos, humanísticos, históricos y artísticos, así como el desarrollo de hábitos saludables, el ejercicio físico y el deporte”.

En este sentido el Ministerio de Educación y Formación Profesional, en consonancia con la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que los centros educativos son instituciones privilegiadas para fomentar el bienestar de la infancia y adolescencia. Por los centros escolares pasa toda la población de niños, niñas y adolescentes. Son espacios fundamentales para hacer llegar, de manera equitativa, las actuaciones orientadas a la promoción del bienestar, incluyendo lo relativo a salud mental y bienestar emocional. Es decir, contamos con un lugar privilegiado en el que sentar los cimientos para el bienestar de los menores, independientemente de su procedencia o estatus social.

El bienestar emocional no siempre ha sido una prioridad en nuestro sistema educativo. De hecho, debemos enfatizar que LOE (2006) y LOMLOE (2020) han resaltado la importancia de la educación emocional, en contraposición con las leyes anteriores.

La pandemia de COVID-19 ha supuesto un punto de inflexión y un desafío por los efectos colaterales devastadores que ha tenido y que han perjudicado al bienestar y salud emocional y mental de la población, especialmente la de la infancia y la adolescencia. De sobra sabemos que la pandemia provocó una emergencia a todos los niveles, no solo el sanitario sino también el educativo, ya que, como efecto del cierre de los centros educativos y las posteriores medidas sanitarias en los centros, afectó enormemente a las relaciones personales y a los hábitos y costumbres, dificultando el bienestar emocional nuestro alumnado.

De hecho, los datos del informe “*Crecer saludable(mente)*” de Save the Children España de 2021³² arrojan cifras alarmantes tras el confinamiento, en comparación con los datos oficiales disponibles de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2017. Así, los trastornos mentales en niñas, niños y adolescentes de entre 4 y 14 años aumentaron casi 3 puntos (del

³² https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe_Crecer_saludablemente_DIC_2021.pdf

1,1% al 4%) y, en el caso de trastornos de conducta, todavía fue mayor el incremento (del 2,5% al 7%). Además, la incidencia de estos trastornos se acentuó especialmente entre los más vulnerables. Así, el alumnado de hogares con bajos ingresos sufrió una probabilidad 4 veces mayor (13%) de padecer trastornos mentales y/o de conducta que los que vivían en hogares de renta alta (3%). Todo esto sumado al impacto tres veces mayor en familias sin empleo o en los hogares más pobres, donde se concentraba una mayor proporción de infancia migrante, y que presentó una superior incidencia de trastornos mentales y/o de conducta.

Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), a partir de marzo de 2020, la prevalencia de ansiedad y depresión aumentó exponencialmente. Los períodos en los que se notificaron las tasas más altas de ansiedad coincidían con los períodos de aumento de las muertes por COVID-19 y con las medidas más restrictivas de confinamiento.

En estos momentos, en España, el 12,74% de la población de 15 y más años presenta sintomatología depresiva y su frecuencia es prácticamente el doble en mujeres (16,32%) que en hombres (8,94%)³³. Además, también ha habido un incremento notable de los trastornos ansioso-depresivos y de la sintomatología compatible con el trastorno de estrés postraumático. En este escenario en el que han aumentado los problemas de salud mental afectando al bienestar de alumnado, del profesorado y de todos los y las agentes de la comunidad educativa, tenemos que fijar la mirada en la población más joven, en los niños, niñas y adolescentes, e intervenir en el espacio educativo, dado que es ahí donde pasan un número significativo de horas al día y donde se debe atender y cuidar, independientemente de su procedencia, estatus social, género o cualquier otra característica individual. De ahí la importancia del trabajo en educación emocional, puesto que repercute de manera directa en el bienestar emocional de nuestras alumnas y alumnos, de nuestras profesoras y profesores, así como del conjunto de los equipos profesionales que ejercen sus funciones en nuestros centros educativos y, a su vez, crea un clima escolar positivo que favorece los aprendizajes en nuestras aulas, aportando así un factor de calidad a la educación.

Para conseguir este bienestar emocional, el alumnado ha de desarrollar la competencia emocional que incluye tanto la conciencia, la (auto)regulación y la autonomía emocional, como la competencia social y las competencias para la vida y el bienestar. La sociedad necesita una ciudadanía respetuosa y asertiva, que sepa trabajar en equipo y gestionar los conflictos y, además, que sea crítica y participativa. En gran parte debido a ello, si seguimos las recomendaciones que hacen los organismos internacionales en los últimos tiempos, hemos de hacer hincapié sobre todo en una de las competencias clave para el aprendizaje permanente, la competencia social, ya que está muy relacionada con el bienestar personal,

³³ Ministerio de Sanidad, Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación Educativa. (2021). *Encuesta europea de salud en España, 2020*. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/ESE2020_inf_evol_princip_result.pdf

tanto para las personas de manera individual, como para sus familias y para su entorno social próximo.

Estas recomendaciones se han tenido en cuenta a la hora de diseñar los marcos nacionales de promoción de la salud, quedando recogidas en la *Estrategia Nacional de Salud Mental 2022-2026*³⁴. Los objetivos de esta estrategia son: la mejora del bienestar emocional de la población, la atención a las personas con problemas de salud mental, el apoyo a sus familias y el fomento de un modelo de atención integral y comunitario que favorezca la recuperación y la integración social. Estos objetivos son especialmente relevantes en los sectores de población de la infancia y adolescencia. En estas etapas las experiencias de vida son trascendentes en el desarrollo emocional e influyen en la salud y la calidad de vida del resto de las etapas del ciclo vital.

El desafío es grande y requiere una propuesta combinada desde las administraciones públicas, acorde a los objetivos antes mencionados. Por ello, el Ministerio de Educación y Formación Profesional propone a las comunidades autónomas un programa de cooperación territorial, denominado *Programa de bienestar emocional en el ámbito educativo*, con el objeto de ayudar a cubrir las necesidades de atención que el alumnado pueda mostrar en los campos del bienestar emocional y salud mental desde la perspectiva de la intervención educativa. Este programa está orientado a fortalecer los activos en salud y los factores protectores de la salud mental.

