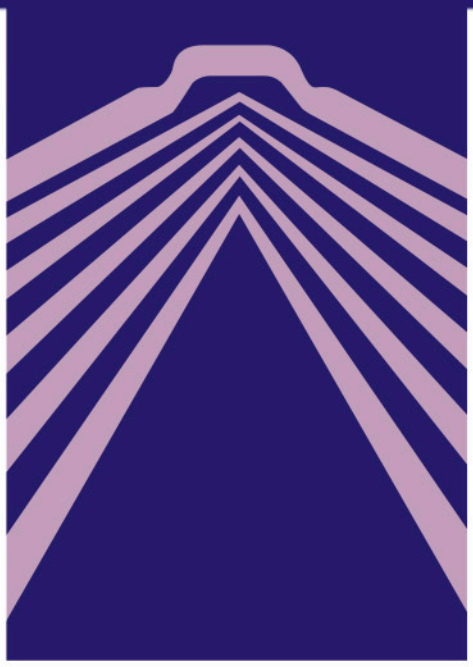


Salud mental en contextos educativos

Eduardo Fonseca-Pedrero
Susana Al-Halabí
(Coords.)

PSICOLOGÍA

PIRÁMIDE

Salud mental en contextos educativos

Coordinadores

EDUARDO FONSECA-PEDRERO

CATEDRÁTICO DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

SUSANA AL-HALABÍ

PROFESORA TITULAR DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Salud mental en contextos educativos

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Edición en versión digital

Reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaren, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier otro medio, sin la preceptiva autorización.

© Eduardo Fonseca-Pedrero (Coord.)
Susana Al-Halabí (Coord.)
© Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2025
Valentín Beato, 21. 28037 Madrid
Teléfono: 91 393 89 89
www.edicionespiramide.es
ISBN: 978-84-368-5037-6

Relación de autores

Susana Al-Halabí
Universidad de Oviedo.

David Álvarez-García
Universidad de Oviedo.

Luis I. de Amores Cabello
Clínica Atentos Psicología, Sevilla.

Débora Areces
Universidad de Oviedo.

Enrique B. Arranz Freijo
Universidad del País Vasco.

Alejandra Barreiro Collazo
Universidad Internacional de La Rioja.

Florencia Barreto-Zarza
Universidad del País Vasco.

Elisardo Becoña Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela.

Gloria Bellido Zanin
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Natàlia Calvo Piñero
Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.

Antonio Cano Vindel
Universidad Complutense de Madrid.

José Luis Carballo
Universidad Miguel Hernández de Elche.

Rebeca Cerezo
Universidad de Oviedo.

Ainhoa Coloma-Carmona
Universidad Miguel Hernández de Elche.

Francisco Cruz Quintana
Universidad de Granada.

Adriana Díez Gómez del Casal
Universidad de La Rioja.

Ileana Enesco
Universidad Complutense de Madrid.

Dalila Eslava
Universidad de Zaragoza.

Raquel Falcó
Universidad de La Rioja.

Manuel Fernández Alcántara
Universidad de Alicante.

Rubén Fernández-Alonso
Universidad de Oviedo.

Sergio Fernández-Artamendi
Universidad de Sevilla.

© Ediciones Pirámide

María del Mar Fernández-Cuerva
Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Antonio Fernández-Parra
Universidad de Granada.

Marc Ferrer Vinardell
Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.

Eduardo Fonseca-Pedrero
Universidad de La Rioja.

Teresa Gallego Álvarez
Universidad de Cantabria.

Mario Gálvez Lara
Universidad de Córdoba.

Maite Garaigordobil
Universidad del País Vasco.

Julia García-Escalera
Universidad Nacional de Educación a Distancia.

María Paz García-Vera
Universidad Complutense de Madrid.

Laura E. Gómez Sánchez
Universidad de Oviedo.

Elena Govorova
2e: Estudios, Evaluaciones e Investigación, Asturias.

Silvia Guerrero
Universidad Complutense de Madrid.

Elena de la Guía Giménez
2e: Estudios, Evaluaciones e Investigación, Asturias.

Verónica M. Guillén Martín
Universidad de Cantabria.

Andrea Gutiérrez García
Universidad de La Rioja.

Ana López Durán
Universidad de Santiago de Compostela.

Beatriz Lucas Molina
Universitat de València.

Patricia Macía Guerrero
Universidad del País Vasco.

Carmela Martínez Vispo
Universidad de Santiago de Compostela.

Víctor Martínez-Loredo
Universidad de Sevilla.

José Ramiro Martis Flórez
Universidad de Oviedo.

Inmaculada Montoya Castilla
Universitat de València.

Juan Antonio Moriana Elvira
Universidad de Córdoba.

José Muñiz
Universidad Nebrija.

Roger Muñoz Navarro
Universidad de Valencia.

Elena Navarro González
Universidad de Granada.

José Carlos Núñez Pérez
Universidad de Oviedo.

Montserrat Oriol Escudé
Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.

Alma Belén Pastor Ripoll
Centro Riojano de Innovación Educativa.

Alicia Pérez-Albéniz Iturriaga
Universidad de La Rioja.

Citlalli Pérez Gabarro
Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.

María Nieves Pérez Marfil
Universidad de Granada.

© Ediciones Pirámide

Marino Pérez-Álvarez
Universidad de Oviedo.

Silvia Postigo Zegarra
Universidad Europea de Valencia.

Amador Priede Díaz
Servicio Cántabro de Salud.

Maider Prieto Vila
Universidad Complutense de Madrid.

Damià Restoy Serrano
Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.

Celestino Rodríguez
Universidad de Oviedo.

Juan Fco. Rodríguez-Testal
Universidad de Sevilla.

Ángela Rosales Becerra
Universidad de Sevilla.

Bonifacio Sandín
Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Jesús Sanz
Universidad Complutense de Madrid.

Ana Sanz-García
Universidad Complutense de Madrid.

Konstanze Schoeps
Universitat de València.

Carla Sebastián Enesco
Universidad Complutense de Madrid.

Patricia Solís García
Universidad Internacional de La Rioja.

Natalia Suárez Fernández
Universidad de Oviedo.

Selene Valero Moreno
Universitat de València.

© Ediciones Pirámide

Índice

Agradecimientos 25

Prólogo 29

BLOQUE I
Introducción

1. Salud mental en contextos educativos: nuevos horizontes *(Eduardo Fonseca-Pedrero, Susana Al-Halabí, Marino Pérez-Álvarez y José Muñiz)* 35

1. Introducción 35
2. La salud mental en contextos educativos 39
   - 2.1. Delimitaciones conceptuales 39
   - 2.2. La naturaleza de lo psicológico 44
   - 2.3. Datos epidemiológicos 47
   - 2.4. A propósito de los factores de riesgo y los factores de protección 52
   - 2.5. La escuela promotora de salud 57
   - 2.6. Intervenciones psicológicas en contextos educativos 60
     - 2.6.1. Enfoque integral de salud mental en contextos educativos 61
     - 2.6.2. Programas de prevención multinivel: más allá del contexto educativo y los factores individuales 65
   - 2.7. Rescatando el papel de los determinantes sociales en salud mental 66
   - 2.8. El papel del profesional de la psicología en el contexto educativo 68
3. Modelos de salud mental 70
   - 3.1. Paradigma científico actual: más allá del DSM 70
   - 3.2. Modelo de redes 72
   - 3.3. Modelo fenomenológico-contextual 74
   - 3.4. Modelo de estadificación transdiagnóstica 76
4. La crisis de la salud mental infanto-juvenil: un creciente malestar en la sociedad del bienestar 77
   - 4.1. El espíritu de los tiempos 79
   - 4.2. Menos vulnerabilidad y más normalidad 84
   - 4.3. Prevención cuaternaria y primaria 87
5. El camino a seguir: del río al océano 89