Para diseñar este programa ha sido clave tomar en consideración la línea estratégica 5 de la *Estrategia Nacional de Salud Mental*, donde se aborda la salud mental en la infancia y en la adolescencia, y en la que destaca la importancia de que el entorno escolar contribuya a crear un sentido de pertenencia en los niños y niñas para fortalecer su identidad y autoestima. Además, hace hincapié en el desarrollo de la resiliencia y superación, la promoción de comportamientos positivos como el respeto, la responsabilidad y la amabilidad con amigos y seres queridos, puesto que esto contribuye a aumentar el bienestar emocional. Ayudar a otros e involucrarse refuerza el sentido de pertenencia a la comunidad.

Esta línea 5 de la *Estrategia Nacional de Salud Mental* también pone en valor la importancia de la información respecto a la salud mental, con el fin de sensibilizar, combatir el estigma y facilitar el acceso a la ayuda necesaria. Los adultos pueden ayudar al desarrollo de habilidades en el alumnado para identificar precozmente signos y síntomas que puedan desembocar en problemas de regulación emocional, alteraciones del estado de ánimo, como la depresión o el riesgo de suicidio. La línea indica que son los equipos de orientación educativa, los profesionales de la atención psicológica y sanitaria especializada en atención familiar y comunitaria, así como los trabajadores sociales, los que pueden proporcionar apoyo y promoción del bienestar emocional, y ayudar a las familias a la identificación de

34

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf

desajustes. También realizarían asesoramiento individual y grupal, podrían intervenir en casos de crisis y derivar a servicios de la comunidad.

Por ello, se pretende que el *Programa de para el bienestar emocional en el ámbito educativo* armonice sus actuaciones con las acciones prioritarias contenidas en el Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024³⁵. Para garantizar la armonización con los marcos de las autoridades sanitarias, así como la conexión con las preocupaciones de los principales agentes implicados en el bienestar emocional de la infancia y la juventud, el Ministerio de Educación y Formación Profesional está presente en el Grupo de Salud Mental infanto juvenil que coordina el Ministerio de Sanidad. Es a partir de estos previos desde donde se emprenden las subsiguientes actuaciones.

Este programa de Cooperación Territorial con las Comunidades Autónomas pretende ayudar a cubrir las necesidades de atención que el alumnado pueda mostrar en los campos del bienestar emocional y salud mental desde la perspectiva de la intervención educativa. Su ejecución comenzó el 1 de septiembre de 2022 y durará hasta 31 de agosto de 2023. Son varios los objetivos específicos de este plan, y su exposición necesitaría extenderse más allá del espacio de este artículo, pero se pueden resumir en que es un plan que pretende:

- Aumentar los recursos humanos en secciones y departamentos de apoyo y orientación escolar orientada a la intervención en el campo de la promoción del bienestar emocional y la salud mental del alumnado.
- Potenciar la formación específica sobre bienestar emocional y salud mental entre todos los docentes.
- Promover la divulgación de buenas prácticas y favorecer la intervención comunitaria en los campos del bienestar emocional y de la salud mental, proporcionando las conexiones entre los profesionales de los centros escolares, los centros sanitarios y los colectivos locales que apoyan a la infancia de la juventud.

Los beneficiarios últimos son las alumnas y alumnos del último ciclo de Educación Primaria y de Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio escolarizados en centros sostenidos con fondos públicos. Además, también va destinado al profesorado y equipos directivos de Educación Primaria y Secundaria de centros sostenidos con fondos públicos, equipos de orientación, inspección educativa y comunidad educativa en general.

35

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/PLAN_ACCION_SALUD_MENTAL_2022-2024.pdf

Las actuaciones que se contemplan son de distintos tipos:

- Actuaciones formativas:
 - Pueden tener carácter de recomendación fundamental que, bajo la fórmula de módulos transversales, para ser introducidas en la formación de los equipos directivos, de los distintos tipos de funcionarios y figuras de los centros escolares, así como para otros agentes educativos; también pueden incluir formaciones específicas en el ámbito de la salud mental, en coordinación con las administraciones sanitarias; en el ámbito de la salud emocional, las conductas autolíticas y la prevención del suicidio.
 - Promocionan factores protectores y competencias sociales orientadas a la participación del alumnado y a la construcción y al desarrollo de un clima de un ambiente escolar positivo y seguro, con especial relevancia de los contenidos en convivencia e inclusión.
 - Basadas en la sensibilización, conocimiento y cumplimiento de los Derechos y Protección de la Infancia y la Adolescencia y en el cuidado específico del derecho y protección a la salud mental, al hilo de la nueva figura que promueve la LOMLOE del Coordinador o coordinadora de Bienestar y Protección en los centros educativos.
 - Favorecen modelos organizativos en los centros escolares que estén abiertos a la comunicación con el alumnado, para que sean identificados, localizados y atendidos los casos de violencia y que potencien la participación y el sentimiento de pertenencia del alumnado, de manera que sirvan para conocer los protocolos de actuación frente a cualquier manifestación de violencia.
 - Contemplan uno de los ámbitos más preocupantes que afectan a nuestros jóvenes, que es la prevención de las adicciones, ya sean con o sin sustancia.

Otro tipo de actuaciones, también en consonancia con la Estrategia Nacional de Salud Mental, en la que se promueve un trabajo interdisciplinar a nivel comunitario son las:

- Actuaciones en coordinación y colaboración con servicios y administraciones sanitarias y colectivos que apoyen a la infancia y la juventud.
 - Destinadas a eliminar la estigmatización de los trastornos de salud mental, promover una oferta formativa específica y estable en el ámbito de salud mental y, sobre todo, generar sinergias profesionales entre los sectores sociosanitario y educativo para poder conseguir más fácilmente el objetivo que compartimos.
 - Dentro de esta cooperación necesaria, hemos de elaborar conjuntamente protocolos frente al acoso escolar, conductas autolíticas e ideación suicida; así como los referentes a la derivación y al seguimiento del alumnado.

Para el Ministerio de Educación y Formación Profesional es fundamental facilitar la creación de sinergias entre las autoridades sanitarias, las educativas y el resto de componentes de las administraciones y colectivos (expertos, representantes de la sociedad civil...).

Otro conjunto importante de iniciativas es el siguiente:

- Actuaciones de reconocimiento, difusión e intercambio de experiencias.
 - Las buenas prácticas nos ayudan a mejorar. Por ello se favorecerá el reconocimiento, difusión e intercambio de intervenciones en temáticas como: las bases de la salud mental y el bienestar emocional en relación a la convivencia y la inclusión; la reducción del impacto de los trastornos de salud mental en el rendimiento académico; los modelos de intervención y organización escolares en esta materia, o las buenas prácticas en la erradicación del estigma de los trastornos de salud mental entre los miembros de la comunidad educativa.
 - A las anteriores se añaden aquellas actuaciones sobre uso de las TIC y la prevención de adicciones con y sin sustancia.

A este respecto, cabe mencionar que el pasado 6 de octubre de 2022 se llevó a cabo, en la sede del Ministerio de Educación y Formación Profesional de Madrid, la Jornadas de Bienestar emocional en el ámbito educativo, en la que participaron tanto expertos en los contenidos de salud mental como los técnicos y representantes de las comunidades autónomas, en un espacio para la difusión y el intercambio de información sobre las actuaciones puestas en marcha en materia de bienestar emocional.

Con la intención de mejorar los recursos prácticos para la intervención, el programa contempla, además:

- Actuaciones relacionadas con elaboración de herramientas, instrumentos, repositorios de recursos, materiales y programas:
 - Estos recursos, una vez elaborados, estarán al servicio de los miembros de la comunidad educativa, de las familias y de los miembros del colectivo socio-sanitario.
 - Versarán sobre el cuidado y la promoción del bienestar emocional y de la salud mental en los centros educativos.

Por último, el programa contempla:

- Actuaciones relativas a la incorporación de recursos humanos para la atención de los problemas de salud mental en el ámbito escolar.
 - Se considera fundamental que los centros educativos puedan acceder al personal cualificado necesario para la gestión, orientación y apoyo en este tipo de intervenciones, siendo este perfil tan altamente especializado que se ha considerado importante contemplar estas incorporaciones como una importante actuación dentro del Programa de Cooperación Territorial.

Dentro de las iniciativas del Ministerio por la mejora de las condiciones emocionales en los centros educativos, además de este programa, se están llevando a cabo iniciativas

específicas desde los diversos Grupos de Trabajo liderados por el MEFP, ya sean de los derivados del trabajo con las Comunidades Autónomas o derivados de órganos colegiados, como el Observatorio Estatal de Convivencia Escolar.

Así, se están trabajando en una serie de contenidos, entre la administración educativa nacional, las administraciones autonómicas y los representantes de la sociedad civil. Destacan:

- Planteamientos y respuestas ante los problemas más acuciantes (protocolos de atención ante conductas autolíticas, ideación suicida, adicciones...).
- Instrumentos o experiencias que, como buenas prácticas, contribuyan a la atención del bienestar emocional y salud mental en el ámbito educativo, fundamentalmente a través de las respuestas que desde los centros se puedan ofrecer.
- Publicaciones, como la guía del Coordinador o coordinadora de bienestar y protección en la comunidad escolar, que acaba de ser publicada, y que orienta a los centros en las actuaciones tanto de esta figura, como del resto de equipo educativo o las Recomendaciones para trabajar la ciberconvivencia en los centros educativos realizadas desde el Observatorio Estatal de la Convivencia Escolar.
- Y también, espacios para el debate y eventos de visibilización, como son las jornadas ya comentadas, llevadas a cabo el 6 de octubre de 2022, que permitieron conocer de cerca y de la mano de los agentes implicados diferentes experiencias prácticas, así como reflexiones clave para el bienestar emocional y la salud mental.

Para el desarrollo de todas estas actuaciones del programa de cooperación territorial, el Ministerio ha dotado a las comunidades autónomas con cinco millones de euros, con cargo a la aplicación de los Presupuestos Generales del Estado para el ejercicio 2022, que se han repartido de acuerdo a estos criterios de distribución:

- Nº de alumnos y alumnas del tercer ciclo de Educación Primaria escolarizados en centros sostenidos con fondos públicos. Curso 2019-2020. **Ponderación 30%.**
- Nº de alumnos y alumnas de Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Formación Profesional de Grado Medio escolarizados en centros sostenidos con fondos públicos. Curso 2019-2020. **Ponderación: 60%**
- Dispersión de la población e insularidad, según las cifras oficiales de población de los municipios españoles: Revisión del Padrón Municipal a 1 de enero de 2021 del Instituto Nacional de Estadística. Porcentaje de población en entidades singulares de población menores de 5.000 habitantes, se incluye la población completa de las siguientes islas: Ibiza, Formentera, Menorca, Lanzarote, Fuerteventura, La Gomera, El Hierro y La Palma. **Ponderación 10%.**

Quedando, finalmente, un reparto con estas cantidades:

COMUNIDAD AUTÓNOMA	AÑO 2022
ANDALUCÍA	972.997,00
ARAGÓN	156.340,00
ASTURIAS (Principado de)	117.494,00
BALEARS (las Illes)	154.658,00
CANARIAS	258.263,00
CANTABRIA	103.719,00
CASTILLA Y LEÓN	258.143,00
CASTILLA-LA MANCHA	261.553,00
CATALUÑA	806.696,00
COMUNITAT VALENCIANA	546.359,00
EXTREMADURA	154.080,00
GALICIA	297.987,00
MADRID (Comunidad de)	640.311,00
MURCIA (Región de)	211.610,00
RIOJA (La)	59.790,00
TOTALES	5.000.000,00

A fecha de hoy, las comunidades autónomas han comenzado con la ejecución de sus proyectos con una amplia variabilidad de temáticas, ajustando sus actuaciones a las líneas que propone el programa, adaptándose a sus necesidades particulares y a la idiosincrasia de cada territorio. A modo de ejemplo, podríamos enumerar algunas actuaciones de las comunidades autónomas relacionadas con:

- El **incremento de recursos humanos**, mediante el fortalecimiento o creación de equipos de Orientación Educativa en Convivencia Escolar, o equipos de intervención presencial, para la coordinación en situaciones de emergencia, entre otros.
- La **formación**, sobre convivencia a equipos directivos y coordinadores de bienestar; sobre programas y jornadas de formación del profesorado en salud mental y bienestar

emocional; sobre duelo, atención domiciliaria y hospitalaria; o sobre bienestar emocional de alumnado vulnerable. Pero no solo encontramos actuaciones de formación para el profesorado sino también a alumnado y familias, en contenidos asociados a internet segura, adicción a pantallas, prevención de pertenencia a grupos violentos juveniles, abusos sexuales o conductas aditivas, entre otras temáticas.