Apartado A. Los consejos de la abuela 90

© Ediciones Pirámide

Apartado B. Caso práctico 91
Apartado C. Ejercicios prácticos 95
Apartado D. Enlaces web de interés 97
Referencias bibliográficas 98

2. Desarrollo psicológico: de la niñez a la adolescencia *(Carla Sebastián Enesco, Silvia Guerrero e Ileana Enesco)* 107

1. Introducción 107
2. Procesos psicológicos en la niñez y la adolescencia 108
   2.1. Función ejecutiva y autorregulación 109
      2.1.1. Estabilidad y cambio de la función ejecutiva 109
      2.1.2. Impacto del entorno sobre la función ejecutiva 111
   2.2. Cómo razonan niños y adolescentes 112
      2.2.1. El pensamiento concreto 112
      2.2.2. El pensamiento formal 113
      2.2.3. Pensar sobre el pensamiento: la importancia de la metacognición 114
3. El conocimiento de uno mismo 115
   3.1. Autoconcepto y autoestima 116
   3.2. Identidades sociales 118
   3.3. El papel de las redes sociales en la construcción de la identidad adolescente 120
4. El conocimiento del mundo 120
   4.1. Las fuentes de información y la organización del conocimiento 121
   4.2. El desarrollo de las nociones de salud y enfermedad 122
   4.3. El desarrollo de la noción de muerte 123
5. Razonamiento y conducta moral 124
   5.1. El desarrollo de la conducta prosocial 125
   5.2. Juicios sobre la equidad, igualdad y justicia 125
   5.3. La relación entre conducta y razonamiento moral 127
6. Conclusiones 127

Apartado A. Los consejos de la abuela 129
Apartado B. Caso práctico 129
Apartado C. Ejercicios prácticos 130
Apartado D. Enlaces web de interés 132
Referencias bibliográficas 133

3. Cultura de la prevención y criterios de calidad en la investigación *(Susana Al-Halabí y Eduardo Fonseca-Pedrero)* 137

1. Introducción: la prevención de los problemas psicológicos 137
   1.1. Tipos y niveles de prevención 140
   1.2. La cultura de la prevención 141
   1.3. Las intervenciones preventivas en entornos educativos 143
2. Consideraciones en la investigación en prevención comportamental 150
   2.1. Ciencia abierta en el campo de la prevención comportamental 150
   2.2. Desafíos éticos en la implementación de intervenciones preventivas 154
3. Estándares de calidad para la evaluación de los programas de prevención 155
   3.1. Aspectos transversales 155
   3.2. Evaluación de necesidades 156

© Ediciones Pirámide

3.3. Evaluación de recursos 158
3.4. Formulación del programa 158
3.5. Diseño de la intervención 161
3.6. Gestión y movilización de recursos 163
3.7. Aplicación y supervisión 165
3.8. Evaluación de proceso y resultados 166
3.9. Informe final 169
4. Conclusiones 169
Apartado A. Los consejos de la abuela 170
Apartado B. Caso práctico 171
Apartado C. Ejercicios prácticos 173
Apartado D. Enlaces web de interés 175
Referencias bibliográficas 176

4. Evaluación de la salud mental en contextos educativos *(Eduardo Fonseca-Pedrero, Raquel Falcó, Susana Al-Halabí y José Muñiz)* 181

1. Introducción 181
2. Evaluación de la salud mental 182
2.1. El proceso de evaluación 182
2.1.1. Doce cuestiones generales 182
2.1.2. Consideraciones psicométricas 186
2.2. El autoinforme 198
2.3. Entrevista 216
2.4. La observación sistemática 219
3. Perspectivas futuras 220
4. Conclusiones 222
Apartado A. Los consejos de la abuela 223
Apartado B. Caso práctico 225
Apartado C. Ejercicios prácticos 226
Apartado D. Enlaces web de interés 229
Referencias bibliográficas 229

5. Evaluación de programas: mejora continua de la calidad y la evaluación *(Rubén Fernández-Alonso, José Ramiro Martis Flórez, Elena Govorova y Elena de la Guía Giménez)* 237

1. Introducción 237
2. Elementos para una definición de la evaluación de programas 237
3. Brevísima historia de la evaluación de programas 239
4. Modelos de evaluación de programas 240
5. ¿Cómo evaluar un programa? 242
5.1. Definir el propósito y alcance de la evaluación 242
5.2. Elaborar el marco teórico-conceptual y las especificaciones del contenido 244
5.3. Seleccionar el tipo de evaluación 245
5.4. Seleccionar la metodología 245
5.4.1. Metodologías cuantitativas 245
5.4.2. Metodologías cualitativas 245
5.4.3. Metodologías multimétodo y modelos mixtos 246
5.4.4. Metodologías de acumulación de evidencias 246

© Ediciones Pirámide

5.5. Establecer el diseño 247
5.5.1. Formular la hipótesis del estudio 247
5.5.2. Seleccionar la muestra 247
5.5.3. El papel de las variables 249
5.5.4. Los diseños básicos en las evaluaciones con modelos mixtos 249
5.6. Recoger los datos y evidencias 250
5.6.1. Técnicas de recogida de datos 250
5.6.2. Ética en la recogida de datos 251
5.7. Analizar la información recabada 251
5.7.1. Análisis de datos cuantitativo 251
5.7.2. Análisis de datos cualitativo 252
5.8. Interpretar los resultados 253
5.8.1. Contextualizar y reflexionar sobre las evidencias 253
5.8.2. Formular las recomendaciones 254
5.9. Comunicar los resultados 255
5.10. Seguir mejorando: uso y seguimiento de los resultados 256
6. Conclusiones 256
Apartado A. Los consejos de la abuela 257
Apartado B. Caso práctico 257
Apartado C. Ejercicios prácticos 261
Apartado D. Enlaces web de interés 261
Referencias bibliográficas 262

BLOQUE II
Modelos de intervención psicológica

6. Principios comunes de los programas de intervención psicológica en contextos educativos *(Beatriz Lucas Molina, Adriana Díez Gómez del Casal y Alicia Pérez-Albéniz Iturriaga)* 269

1. Introducción 269
2. Escuela de calidad: inclusiva y promotora de salud 270
3. Características de la intervención psicológica en contextos educativos 273
4. En busca de los principios comunes 277
5. Conclusiones 290
Apartado A. Los consejos de la abuela 291
Apartado B. Caso práctico 293
Apartado C. Ejercicio práctico 294
Apartado D. Enlaces web de interés 295
Referencias bibliográficas 296

7. Modelos de desarrollo positivo *(Víctor Martínez-Loredo, Luis I. de Amores Cabello, Dalila Eslava y Sergio Fernández-Artamendi)* 303

1. Introducción: de los factores de riesgo a los factores de protección 303
2. Desarrollo positivo adolescente 305
2.1. Contexto y objetivos del desarrollo de competencias sociales: el modelo de las «5 Cs» 305
2.2. Competencia 308
2.2.1. Definición y evaluación 308