- Respecto a la **divulgación de buenas prácticas**, encontramos propuestas interesantes, como son jornadas de buenas prácticas, difusión de materiales, convocatorias de premios, la creación de un sello distintivo para *centros promotores de igualdad y convivencia positiva*, creación de webs, organización de un congreso regional salud mental y bienestar socioemocional o de un congreso de convivencia y bienestar emocional, entre otros.
- También se presentan muchas **actuaciones de sensibilización** como, por ejemplo, campañas de sensibilización y programas de prevención del acoso escolar, de la ideación suicida en el ámbito educativo, la promoción de la salud mental y bienestar emocional del alumnado o el fomento de las escuelas promotoras de salud.
- En cuanto a **convenios y colaboraciones**, encontramos coordinaciones con servicios sanitarios, con servicios de salud mental infanto juvenil o incluso la creación de una Red de Bienestar Emocional en Situaciones de Emergencia.
- Por último, respecto a actuaciones de **intervención, tenemos:** refuerzo de la atención al alumnado con trastorno mental y de la conducta, implantación de prácticas restaurativas como forma habitual de resolución de conflictos o seguimiento, evaluación y revisión de protocolos para la prevención, detección e intervención en casos de ideación suicida en el ámbito educativo.

Como se puede comprobar, la respuesta de las diferentes comunidades autónomas ha sido inmediata, muy positiva y creativa, mostrando así que es un tema prioritario en estos momentos en nuestras escuelas y que todos los profesionales que trabajamos en y para la educación estamos sensibilizados y concienciados respecto a la necesidad acuciante de mejorar el bienestar emocional del alumnado y también del profesorado.

Se espera que este **programa de cooperación territorial de Bienestar emocional en el ámbito educativo** contribuya de manera eficaz a la mejora de la calidad de vida de la comunidad educativa.

Finalmente, este año, se han convocado los [I Premios de bienestar emocional en el ámbito educativo](#), con una dotación de 116.000€ dirigidos a los centros educativos españoles sostenidos con fondos públicos que imparten las enseñanzas: Infantil, Primaria, Secundaria Obligatoria, Ciclos de Formación Profesional Básica y de Grado Medio, y enseñanza de Personas Adultas, que hayan desarrollado proyectos de actuaciones de promoción y cuidado del bienestar emocional, con el fin de reconocer el esfuerzo realizado por los centros educativos y su contribución a la mejora de la calidad de la educación. El plazo de presentación de solicitudes finalizó el día 24 de abril de 2023 y se presentaron **más de 300** centros educativos.

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL GOBIERNO VASCO

Aitor Albizu Intxausti y José Motoso Poncela

Introducción

La educación formal pretende desarrollar un conjunto de competencias en el alumnado que facilite el desarrollo de una vida ciudadana capaz de aprovechar una serie de oportunidades y crear otras solidariamente para acercarse a una vida digna, respetuosa con todas las personas diversas con las que convivir, potenciadora de bienestar personal a pesar de las limitaciones y mostrarse competente en diferentes desempeños laborales y sociales.

Cada vez estamos más convencidas y convencidos de que la escolarización es uno de los maravillosos experimentos sociales que nos hemos dotado como sociedad para ayudar a todo el alumnado a trascender las limitaciones de cada realidad social en la que le ha tocado vivir.

A pesar de muchos discursos, que nos hablaban de que la escuela tenía muy pocas posibilidades de ayudar a todo el alumnado, la investigación y las actuaciones educativas exitosas que configuran un extraordinario saber pedagógico, han mostrado que, a pesar de las muchas dificultades que hay que afrontar, la escuela puede ayudar a todo el alumnado, sea cual sea su condición de acceso.

Por eso, la escuela es una de las instituciones sociales que más esperanza e ilusión aporta a la sociedad. Las familias, los y las profesionales, los sistemas de asesoramiento, los y las gestoras y, en general, la política pública, son más conscientes de que la apuesta por una escuela inclusiva y promotora de la salud es una de las mejores inversiones que podemos hacer para construir una comunidad que garantice los cuidados y los aprendizajes que potencien competencia y talento para un progreso integral de la infancia y la adolescencia.

Decimos que todo esto debe ser aplicado desde una actuación multinivel, es decir desde una intervención universal dirigida a todo el alumnado y desde intervenciones de carácter selectivo e indicado dirigidas al alumnado con dificultades para gestionar su salud mental. Para responder a este reto mencionamos algunas de las actuaciones más relevantes en este ámbito que estamos desarrollando en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Iniciativa Bizikasi por la convivencia positiva y contra el acoso escolar

La escuela es el medio natural en el que la socialización juega un papel fundamental en el desarrollo cognitivo y socioemocional de las alumnas y alumnos y que tiene un peso muy importante en el desarrollo social futuro de las personas. Puede aportar un entorno seguro y predecible necesario para potenciar la competencia emocional de las niñas, niños y adolescentes. Para ello es imprescindible que en el ámbito escolar se dé un aprendizaje de las competencias sociales y emocionales.

Crear un clima adecuado en el aula impulsa una convivencia positiva y en consecuencia proporciona un espacio adecuado y propicio para el bienestar emocional de las y los alumnos.

La iniciativa Bizikasi pretende reflexionar sobre la práctica educativa en este ámbito y habilitar desde el contraste y la aportación responsable el suelo común que permita la creación de un constructo que haga frente sistemática y educativamente al acoso escolar y que promueva dinámicas de convivencia positiva que impidan la aparición de cualquier tipo de violencia. Bizikasi integra muchas de las actuaciones y programas específicos que los centros educativos vascos han venido realizando y realizan en la actualidad para el desarrollo de la convivencia educativa y la erradicación del acoso.

A su vez, la iniciativa Bizikasi ofrece de forma universal un currículum socioemocional para la promoción del bienestar emocional del alumnado, porque la convivencia tanto desde lo personal como desde lo colectivo posibilitará entre otros, mejorar el funcionamiento de la escuela y convertirla en un espacio seguro donde el alumnado se sienta parte de él. Un espacio en el que se pueda trabajar el desarrollo emocional y la adquisición de habilidades sociales y valores morales necesarios para compartir la experiencia de la vida, desde la defensa de la dignidad de todas las personas, la equidad, la inclusión y el respeto mutuo. Un espacio que promueva el sentido de pertenencia y la participación activa.

Alumnado vulnerable. Enfoques estratégicos para la creación y desarrollo de programas

Son dos los enfoques estratégicos que nos han guiado para crear y desarrollar programas y acciones con el alumnado vulnerable: el marco de la escuela inclusiva y la apertura de la escuela a la colaboración con otras y otros profesionales y con la comunidad.

Plan Marco para el Desarrollo de una Escuela Inclusiva

Disponemos del Plan Marco para el Desarrollo de una Escuela Inclusiva (2019), todavía vigente. En este documento delimitamos qué entendemos por escuela inclusiva y cuáles son las decisiones clave que debemos tomar para acercarnos a una comunidad educativa inclusiva de la que se beneficie todo el alumnado.

Así el documento afirma que: *la escuela inclusiva es aquella que garantiza no sólo que todo el alumnado tenga acceso a una educación de calidad, sino que además pretende que la totalidad del alumnado alcance el mayor nivel de desarrollo de las competencias para la vida.* La escuela persigue el desarrollo de competencias para todo el alumnado, incluido el que más necesidades educativas muestra.

El documento profundiza en las implicaciones de la escuela inclusiva: *supone, en la práctica, trasladar el eje de la respuesta educativa, hasta ahora focalizada únicamente en las*

condiciones personales del alumnado, al contexto escolar ordinario. En definitiva, la inclusión tiene que ver con acceso y participación y la escuela inclusiva es la que asume el principio del respeto y reconocimiento a la diferencia del alumnado y que se organiza de forma flexible para responder a esa diversidad y promover aprendizajes de éxito para todos. No pretendemos crear entornos de aprendizaje y contextos educativos diferenciados del espacio común de la convivencia y del aprendizaje, sino garantizar una respuesta educativa, con la flexibilidad necesaria, desde el respeto a la dignidad de todas las personas y la búsqueda común del progreso para todo el alumnado. Se trata de la mejor aportación de la escuela a la equidad y a la justicia social.

Este plan introduce las intenciones básicas de cómo entender la apertura de la escuela a la comunidad afirmando: *tanto la administración educativa, que debe establecer el marco normativo necesario, como los propios centros educativos, deben desarrollar iniciativas innovadoras de colaboración con los agentes sociales, sanitarios y los del llamado “tercer sector”, que tengan al alumnado como destinatario de sus actuaciones.* Constatamos que la escuela no puede afrontar estos retos únicamente con su intervención y sin la colaboración de la comunidad en su acepción más amplia.

Los ejes estratégicos en torno al que se articulan los objetivos del plan son los siguientes:

- La convivencia como eje vertebrador de una escuela diversa para una sociedad cohesionada.
- Las actuaciones estructurales para la promoción y el desarrollo de culturas, políticas y prácticas inclusivas.
- La autonomía y responsabilidad del centro educativo como el espacio donde las políticas y las prácticas se precisan y se contextualizan.
- La comunidad educativa y la de aquellos sistemas que colaboran igualmente en la consecución del bienestar psicosocial del alumnado, esto es, el sistema social y el sistema sanitario.

Colaboración con otros sistemas y otros profesionales y la comunidad

En continuidad con la intención del Plan Marco para el Desarrollo de una Escuela Inclusiva, la apertura a la comunidad por parte de la escuela para amplificar la capacidad y la eficacia en la respuesta a las necesidades educativas de este alumnado nos está llevando a perfilar un marco para la colaboración interprofesional y el desarrollo de actuaciones integradas³⁶.

³⁶ Cefai y otros, 2021 (Documento preparado para la Unión Europea). Recomendación 8: Apoyo intersectorial basado en la escuela para estudiantes con necesidades de salud mental. La salud mental es un fenómeno polifacético, y las escuelas deben trabajar con otros sectores y organismos para ofrecer intervenciones específicas a los alumnos con dificultades, empezando lo antes posible. Una estrecha colaboración intersectorial y transdisciplinar con los servicios sanitarios, los organismos de salud mental, los servicios sociales y otros servicios afines, en el que participen todas las partes interesadas, incluidos los padres y los propios alumnos.

Las evidencias que la investigación nos proporciona están a favor de la continuidad educativa y de cuidados entre la comunidad y la escuela. Esto solo es posible alcanzar con la presencia y colaboración de profesionales de otros espacios y de las personas que están en los contextos de vida en el que se desenvuelve el alumnado.

Crear comunidad educativa es conseguir generar colaboración entre sus miembros. En la medida en que el alumnado, el profesorado, las familias y otros profesionales están más vinculados, aumentan las posibilidades de contar con una intervención sistémica lo que conlleva a la promoción del bienestar emocional al alumnado.

Este trabajo conjunto nos permite superar una visión exclusivamente clínica de la salud mental de las y los menores y, al mismo tiempo, trabajar sobre los contextos sociales, y más concretamente en la escuela, lugar donde se da la socialización de las y los alumnos.

Así se han desarrollado actuaciones y programas diferentes para dar respuesta a diversas necesidades asociadas a las dificultades con la salud mental del alumnado.

Marco general de colaboración Educación-Salud mental. Documento de consenso, abril de 2018

Después del trabajo realizado por un equipo mixto de profesionales se pusieron las bases para facilitar la comunicación y la colaboración entre los dos sistemas Salud Mental-Educación. El objetivo principal consiste en:

Intensificar la coordinación entre el espacio educativo y clínico para llegar a acuerdos básicos en el ámbito interterritorial en relación con los procesos a seguir, qué información relevante y en qué forma se puede integrar los dos sistemas para mejorar la atención a la población infantil.

De tal forma que se llegó a los siguientes consensos básicos:

- Respeto a los ámbitos de intervención.
- Accesibilidad interprofesional.
- Ordenar y comunicar los circuitos propios.
- Consenso en intercambio de informes.
- Participación de las familias.