© Ediciones Pirámide

2.2.2. Desarrollo y fortalecimiento 309
2.3. Confianza 310
2.3.1. Definición y evaluación 310
2.3.2. Desarrollo y fortalecimiento 311
2.4. Conexión 311
2.4.1. Definición y evaluación 311
2.4.2. Desarrollo y fortalecimiento 312
2.5. Carácter prosocial 313
2.5.1. Definición y evaluación 313
2.5.2. Desarrollo y fortalecimiento 314
2.6. Cuidado 315
2.6.1. Definición y evaluación 315
2.6.2. Desarrollo y fortalecimiento 317
3. Conclusiones 318
Apartado A. Los consejos de la abuela 318
Apartado B. Caso práctico 318
Apartado C. Ejercicios prácticos 320
Apartado D. Enlaces web de interés 320
Referencias bibliográficas 321

8. Modelos de competencias socioemocionales *(Silvia Postigo Zegarra, Selene Valero Moreno, Konstanze Schoeps e Inmaculada Montoya Castilla)* 327

1. Introducción 327
2. Modelos de competencias emocionales 328
2.1. Modelo de inteligencia emocional de Mayer y Salovey 328
2.2. Modelo de inteligencia socioemocional de Bar-On 328
2.3. Modelo de inteligencia emocional *Six Seconds* 329
2.4. Modelo de competencias emocionales de Saarni 330
2.5. Modelo pentagonal de competencias emocionales 331
2.6. Modelo de tres niveles de la inteligencia emocional 333
2.7. Modelo CASEL 333
2.8. Modelo de educación socioemocional 334
2.9. Aspectos comunes a los modelos 335
3. Programas de educación socioemocional 337
3.1. Programas nacionales 337
3.2. Programas internacionales 344
3.3. Componentes principales de los programas SEL 348
4. Conclusiones 350
Apartado A. Los consejos de la abuela 352
Apartado B. Caso práctico 352
Apartado C. Ejercicios prácticos 353
Apartado D. Enlaces web de interés 356
Referencias bibliográficas 356

9. Modelos de convivencia e inclusión *(Alejandra Barreiro Collazo y David Álvarez-García)* 361

1. Introducción 361
2. Diversidad, convivencia e inclusión en el ámbito educativo 362
3. Medidas organizativas y curriculares para la convivencia y la inclusión 364

© Ediciones Pirámide

4. Medidas psicoeducativas para la convivencia y la inclusión 368
4.1. Contenidos para la educación en resolución de conflictos 369
4.2. Integración curricular 371
5. Conclusiones 372
Apartado A. Los consejos de la abuela 373
Apartado B. Caso práctico 374
Apartado C. Ejercicios prácticos 380
Apartado D. Enlaces web de interés 381
Referencias bibliográficas 382

10. Modelos de parentalidad *(Enrique B. Arranz Freijo, Patricia Macía Guerrero y Florencia Barreto-Zarza)* 385

1. Introducción 385
2. Familia y salud mental 386
2.1. Modelo teórico de las dimensiones de la parentalidad, promoción del desarrollo psicológico y salud mental a lo largo del ciclo vital 386
2.2. Familia y escuela: dos contextos educativos para la promoción del desarrollo psicológico saludable 392
3. Legislación y acción política en parentalidad positiva 393
3.1. La parentalidad positiva en el marco legislativo 393
3.2. Metodología de intervención en parentalidad positiva 394
4. Conclusiones 396
Apartado A. Los consejos de la abuela 398
Apartado B. Caso práctico 398
Apartado C. Ejercicio práctico 399
Apartado D. Enlaces web de interés 405
Referencias bibliográficas 407

11. Modelos transdiagnósticos para los trastornos emocionales en niños y adolescentes *(Bonifacio Sandín y Julia García-Escalera)* 411

1. Introducción 411
2. Modelos transdiagnósticos de los trastornos emocionales 412
3. Terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica (TCC-T) 415
3.1. Características y eficacia de la TCC-T 415
3.2. Protocolos de TCC-T para niños y adolescentes 417
3.3. Variables de resultado de la TCC-T aplicada a los trastornos emocionales en niños y adolescentes 418
3.3.1. Pruebas sobre variables primarias de ansiedad y depresión 418
3.3.2. Pruebas sobre variables primarias transdiagnósticas de vulnerabilidad 421
3.3.3. Pruebas sobre variables de resultado secundarias 421
4. Protocolos unificados (UP) para el tratamiento de los trastornos emocionales en niños y adolescentes 421
4.1. Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes (UP-A) 422
4.2. Trabajo con los padres en el protocolo UP-A 425
4.3. Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en niños (UP-C): descripción sesión a sesión 426

© Ediciones Pirámide

4.4. Propuesta de administración paso a paso del UP-C para la prevención universal de la ansiedad y la depresión en el contexto escolar 431
5. Intervención transdiagnóstica a través de Internet 437
5.1. El enfoque transdiagnóstico autoadministrado a través de Internet 437
5.2. El programa aprende a manejar tus emociones (AMtE) 437
6. Conclusiones 442
Apartado A. Los consejos de la abuela 443
Apartado B. Caso práctico 443
Apartado C. Ejercicio práctico 444
Apartado D. Enlaces web de interés 446
Referencias bibliográficas 446

12. Nuevos modelos de atención en salud mental en contextos educativos *(Maider Prieto Vila, Antonio Cano Vindel, Juan Antonio Moriana Elvira, Roger Muñoz Navarro, Amador Priede Díaz y Mario Gálvez Lara)* 453

1. Introducción 453
2. ¿De qué factores depende la salud emocional? 454
3. La importancia de la educación emocional en ámbito educativo 456
4. ¿Cómo se pueden abordar los problemas de salud mental en contextos educativos? 457
4.1. Componentes generales de los programas de atención a la salud mental infanto-juvenil 458
4.2. Análisis de la eficacia de las intervenciones en niños y adolescentes en contextos educativos: desde el tratamiento a la prevención 459
4.2.1. Tratamientos eficaces en el contexto escolar 459
4.2.2. Intervenciones preventivas en el contexto escolar 461
4.2.3. Factores por los que las intervenciones psicológicas pueden ser no eficaces 462
5. Recomendaciones para nuevos modelos de intervención en el contexto educativo 469
6. Conclusiones 470
Apartado A. Los consejos de la abuela 470
Apartado B. Caso práctico 471
Apartado C. Ejercicios prácticos 472
Apartado D. Enlaces web de interés 473
Referencias bibliográficas 473

BLOQUE III
Prevención de dificultades psicológicas

13. Dificultades de aprendizaje y trastorno por déficit de atención e hiperactividad *(Rebeca Cerezo, Celestino Rodríguez, Débora Areces, Natalia Suárez Fernández y José Carlos Núñez Pérez)* 481

1. Introducción 481
1.1. Conceptualización 481
1.2. Breve recorrido histórico 482
1.2.1. Dificultades de aprendizaje 482
1.2.2. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad 483
1.3. Factores y agentes implicados 483