Es esencial que estas intervenciones intersectoriales sean lo más accesibles, receptivas, apropiadas y equitativas posible. El papel clave de las escuelas en movilizar y coordinar el apoyo a los estudiantes y las familias también garantiza que los servicios sean más accesibles y desestigmatizadores, y que puedan vincularse con otros apoyos disponibles en la escuela, como los universales y los selectivos. (Traducción libre del texto en inglés).

- Conocimiento mutuo de los instrumentos de valoración psicopedagógica y diagnóstico clínico.
- Sistemática en los encuentros Salud mental y Centros de asesoramiento del profesorado.
- Creación de una comisión mixta Salud Mental-Educación.

En el documento se desarrolla la forma en que se va a plasmar cada acuerdo mencionado. La comisión mixta Salud Mental-Educación realiza un seguimiento sobre la aplicación del marco de colaboración, valorando el nivel de generalización de su aplicación y el respeto a los procedimientos establecidos, la responsabilidad concreta de cada agente involucrado, además de sus aportaciones críticas, las dificultades surgidas...

Centros territoriales para la Atención Educativa Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativa (OET-H)

Fueron creados por el Decreto 266/2006, unificando en un único centro (por territorio histórico) servicios que antes funcionaban por separado. Consiste en un Servicio de Apoyo para atender a alumnado enfermo que por causas de su enfermedad no pueden acudir a su centro escolar de referencia. Los tres ámbitos son: Atención Domiciliaria y Atención Hospitalaria (que ya funcionaban con anterioridad) y se crean las Unidades Terapéutico Educativas.

Son centros de carácter inclusivo que buscan la integración del alumnado en su centro escolar de referencia, pero con espacios propios de intervención mientras se supera la convalecencia.

a. Características generales del Servicio de Apoyo

Todo el alumnado está matriculado en su centro escolar de referencia. Implicaciones: los objetivos de aprendizaje, materiales y, en la medida de lo posible, las actividades son las mismas que se trabajan en el centro de referencia del alumnado. La evaluación es responsabilidad del equipo docente de su propio centro. Y las acciones que se pueden realizar para su normalización escolar están orientados al proceso de reconexión e integración en su centro educativo.

La presencia del personal sanitario es permanente en los tres ámbitos mencionados y depende de la decisión clínica para iniciar, continuar y finalizar los pasos de la normalización escolar.

En todos los ámbitos, para el alumnado que se considere necesario, se desarrollan con más o menos intensidad actuaciones integradas que se concretan en la formación de equipos interprofesionales, con la autorización de las familias, para optimizar la intervención.

b. Ámbitos:

Atención Pedagógica Domiciliaria

Servicio para el alumnado con enfermedad mental o física que al menos durante un mes no puede acudir a su centro escolar y siempre con informe médico justificando la imposibilidad de asistir.

Dirigido al alumnado que está en la Enseñanza Básica con hora y media de clase diaria para Primaria y dos horas diarias para Secundaria Obligatoria.

Se destina profesorado expresamente para la realización de dicha función, asumiendo distintos ámbitos o varias áreas.

El espacio habitual de docencia es la casa u hogar de cada menor, siempre con algún adulto presente, además del profesorado.

En los últimos años está aumentando de forma significativa el alumnado con problemas graves de salud mental. Entre estos casos destacan: fobias sociales, trastornos del apego, traumas y recuperación de crisis psicóticas.

Preocupa especialmente los casos que llamamos de aislamiento social, donde prácticamente no hay más contacto social que con la familia o actividades relacionadas con el entorno familiar cercano.

El hecho de formar parte del mismo Servicio de Apoyo, facilita la coordinación y la atención hacia el alumnado cuando la situación se agrava, pudiendo proponer el paso a la Unidad Terapéutica Educativa.

Para implementar una inclusión integral el servicio ofrece una respuesta flexible, respondiendo así a las diferentes necesidades del alumnado al que va dirigido. Así ofrece (siempre con la autorización de la familia y la aceptación del alumno o alumna e indicación clínica): espacios diversos (centros cívicos, bibliotecas...), aproximación progresiva al centro escolar y después al aula, atención domiciliaria un tiempo a la semana o al día y el otro tiempo en el centro. Espacio digital de contacto (videoseSIONES con el centro, aplicación digital del centro), visitas de alumnado amigo o del propio tutor o tutora a casa, etc.

Unidad Terapéutica Educativa

Además del Decreto de creación, esta Unidad también se rige por el convenio de colaboración entre Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) y el Departamento de Educación de mayo de 2008.

El personal de la Unidad pertenece a Educación cuatro profesoras o profesores (normalmente Profesora o profesor Técnico de Taller, Pedagogía Terapéutica y Coordinadora o Coordinador Educativo), dos Especialistas de Apoyo Educativo. Y la otra parte al Servicio Vasco de Salud (Psicóloga o Psicólogo clínico, Enfermería especialidad Salud Mental y Psiquiatra a media jornada).

El alumnado es derivado por necesidades intensivas de terapia y es necesaria la autorización de la familia y la aceptación de la propia alumna o alumno. La permanencia en el servicio está diseñada para atender entre tres y seis meses o un año como máximo. El alumnado puede tener entre 8-12 años (UTE de Primaria) o 12-16 años (UTE secundaria).

Además, debe haber un acuerdo previo entre la asesoría de Apoyo a la Inclusión (Centro de Asesoramiento al profesorado) referente del centro escolar del alumno o alumna y el profesional clínico de referencia en el Centro de Salud Mental Infanto juvenil. Posteriormente una comisión técnica decide su integración o no.

Los criterios de inclusión, tal y como los establece el convenio son una mezcla de condiciones y de características del alumnado paciente: patología mental grave, importante dificultad de adaptación educativa, familiar y social y no estar diagnosticado con retraso mental.

La intervención educativa está definida en un Plan de Actuación Personalizado, con la participación del equipo clínico sanitario y en ciertos casos, social. De esta manera, se considera una actuación integrada de calidad, la coordinación entre educación, el ámbito sanitario y en los casos que fuera necesario, el ámbito social de una forma permanente y continua.

Desde el inicio se trabaja con el objetivo de construir una transición a entornos más normalizados, clínicos y escolares y dependiendo de la gravedad, los objetivos se diseñan en diferente grado. Para ello, se desarrollan distintas y diversas modalidades de atención y actuaciones para facilitar el aumento de autonomía de la alumna o alumno/paciente y para la aproximación progresiva al centro escolar.