© Ediciones Pirámide

1.3.1. Dificultades de aprendizaje 483
1.3.2. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad 485
2. Prevención e intervención 486
2.1. Dificultades de aprendizaje 486
2.1.1. Lectura 486
2.1.2. Escritura 487
2.1.3. Matemáticas 488
2.2. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad 489
3. Conclusiones 495
Apartado A. Los consejos de la abuela 497
Apartado B. Caso práctico 497
Apartado C. Ejercicios prácticos 499
Apartado D. Enlaces web de interés 500
Referencias bibliográficas 501

14. Discapacidad en contextos educativos *(Laura E. Gómez Sánchez, Verónica M. Guillén Martín, Teresa Gallego Álvarez y Patricia Solís García)* 507

1. Introducción 507
2. Derechos, calidad de vida y apoyos 509
2.1. Evaluación y planificación personalizada de apoyos 509
2.2. El modelo de calidad de vida y apoyos 510
2.3. El paradigma de ciudadanía compartida 511
2.4. Educación inclusiva, accesibilidad y diseño universal 512
3. Salud mental y discapacidad 513
3.1. Acoso escolar 514
3.2. Conducta suicida 515
4. Promoción de la salud mental en alumnado con discapacidad 516
4.1. Empoderamiento del alumnado con discapacidad 516
4.2. Apoyo conductual positivo 517
4.3. Promoción de actitudes positivas hacia la discapacidad 518
4.4. Implicación de las familias 519
4.5. Colaboración entre el sector educativo, social y sanitario 520
5. Conclusiones 520
Apartado A. Los consejos de la abuela 521
Apartado B. Caso práctico 521
Apartado C. Ejercicios prácticos 526
Apartado D. Enlaces web de interés 527
Referencias bibliográficas 528

15. Acoso y ciberacoso: consecuencias para la salud mental y estrategias de prevención e intervención psicoeducativas *(Maite Garaigordobil)* 535

1. Introducción 535
2. Acoso y ciberacoso: conceptualización y prevalencia 536
3. Consecuencias del acoso y ciberacoso para el desarrollo y la salud mental 537
4. Evaluación del acoso y ciberacoso 554
5. Programas *antibullying* de prevención e intervención psicoeducativa: una revisión 556
5.1. Programa de sensibilización contra el maltrato entre iguales 556

© Ediciones Pirámide

5.2. El juego sobre el acoso escolar 557
5.3. Programa CIP: concienciar, informar y prevenir 557
5.4. Programa ConRed «conocer, construir, convivir en Internet y las redes sociales» 558
5.5. Cyberprogram 2.0 560
5.6. El proyecto *antibullying* 562
5.7. El acoso escolar. *Guía de intervención psicoeducativa* 563
5.8. Prev@cib. Programa de intervención para la prevención del *cyberbullying* 564
5.9. Programa de intervención psicoeducativa para la prevención del *cyberbullying* 565
5.10. *Safety.net.* Programa de prevención de múltiples riesgos en Internet ... 566
6. Conclusiones 567
Apartado A. Los consejos de la abuela 568
Apartado B. Caso práctico 568
Apartado C. Ejercicios prácticos 570
Apartado D. Enlaces web de interés 573
Referencias bibliográficas 573

16. Conductas adictivas en contextos educativos *(Elisardo Becoña Iglesias, Carmela Martínez Vispo y Ana López Durán)* 581

1. Introducción 581
2. El consumo de drogas como grave problema social y su presencia en la escuela . 582
3. Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en la adolescencia 583
4. Consumo de drogas, salud mental, rendimiento académico y abandono escolar .. 585
5. Abordajes de los que disponemos en el contexto educativo 586
5.1. Información y educación 586
5.2. Programas preventivos escolares 586
5.3. Prevención ambiental 588
6. Los actores en la prevención del consumo de drogas en la escuela 589
6.1. Administración sanitaria y escolar 589
6.2. Equipo directivo del centro 590
6.3. Profesorado 590
6.4. El orientador escolar y el psicólogo escolar 591
6.5. Otro personal del centro 591
6.6. Madres y padres 591
6.7. Técnicos preventivos 592
6.8. Los estudiantes 592
7. Los programas preventivos escolares 592
7.1. Componentes que deben tener 592
7.2. Ejemplo de programas preventivos escolares eficaces 593
7.3. Eficacia de los programas preventivos 593
8. Conclusiones 594
Apartado A. Los consejos de la abuela 594
Apartado B. Caso práctico 595
Apartado C. Ejercicios prácticos 595
Apartado D. Enlaces web de interés 599
Referencias bibliográficas 600

© Ediciones Pirámide

17. Problemas de regulación emocional en contextos educativos *(María Paz García-Vera, Ana Sanz-García y Jesús Sanz)* 603

1. Introducción 603
2. Los problemas y trastornos depresivos 603
   2.1. Características y definición de los trastornos depresivos 603
   2.2. Frecuencia, duración y gravedad de los trastornos depresivos 605
   2.3. Evaluación psicológica de los trastornos depresivos 606
   2.4. Programas de tratamiento y prevención de los trastornos depresivos 608
3. Los problemas y trastornos de ansiedad 612
   3.1. Características y definición de los trastornos de ansiedad 612
   3.2. Frecuencia, duración y gravedad de los trastornos de ansiedad 614
   3.3. Evaluación psicológica de los trastornos de ansiedad 615
   3.4. Programas de tratamiento y prevención de los trastornos de ansiedad .. 618
4. Programas transdiagnósticos de tratamiento y prevención de los trastornos emocionales 624
5. Conclusiones 628

Apartado A. Los consejos de la abuela 631
Apartado B. Caso práctico 631
Apartado C. Ejercicios prácticos 633
Apartado D. Enlaces web de interés 633
Referencias bibliográficas 634

18. Las pérdidas, la muerte y el duelo en el contexto educativo *(Francisco Cruz Quintana, María Nieves Pérez Marfil, Elena Navarro González y Manuel Fernández Alcántara)* 639

1. Introducción: complejidad en el abordaje de la muerte y el duelo en el contexto escolar 639
2. Salud mental, educación y habilidades para la vida 640
3. Educación para la muerte: prevención y desarrollo del concepto de muerte en la escuela 642
   3.1. El tabú de la muerte y su efecto en familias y profesorado. Recolección de evidencias desde diferentes perspectivas 642
   3.2. Actitudes, creencias y miedos sobre la muerte 643
   3.3. Definición y evaluación del concepto de muerte 644
      3.3.1. Evaluación del concepto de muerte 645
      3.3.2. Orientaciones para una intervención en el concepto de muerte . 645
4. El duelo por la pérdida de un ser querido en la infancia y adolescencia 646
   4.1. Duelo normal y duelo prolongado en la infancia y adolescencia 648
   4.2. ¿Cómo evaluar los procesos de duelo en la infancia y adolescencia? 649
   4.3. Intervención en procesos de duelo infantil y adolescente 650
5. Conclusiones 652

Apartado A. Los consejos de la abuela 653
Apartado B. Caso práctico 653
Apartado C. Ejercicios prácticos 654
Apartado D. Enlaces web de interés 654
Referencias bibliográficas 655

© Ediciones Pirámide

19. Diversidad sexual y de género en contextos educativos *(Alicia Pérez-Albéniz Iturriaga, Andrea Gutiérrez García, Adriana Díez Gómez del Casal, Alma Belén Pastor Ripoll y Beatriz Lucas Molina)* 659