Podemos destacar el programa **Jarraituz** en las UTEs (Primaria y Secundaria) de Bizkaia que buscan crear puentes para ayudar al alumnado a su incorporación educativa normalizada una vez que empieza la última fase de estancia en la propia UTE.

Atención educativa hospitalaria. Psiquiatría

Disponemos de aulas hospitalarias de Pediatría (P) o de Psiquiatría (Ps) en los hospitales de las capitales del País Vasco, así como personal educativo en los Hospitales de Día para adolescentes (PS) que está creando el Servicio Vasco de Salud. Este personal educativo también está en el claustro de los centros OET-H.

En relación a las unidades de psiquiatría, normalmente están formadas por una o un profesional de Pedagogía Terapéutica y puede haber otros profesionales educativos (profesorado de área, de forma transitoria, y profesorado orientador).

La atención educativa tiene que ser autorizada por el/la psiquiatra, pero se acuerdan con Educación (profesorado) las condiciones en las que se atenderá.

Las atenciones hospitalarias no tienen límite estipulado, pero la tendencia es que la estancia se acorte cada vez más. De esta manera, puede haber ingresos desde unos pocos días hasta unos cuantos meses (estos son muy excepcionales). Los Planes de Actuación Personalizado estarán indicados para las estancias medias o largas.

Se ha llevado a cabo una evaluación amplia y profunda del funcionamiento de estos centros tal y como indicaba el Plan para el Desarrollo de una Escuela Inclusiva y éstas han sido las conclusiones y acciones más relevantes que se están llevando a cabo en la actualidad:

- Como centro.
 - Elaboración de un documento para estandarizar la organización y funcionamiento en los tres centros territoriales una vez identificadas las dimensiones más problemáticas.
- Como Unidad Terapéutica Educativa (UTE):
 - Unificar los criterios de inclusión y exclusión clínica y educativa para identificar el perfil del alumnado al que va dirigido el servicio.
 - Elaboración de un modelo de Plan de Actuación Personalizado donde se concrete la intervención terapéutico-educativa de forma conjunta. La realización del plan pretende lograr la participación del centro escolar de referencia, de la familia, del equipo de salud de la UTE y de la propia alumna o alumno en el diseño de su intervención.
 - Establecer los procedimientos mínimos de coordinación en cuanto a contenidos y tiempos de todos los agentes que están interviniendo con el alumnado.
- Atención Pedagógica Domiciliaria para con el alumnado con necesidades educativas asociadas a Salud Mental.
 - Más medidas en el momento previo a la activación del servicio. Con la finalidad de agotar las posibilidades de intervención en los centros escolares, con mayor implicación en la decisión del referente clínico del Centro de Salud Mental Infanto juvenil.
 - Medidas para el mejor aprovechamiento de la intervención educativa domiciliaria.
 - Intensificar el carácter inclusivo del servicio por medio de una mayor conexión con el centro educativo de referencia y en la aproximación progresiva al centro escolar al término de la intervención educativa domiciliaria.

Intervención con alumnado con dificultades de regulación del comportamiento asociado a salud mental en contexto natural

- Programa Osatuz

El Consorcio para la Educación Compensatoria financiado por el Gobierno Vasco y la Diputación Foral de Bizkaia es responsable de varios programas entre los que se encuentra Osatuz.

Se trata de una intervención global y conjunta en el espacio socio-sanitario-educativo basado en un sistema de coordinación de distintos agentes implicados en los casos: terapeuta (aportado por la empresa de iniciativa social Lagungo), asesoría de Apoyo a la Inclusión, profesionales del ámbito social, ámbito sanitario y docentes que intervienen con la alumna o alumno. El alumnado es de la Enseñanza Básica y permanece en su centro educativo

- Pilotaje en centros

Actualmente, se está llevando a cabo en diez centros educativos de la Comunidad Autónoma un pilotaje con alumnado de estas características. Con el objetivo de mantener al alumnado en su centro educativo de referencia, se ha diseñado un marco global de intervención de carácter inclusivo. El objetivo principal del pilotaje es determinar las acciones e intervenciones integrales más relevantes que influyen en la mejora del ajuste personal y escolar del alumnado, involucrando para ello a todos los agentes que intervienen con la o el alumnado generando espacios de trabajo conjuntos.

Estrategia de Prevención, Intervención y Posvención de la Conducta Suicida en el Ámbito Educativo. 2022

El Departamento de Educación ha elaborado esta estrategia para la respuesta educativa al alumnado que muestra conductas suicidas. Miembros del Departamento de Educación, junto con profesionales del Servicio Vasco de Salud y profesores de la Universidad del País Vasco han colaborado en la elaboración de esta Estrategia, desarrollando una de las medidas para el ámbito educativo que propone la Estrategia de Prevención del Suicidio (2019) realizada por el Servicio Vasco de Salud.

Pretende ser una guía para los centros escolares con la finalidad de dar una mejor respuesta educativa a la conducta suicida basada en evidencias.

Esta iniciativa pretende convertirse en la movilizadora de un conjunto de actuaciones sucesivas para intervenir en este ámbito, relacionadas con la difusión, la formación, la capacitación de la comunidad educativa y el desarrollo de experiencias-piloto. En definitiva, crear una cultura de prevención del suicidio que integre a toda la comunidad educativa. Para ello, es necesario implicar a personal escolar, el alumnado y a las familias y fomentar la integración y la participación de todos los agentes que intervienen en la vida del alumnado.

El centro escolar es un entorno ideal para la prevención, intervención y apoyo. En la medida en que la conducta suicida es multifactorial, debemos tener en cuenta diferentes variables de riesgo. Por ello, con interacciones ricas y ayudando en el proceso de socialización, podemos ayudar al alumnado que se encuentra en esta situación. Trabajar el sentimiento de pertenencia, construir la escuela que mira y cuida, y la disposición a colaborar, contribuyen a reducir el malestar del alumnado.

En este sentido la iniciativa Bizikasi incluirá en el curso 2023-24 un módulo específico sobre la prevención del suicidio a través de los programas de aprendizaje socioemocional en el que se trabajaran aspectos como la promoción de la salud mental, la reducción de mitos y concepciones erróneas sobre el suicidio, el aprendizaje de la identificación de las señales de alarma relacionadas con la conducta suicida, y la promoción de las estrategias de búsqueda de ayuda.