1. Introducción 659
2. Conceptualización de la diversidad sexual y de género 660
3. La diversidad sexo-genérica, ¿un factor de riesgo para el desarrollo? 662
4. Dificultades asociadas a la pertenencia a minorías sexuales y de género en la adolescencia 666
5. Intervenciones para promover el bienestar y la resiliencia en adolescentes de minorías sexuales y de género desde el contexto educativo 667
6. Normativa en torno a la lucha por la igualdad de las personas con diversidad sexual y de género 669
7. Protocolos de atención a la diversidad sexo-genérica en los centros educativos españoles 671
8. Programas para el fomento del desarrollo sexual saludable y buenas prácticas . 674
9. Conclusiones 677

Apartado A. Los consejos de la abuela 678
Apartado B. Caso práctico 678
Apartado C. Ejercicios prácticos 679
Apartado D. Enlaces web de interés 682
Referencias bibliográficas 682

20. Conducta suicida en contextos educativos *(Adriana Díez Gómez del Casal, Eduardo Fonseca-Pedrero, Alicia Pérez-Albéniz Iturriaga, Beatriz Lucas Molina y Susana Al-Halabí)* 687

1. Introducción 687
2. Conceptualización de la conducta suicida 688
3. Prevalencia de la conducta suicida en contextos educativos 690
4. Modelos psicológicos 692
5. Factores de riesgo y protección de la conducta suicida 696
6. Evaluación de la conducta suicida en contextos educativos 697
7. Prevención de la conducta suicida en contextos educativos 701
8. Posvención de la conducta suicida en contextos educativos 711
9. Oteando el futuro 712
10. Conclusiones 714

Apartado A. Los consejos de la abuela 715
Apartado B. Caso práctico 715
Apartado C. Ejercicio práctico 716
Apartado D. Enlaces web de interés 720
Referencias bibliográficas 721

21. Autolesiones no suicidas en contextos educativos *(Natàlia Calvo Piñero, Citlalli Pérez Gabarro, Montserrat Oriol Escudé, Damià Restoy Serrano y Marc Ferrer Vinardell)* 727

1. Introducción 727
   - 1.1. Definición y epidemiología 727
   - 1.2. Factores de riesgo y protectores asociados a las autolesiones no suicidas 729

© Ediciones Pirámide

2. Modelos explicativos de las autolesiones no suicidas 731
3. Evaluación de las autolesiones no suicidas 733
3.1. Evaluación general y contextual 734
3.2. Evaluación clínica 735
3.3. Evaluación en contextos educativos 737
4. Intervenciones psicológicas empíricamente apoyadas 738
4.1. Abordaje psicológico 739
4.1.1. Intervenciones psicológicas clásicas 739
4.1.2. Intervenciones psicológicas específicas 740
4.2. Abordaje en contextos educativos 743
5. Recomendaciones 746
6. Conclusiones 747
Apartado A. Los consejos de la abuela 748
Apartado B. Caso práctico 749
Apartado C. Ejercicio práctico 749
Apartado D. Enlaces web de interés 750
Referencias bibliográficas 751

BLOQUE IV
Formación y colaboración

22. Buenas prácticas en la prevención del abuso de las TIC en la comunidad educativa *(José Luis Carballo y Ainhoa Coloma-Carmona)* 759

1. Introducción 759
2. Necesidades en el contexto educativo 760
2.1. Riesgos asociados al uso de las TIC 760
2.1.1. El uso problemático de Internet 761
2.1.2. Problemas en el ámbito académico 762
2.1.3. Ciberacoso y otras conductas de riesgo 763
2.1.4. Malestar psicológico y problemas de salud física 764
2.2. Regulación del uso de las TIC en los centros educativos 765
2.3. Programas de prevención escolar para el uso problemático de las TIC . 766
3. Revisiones de programas de prevención: resumen de evidencias 767
3.1. Revisiones sistemáticas específicas sobre programas de prevención del uso problemático de Internet en el ámbito escolar 771
3.2. Revisiones sistemáticas sobre programas de prevención del uso problemático de Internet en general 772
3.3. Programas de prevención en España 773
4. Objetivos de la prevención 774
4.1. Reducción de riesgo 775
4.2. Factores de protección 776
4.3. Multicomponente 777
4.4. Multiagente 779
5. Técnicas aplicadas a la prevención escolar 780
5.1. Técnicas educativas 781
5.2. Técnicas de *feedback* normativo 783
5.3. Técnicas de entrenamiento en habilidades 784
5.4. Técnicas de manejo de factores psicológicos 786
5.5. Técnicas para familias 787
6. Conclusiones 788

© Ediciones Pirámide

Apartado A. Los consejos de la abuela 789
Apartado B. Caso práctico 791
Apartado C. Ejercicios prácticos 792
Apartado D. Enlaces web de interés 793
Referencias bibliográficas 793

23. Formando a las familias y al profesorado: el entrenamiento conductual de padres y profesores *(Antonio Fernández-Parra, Elena Navarro González y María del Mar Fernández-Cuerva)* 801

1. Introducción 801
2. Entrenamiento de padres y profesores para la prevención de problemas psicológicos 802
   2.1. Aprendizaje socioemocional 802
   2.2. Funcionamiento ejecutivo 808
3. Intervención conductual en clase: entrenamiento del profesorado 812
   3.1. Componentes de la intervención conductual en el aula 813
   3.2. Tarjetas de informe diario: conectando escuela y familia 814
4. Entrenamiento conductual de padres para problemas de conducta 818
   4.1. Contenidos y características del entrenamiento conductual de padres .. 819
   4.2. Programas de entrenamiento conductual de padres 821
5. Conclusiones 825

Apartado A. Los consejos de la abuela 826
Apartado B. Caso práctico 827
Apartado C. Ejercicios prácticos 829
Apartado D. Enlaces web de interés 830
Referencias bibliográficas 830

24. Servicios de psicología en contextos educativos *(Ángela Rosales Becerra, Gloria Bellido Zanin y Juan Fco. Rodríguez-Testal)* 837

1. Introducción 837
2. Principios básicos de los servicios 838
   2.1. Desarrollo evolutivo en niños y adolescentes 838
   2.2. Los eventos adversos en la infancia y adolescencia y su influencia en el desarrollo 839
   2.3. La salud mental en contextos educativos 840
   2.4. La voz de los niños y adolescentes 841
3. Formación de los profesionales 841
   3.1. Habilidades instrumentales y transversales 842
   3.2. Conocimientos generales y específicos 844
4. Funciones del servicio: evaluación, detección, intervención y coordinación con otros agentes implicados en la infancia 845
5. Experiencias actuales 850
6. Conclusiones 852

Apartado A. Los consejos de la abuela 854
Apartado B. Caso práctico 854
Apartado C. Ejercicios prácticos 856
Apartado D. Enlaces web de interés 856
Referencias bibliográficas 857

© Ediciones Pirámide

Agradecimientos

En este breve pasaje nos dejamos guiar por el sabio consejo de Jean LaBruyère cuando afirmaba que «solo un exceso es recomendable en el mundo: el exceso de gratitud». Nos gustaría dejar plasmado nuestro profundo agradecimiento a las personas e instituciones que han hecho posible que esta obra arribe al abrigo de puerto seguro, y, cómo no, a usted querido lector, querida lectora, por seleccionar este manual, en el que hemos puesto todo nuestro afecto, cariño y buen hacer, y en el que hemos tratado de buscar las mismas propiedades que los grandes vinos: color, cuerpo, sabor y, sobre todo, equilibrio.