Estrategia de Atención Socio-sanitaria de Euskadi 2021-2024

Liderada por el Departamento de Salud, desde hace más de 25 años, se ha concretado una serie de iniciativas de colaboración entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales y EUDEL (Asociación de Municipios Vascos) para el desarrollo de la atención socio-sanitaria. Educación siempre ha estado presente en estos compromisos de tal forma que en este último documento se afirma:

“El desarrollo de la atención temprana en la CAV sienta sus bases en el decreto 13/2016, de 2 de febrero, de intervención integral en Atención Temprana en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Dicho decreto estructura y orienta la actuación coordinada de las diferentes instituciones implicadas en la atención de los niños y niñas con necesidades especiales y sus familias. No obstante, se debe profundizar en la atención sociosanitaria-educativa que va más allá de la atención temprana³⁷. La educación es un valor fundamental para las sociedades desarrolladas como motor de progreso y cambio social que se extiende hasta los dieciséis años (en el caso de la educación secundaria obligatoria) o, hasta los veintidós años, en el caso de completarse con estudios universitarios. Por este motivo, a través de este proyecto se promoverán acciones encaminadas a estrechar la coordinación en el ámbito de la salud, los servicios sociales y la educación de la población infantil y juvenil de la CAV. (Pág. 71)”.

El impulso de la atención sociosanitaria ha sido el germen de la creación de equipos interprofesionales locales para establecer protocolos de colaboración. Entre estos encontramos lo concretado para con el alumnado con dificultades de gestión de salud

³⁷ La atención temprana promueve la estimulación de niños y niñas con necesidades especiales de desarrollo entre los 0 y los 6 años. La atención sociosanitaria educativa por su parte, se orienta a dar respuesta a la atención de las necesidades complejas que presentan niños y niñas en edades pediátricas, (una vez superados los 6 años de edad).

mental. También la intervención integral en Atención Temprana, como se ha mencionado arriba.

Además, este marco es el paraguas para la escuela y el resto de agentes que da cobertura a los intentos de creación de equipos y programas interprofesionales y trabajar con la comunidad. También ha sido de inspiración la creación de equipos interprofesionales creados, porque los diferentes Sistemas (Salud, Socioeducativo, Social o Educativo) han visto la necesidad de coordinar la intervención para con alumnado con dificultades en la salud mental.

Todas las acciones e iniciativas explicadas en este texto responden a la convicción de que la escuela no puede enfrentarse sola a los retos que plantean las dificultades relacionadas con la salud mental de los menores y la respuesta a sus necesidades. El desarrollo de múltiples intervenciones interdisciplinares busca desarrollar la Atención Integrada necesaria. Así ampliamos los espacios de intervención, garantizando la continuidad coherente e integral en los cuidados, en los aprendizajes, en el bienestar y en la participación de todo este alumnado y sus familias, siempre desde una clara perspectiva inclusiva.

Bibliografía

- AAVV (2008). *Guía para las administraciones educativas y sanitarias. Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo*. Madrid: MEPSYD y MEC.
- Cefai, C., Simões, C. and Caravita, S. (2021) “A systemic, whole-school approach to mental health and wellbeing in schools in the EU” NESET report, Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi: 10.2766/50546. <https://nesetweb.eu/en/reports/analytical-reports/>
- Consejo Escolar de Euskadi (2022). *La educación en Euskadi. Informe 2019-2021*. <https://consejoescolardeuskadi.hezkuntza.net/es/>
- Departamento de Educación del Gobierno Vasco (2018). *Iniciativa Bizikasi por la convivencia positiva y contra el acoso escolar*. <https://bizikasi.euskadi.eus/es/inicio>
- Departamento de Educación del Gobierno Vasco (2018). *Plan Marco para el Desarrollo de una Escuela Inclusiva 2019-2022*. <https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/diversidad-inclusion/>
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco (2021). *Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024*. <https://www.euskadi.eus/documentacion/2021/estrategia-de-atencion-sociosanitaria-de-euskadi-2021-2024/web01-a2zesosa/es/>

- Departamento de Educación, Gobierno Vasco (2022). *Estrategia de Prevención, Intervención y Posvención de la conducta suicida*. <https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/diversidad-inclusion/>
- Fernández-Villardón, Aitana; Álvarez, Pilar; Ugalde, Leire; Tellado, Itxaso (2020). *Fostering the Social Development of Children with Special Educational Needs or Disabilities (SEND) through Dialogue and Interaction: A Literature Review*. Soc. Sci. 2020, 9 (6), 97; <https://doi.org/10.3390/socsci9060097>
- Flecha, R., Puigvert, L., and Racionero-Plaza, S. (2023). *Achieving student well-being for all: Educational contexts free of violence*, NESET report, Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi: insert number. doi: 10.2766/46385 <https://nesetweb.eu/en/reports/analytical-reports/>
- García-Carrión, Rocío; Villarejo-Carballido, Beatriz; Villardón-Gallego, Lourdes. "Children and Adolescents Mental Health: A Systematic Review of Interaction-Based Interventions in Schools and Communities". En *Frontiers Psychology* 24 April 2019. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00918/full>
- Lezkano Barbero, F. (2013). "Alumnado con enfermedad mental. La asignatura pendiente". En *Revista Educar*, vol. 49/2 pp. 245-266. <https://educar.uab.cat/article/view/v49-n2-lezkano>
- Lucas-Molina Beatriz y Giménez-Dasi, Marta, compl. (2019). *La oportunidad de la escuela. Promoción de la salud, a través de programas de intervención en contexto educativo*. Madrid: Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Salud mental en infancia y adolescencia* https://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/
- Osakidetza, Gobierno Vasco (2019). *Estrategia de Prevención del suicidio en Euskadi*. <https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/documentacion/2019/estrategia-de-prevencion-del-suicidio-en-euskadi/>
- Ubieto, J. R. (2009). *El trabajo en red. Usos posibles en Educación, Salud Mental y Servicios Sociales*. Barcelona: Gedisa.

FUNDACIÓN 1º DE MAYO

Instituto de Estudios Educativos y Sindicales

www.1mayo.ccoo.es