Si se nos permite, siendo conocedores de la insignificancia de nuestras palabras, nos gustaría arrojar algo de luz sobre los motivos que nos han llevado a embarcarnos en esta empresa. Este manual nace con la meta de cubrir un espacio desierto hasta ahora en la psicología española: la salud mental en contextos educativos. Germina con el firme convencimiento de que la salud mental es un derecho fundamental que requiere atención, promoción y protección en nuestra sociedad. Este manual es una mirada atenta e inclusiva a nuestros menores, que reconoce la relevancia del ámbito educativo como espacio natural, seguro y agente esencial en la educación y en la promoción del bienestar psicológico y la calidad de vida de toda la comunidad educativa, incluidas familias y profesorado. Un manual que reconoce que no hay salud sin salud mental, y que la mejor inversión es aquella que se lleva a cabo sobre nuestro principal capital presente y futuro: nuestros menores. Un manual que entiende que todos somos corresponsables y podemos cumplir un papel importante para escuchar y apoyar a nuestros niños y adolescentes, ayudándoles a construir una vida que merezca la pena ser vivida, aceptando el malestar consustancial a la vida y ofreciendo objetivos vitales que vayan más allá de su propio «yo», construyendo relaciones interpersonales valiosas.

El nacimiento de esta obra también responde a las actuaciones promovidas desde el Gobierno español, dentro del Programa de Bienestar Emocional en el ámbito educativo. Nos gustaría que fuera un manual no solo de actualización en el campo de la salud mental en el ámbito educativo, sino también un material útil y necesario en la formación de todos los agentes y profesionales que conforman la comunidad educativa y la sociedad en su conjunto. Un manual que oriente y contribuya, en la medida de lo posible, en los procesos de formación e información en materia de salud mental. Un manual que intente ser una guía, una hoja de ruta para que los gobiernos, las asociaciones, las instituciones, las universidades, los profesionales de la salud mental y de cualquier otro ámbito alcancen acuerdos basados en los datos, esto es, que tomen decisiones informadas.

Hemos puesto todo nuestro ahínco en desarrollar un manual actualizado, práctico, sencillo y riguroso que integre los diferentes ámbitos, perspectivas y agentes, a modo de cruce de caminos, involucrados en el campo de la salud mental en contextos

© Ediciones Pirámide

educativos. Bien sabemos que disponer de herramientas y estrategias actualizadas y apoyadas por la ciencia en materia de promoción y prevención, permite, entre otras cosas, proteger la vida de las personas que se encuentran afligidas por el sufrimiento, así como la de sus familiares y la sociedad en su conjunto. Sin lugar a dudas, supone la mejor inversión por parte de los gobiernos y las comunidades. Seamos claros: invertir en el bienestar psicológico y la salud mental de las personas (y más si son grupos vulnerables) es siempre una apuesta ganadora.

Esta obra destila una perspectiva psicológica inclusiva de atención a la diversidad, interdisciplinar, intersectorial, humanizada, no estigmatizante y, sobre todo, basada en la evidencia empírica disponible hasta la fecha. Una obra que habla de personas y no de pacientes. Más que de etiquetas, habla de narrativas personales con nombre y apellidos. Más que de enfermedades, habla de diversidad humana. Más que de trastornos o conjuntos de síntomas, habla de dificultades o problemas de la vida. Más que de curación, habla de promoción y prevención. Más que de chispazos cerebrales, habla de comportamientos. Más que buscar causas, intenta comprender las razones. Más que de discapacidad, habla de capacidades y fortalezas. Más que de riesgos, habla de protección y resiliencia. Esto es, un manual que trata de poner más cabeza y menos cerebro.

Este manual también surge como respuesta a uno de los principales retos a los que tiene que dar respuesta la salud mental en contextos educativos: cómo integrar la inarmónica combinación de perspectivas y acercamientos. Establecer ese vínculo es crucial. Esta obra entiende que la psicología es plural, en concreto la salud mental, no por ignorancia científica o algo así, sino por la compleja naturaleza de los asuntos que tratan: las personas en el mundo. Dicha pluralidad en la comprensión de la salud mental, o si se desea de las disciplinas *psy,* es la regla, no la excepción. La comprensión de la conducta humana requiere maridar temas conceptualmente desafiantes, integrar aproximaciones epistemológicas y trabajar eficazmente más allá de las fronteras ilusorias que algunos (teóricos varados) dibujan tanto dentro de las diferentes áreas de la psicología como entre disciplinas científicas. Busca también reflexionar, sopesar o, si se quiere, repensar, yendo más allá de la «teoría de los cepillos de dientes», consistente en la tendencia de que cada profesional de la psicología utiliza su propia teoría (test, tratamiento, procedimiento, etc.) y no la del otro. Recuérdese que la psicología es una; poliédrica, pero una, y si no la cuidamos, otros no lo van a hacer por nosotros.

El manual, igualmente, presenta una perspectiva que considera los problemas psicológicos como entidades interactivas, más que enfermedades fijas, naturales, ahí-dadas en el mundo (como si fueran los elementos de la tabla periódica). Siguiendo a nuestro maestro Marino Pérez Álvarez, un acercamiento que entiende que la causa material de la que están hechos dichos fenómenos serían los «problemas de la vida», esto es, adversidades, agobios, amenazas, conflictos, crisis, decepciones, frustraciones, incertidumbres, traumas, etc. Se busca ir más allá de los datos supuestamente «objetivos», en un intento de llegar a comprender la experiencia o perspectiva subjetiva de la persona, su modo de estar en el mundo y su narrativa personal. A este respecto, nos gustaría, si se nos permite, rescatar aquí la idea de la locura-como-disfunción o la locura-como-estrategia propuesta por Justin Garson en el año 2022. La primera supone que algo dentro de uno (la mente o el cerebro) no funciona bien y es objeto susceptible de reparación (medicación, intervención, técnicas psicoterapéuticas específicas). Como bien hemos argumentado en otros lares, bien sabemos que nunca se podrá explicar una experiencia psicológica vivenciada por una persona analizando únicamente el cambio neuroquímico a nivel cerebral. Como símil, podríamos decir que no se puede entender *El Quijote* analizando únicamente la composición química de la tinta con la que Miguel de Cervantes escribió esta novela. Y recuerde: los genes codifican proteínas, no conductas. La segunda supone que la locura (o el trastorno de turno) tiene un propósito o función, siendo por tanto un intento de solución o esfuerzo adaptativo (una estrategia de sobrevivencia), que no sería objeto susceptible de eliminar (típicamente reducción de síntomas). De acuerdo con este enfoque, no habría

© Ediciones Pirámide

mecanismos averiados dentro de uno ni tampoco supuestas alteraciones bioquímicas o chispazos cerebrales erráticos, sino circunstancias de la vida a las que uno responde con más o menos éxito. En suma, comprender el «síntoma» (conducta, al fin y al cabo) más como estrategia que como disfunción. La labor del profesional de la psicología sería, por tanto, comprender los problemas psicológicos, reconociendo que «nadie se vuelve loco sin alguna razón» y donde un amplio rango de adversidades está implicado en casi todas las presentaciones del sufrimiento humano.

Tras este *excursus,* retomamos los agradecimientos. Respecto a los acompañantes de viaje, queremos agradecer a las personas queridas que son «hogar» para nosotros, así como a los autores y a las instituciones, todo el apoyo, palabras de aliento y cariño recibido durante toda esta travesía. Mencionamos aquí la excelente labor de todos y cada uno de los firmantes del manual. No tenemos palabras para expresar su incalculable valía profesional y académica. Su capacidad de trabajo, pasión y tesón son solo algunos de los parámetros que definen su grandeza. Sin lugar a dudas la psicología española está en buenas manos. Gracias igualmente por entender y aceptar la psicología como una empresa colectiva, que concibe la colaboración con letras mayúsculas, y donde nadie es más que nadie, donde nadie es menos que nadie y donde todos somos alguien.

También nos gustaría dar las gracias a nuestros mentores e instituciones que nos han permitido llegar hasta aquí. Palabras de admiración hacia José Muñiz, Serafín Lemos, Marino Pérez Álvarez y José Ramón Fernández Hermida. No nos cansaremos de expresar lo tremendamente afortunados que hemos sido al contar, aprender y disfrutar de vuestra sabiduría, sagacidad y cariño incondicional. Muchas gracias asimismo a la editorial Pirámide por hacer posible que esta nueva obra vea la luz. Y, cómo no, a la Universidad de La Rioja, la Universidad de Oviedo, la Fundación BBVA y al Gobierno de España por permitirnos desarrollar nuestra carrera personal y profesional en las mejores condiciones posibles. Hacemos nuestras las palabras de nuestro querido amigo Juan Carlos Ayala, cuando hablando de su persona apostilló «yo soy hijo de las becas». Nosotros somos herederos de un sistema competitivo de ayudas al estudio y la investigación.

Igualmente, queremos mencionar a las personas que nos acompañan día a día en este viaje: familia, amigos y compañeros. Muchas gracias a todos y cada uno de vosotros por saber dispensar el mejor ungüento. Un remedio compuesto por dos principios activos: amor y compañía. Y permítanos una mención especial a las abuelas y a los abuelos y, en particular, a Mariyina de Congostinas: amor verdadero sellado en mi corazón; magia imborrable de tu recuerdo en mí; estrella Polar que me ha permitido navegar en el universo con seguridad y libertad. A todos y cada uno de vosotros, gracias. Esta obra es también una de vuestras conquistas.

Vamos acabando, pues lo bueno, si breve, dos veces bueno; y aun lo malo, si poco, no tan malo.

El manual que tiene en sus manos entiende que la esperanza está en el saber. También concibe que la psicología, desde el rigor científico y profesional, busca promover una mejor salud mental de la infancia y la adolescencia, con la firme convicción de que las personas merecemos una atención psicológica y una educación accesible, oportuna, inclusiva, pública y de calidad. Promover, proteger y cuidar la salud mental de toda la población, pero en particular de los más vulnerables, es un deber constitucional. Nuestros niños y adolescentes no merecen menos.

Somos plenamente conscientes de que hay espacio para la mejora, pues el abordaje de la salud mental en contextos educativos aún está en fase incipiente. Esta obra nace para ser debatida. El que sabe que no todo lo sabe, metasabe. De hecho, como dice nuestro admirado Ortega y Gasset: «saber que no se sabe constituye tal vez el más difícil y delicado saber». Somos también conocedores, al igual que la parábola del elefante y los ciegos donde cada uno de ellos tocaba una parte del animal (piernas, trompa, etc.) llegando todos a conclusiones diferentes, pero todas ciertas, de que la visión presentada aquí es parcial (sesgada, si así lo desea), pues, incluso con un intento de máximo rigor, implica una experiencia subjetiva limitada por la im-

© Ediciones Pirámide

posibilidad para dar cuenta de la verdad (o al menos de otras verdades o todas las verdades). También es importante enfatizar que las perspectivas aquí tratadas intentan simplemente arrojar una mayor comprensión del objeto de estudio, sabiendo de la dificultad de la tarea.

Sin duda alguna, la tarea futura que nos queda por delante es apasionante. Queda mucho por hacer. Se abren nuevas rutas hacia parajes aún inexplorados, si bien, como buenos exploradores, sabemos que esta cima que hemos alcanzado no es más que la base para acometer nuestra siguiente cumbre, y que todas las grandes caminatas empiezan por un pequeño paso. No es momento para el desaliento, pues continuaremos dibujando horizontes de esperanza allí donde otros construyan muros. Es hora de generar esperanza a través de la acción, con la firme convicción de que donde no hay esperanza, tenemos que construirla. Y recuerde que para que todo siga como está, es necesario que todo cambie.

Queda dicho.

EDUARDO FONSECA-PEDRERO
SUSANA AL-HALABÍ

© Ediciones Pirámide

Prólogo

I

Para nuestra sorpresa y desconcierto, asistimos a un claro incremento de problemas psicológicos en la primera generación de la historia cuyas principales instancias educativas han atendido explícitamente al objetivo de reducir al mínimo el sufrimiento emocional de los jóvenes. Con ciertas excepciones que han existido siempre, la infancia era considerada un período en el que aún no se reunían las condiciones personales necesarias para que se dieran trastornos psicológicos. La depresión y la ansiedad, por citar dos de los componentes más frecuentes de estos malestares, requieren de cierto grado de abstracción, de cierta complejidad lingüística y cognitiva, que no comienza a aparecer hasta bien entrada la adolescencia. Sin embargo, a fecha de hoy Abigail Shrier nos cuenta en su imprescindible *Mala terapia* que prácticamente la mitad de los jóvenes estadounidenses llegan a su mayoría de edad con un diagnóstico psiquiátrico en su haber.

¿Se imaginan que una generación cuya alimentación se orientó especialmente a prevenir la obesidad resultara ser más obesa que las generaciones anteriores, o que una sociedad especialmente atenta a la promoción del deporte contemplara décadas después que los jóvenes practican menos deporte que nunca? Pues bien, en nuestro caso nos encontramos con la extraña circunstancia de que los problemas psicológicos que forman la crisis a la que nos estamos refiriendo aparecen en el contexto de una especial concienciación sobre estos problemas en las familias, escuelas, sanitarios y medios de comunicación. Con frecuencia, familias y profesorado tienen siempre presente una actitud terapéutica en cada unidad de interacción con los menores, sacándolas del contexto natural de las relaciones humanas e introduciéndolas en un artificioso mundo hiperpsicologizado lleno de retórica tomada de la pseudodivulgación psicológica que encontramos en medios y redes.

No está claro si la crisis de salud mental juvenil es, paradójicamente, fruto de esta prevención que Freud hubiera denominado «silvestre», o si las condiciones sociales actuales son tan devastadoras para el psiquismo infantojuvenil que consiguen penetrar la burbuja terapéutica en la que se intenta mantener a los menores. Ambas explicaciones no son excluyentes. Tampoco debemos olvidar el papel que pueden estar desempeñando los problemas medioambientales y los colapsos económicos. La burbuja de la mala terapia termina dando lugar a la estigmatización de cualquier forma de incomodidad —incluidas las incomodidades que son funcionales y necesarias para un correcto desarrollo del individuo— y a una burbuja de hiperprotección emocional, bajo la idea prepasteuriana de que la exposición a pequeños sufrimientos no solo no inmunizará al individuo para sufrimientos mayores, sino que los potenciará. Nótese la perfecta solidaridad entre este caldo de cultivo y aquel que crea la comunicación publicitaria en la que los jóvenes se encuentran sumergidos 24/7 desde su nacimiento,

© Ediciones Pirámide

con su adulación demagógica, incondicional y ridícula del individuo como principal técnica de venta.

En los últimos meses han aparecido dos ensayos cruciales con hipótesis tan arriesgadas como bien fundamentadas acerca de este problema. Jonathan Haidt defiende en *La generación ansiosa* la relación entre el auge de los malestares psicológicos de los jóvenes y la universalización del uso de *smartphones* entre ellos, lo que crea una nueva forma totalmente inadecuada de mantener relaciones personales caracterizadas por la competitividad, la superficialidad, la artificiosidad, la hipocresía y el resentimiento. Pasar de una infancia centrada en el juego físico a una infancia centrada en el teléfono móvil tiene un efecto pernicioso que ya comienza a estar científicamente demostrado. Abigail Shrier, en el ya citado *Mala terapia,* se atreve a señalar como causante de estos problemas emocionales y conductuales a la propia iatrogenia de las terapias formales e informales por las que comienzan a pasar demasiados menores desde edades demasiado tempranas. Nada bueno puede derivarse de que el menor sea el centro de un círculo de atención cuyo trabajo sea evitarle todo sufrimiento. Shrier nos viene a decir que pretender que un menor alcance un desarrollo emocional adecuado habiendo experimentado niveles muy bajos de sufrimiento es como pretender que un joven llegue a ser un buen atleta habiendo experimentado niveles muy bajos de cansancio.

II

El carácter iatrogénico de una intervención psicológica exagerada y sobrealertada está sobradamente demostrado. Que nadie se crea que las buenas intenciones y las sonrisas impiden que un exceso de atención y el reforzamiento diferencial de ciertas conductas de autoexploración no pueden pasar de ser inocuos en el peor de los casos. La atención psicológica ha de brindarse cuando es necesaria, y ha de no brindarse cuando no sea necesaria, al igual que sucede con las radiografías o los antibióticos. Nunca ha de aplicarse «por si acaso». En cualquier intervención psicológica se va a ir modelando la conducta verbal de la persona, especialmente si es un menor, para hacer destacar ciertos aspectos de la vida —por ejemplo, los privados— en detrimento de otros —por ejemplo, los públicos—. La atención se entrena, como cualquier otra habilidad. Pero mientras que la atención a los eventos externos no los altera, la atención a los eventos internos —pensamientos, emociones, expectativas...— sí lo hace. Esto nos obliga a ser especialmente prudentes. Las emociones y los pensamientos cumplen la función evolutiva de preparar psicológica y fisiológicamente a la persona para la acción externa. Tomar a los propios pensamientos y emociones como el objeto sobre el que recaiga la acción que ha sido preparada por ellos supone entrar en un bucle autorreferente de ensimismamiento, cuyos efectos en un menor en formación deberán ser tenidos en cuenta.

Este exceso de atención autorreferente —llamémosle «psicologismo»— es una nota distintiva de la sociedad actual que se refleja en la educación que brindan las familias, las escuelas y los medios. Es parte del problema, y la solución no va a venir de aumentarlo aún más —«el ojo que se ve a sí mismo está enfermo» nos recuerda Viktor Frankl—. Las psicologías más lúcidas han entendido hace ya tiempo que la reorientación de los individuos hacia la acción y no hacia sus emociones es, en frecuentísimas ocasiones, lo mejor que puede hacer el profesional ante las personas que sufren por causas psicológicas. *Sal de tu cabeza y vuelve a tu vida,* tituló Steve Hayes su libro de divulgación de la terapia de aceptación y compromiso. Y en esta tarea las etiquetas diagnósticas no hacen más que molestar —si son siglas se une a tal molestia su fingida cientificidad pomposa—, sacando una vez más al comportamiento de los quicios que le son propios y convirtiendo la conducta motivada en conducta sintomática.

La decisión de una intervención que puede ser beneficiosa o perjudicial según sea verdaderamente necesaria o no es muy complicada, y supone un difícil ejercicio de equilibrio entre los falsos positivos —casos que reciben la intervención a pesar de que no la necesitan— y los falsos negativos —casos que no reciben la intervención a pesar de que sí la necesitan—. Es imposible reducir a la vez unos y otros.

© Ediciones Pirámide

Si bajamos los falsos positivos aumentarán los falsos negativos, y viceversa. En la actualidad los falsos positivos están tan elevados que los falsos negativos necesariamente han de hallarse en niveles muy bajos. ¿Es esto bueno? Quizá elevando el listón que marca la presencia de un caso podríamos bajar notablemente las atenciones psicológicas iatrogénicas aumentando solo levemente la desatención a problemas serios.

De forma inadvertida se ha deslizado entre buena parte de los menores la idea de que una vida promedio, una vida como la que llevan la amplia mayoría de ellos, llena de penas y alegrías, es tan dura que requiere de ayuda profesional para poder ser sacada adelante. No es cierto. Debemos oponernos a este supuesto, y avisar de que la propia demanda de intervención profesional convierte en grande cualquier problema, lo que es claramente un error cuando el problema es pequeño. Quizá la alta presencia de malestares psíquicos entre los jóvenes no requiere de más psicólogos, sino de mejores psicólogos. Y una de las competencias fundamentales en la formación de cualquier psicólogo es la que le permite intervenir cuando es necesario y no intervenir cuando no lo es.

III

Los efectos negativos de esta sobrepsicologización de la infancia y la invasión de las presencias clínicas en sus vidas cotidianas son un potente argumento a favor de la atención psicológica dispensada en los propios contextos educativos, mucho menos estigmatizante y mucho más adecuada para mantener las emociones y las conductas dentro de los quicios que le son propios. Y ese es el espíritu que inspira esta obra, que sistematiza y desarrolla en profundidad en nuestro país un nuevo enfoque sumamente interesante del que pueden salir muy beneficiados todos los miembros de la comunidad educativa.

Eso sí, si vamos a introducir la intervención psicológica en las escuelas por entender que este es un contexto más adecuado que el contexto clínico para los problemas que puedan presentar los menores, entonces es necesario llevar esta idea hasta sus últimas consecuencias y desmedicalizar por completo la actividad de estos profesionales de la psicología. El rechazo al modelo biomédico de los malestares psicológicos, su despatologización, es unánimemente proclamado por toda la profesión, pero su puesta en práctica termina malográndose al aparecer en los propios profesionales una especie de *horror vacui* que los frena. Parecería que, privados de jerga, usos y actitudes que le dan a la conducta un tono mecánico, médico y científico-natural, el profesional se vuelve indistinguible de cualquier otra persona que, efectivamente, en su vida cotidiana maneja la conducta propia y ajena, la valora o intenta alterarla. Sin embargo, pobre de aquel psicólogo que solo se diferencia de su vecino en la jerga y las puntuaciones centiles que obtiene en sus cuestionarios.

En los contextos educativos, mejor que en ningún otro contexto, puede por fin el profesional dejar de ser un «especialista» que reconvierte la queja de un «paciente» a una «jerga técnica», tras lo que realiza «pruebas» que permiten obtener un «diagnóstico» que conducirá a una «terapia». Es en los ámbitos educativos donde el comportamiento, el aprendizaje y las emociones se dan miles de horas al año en una escala que les es propia, la escala de los valores, la convivencia entre iguales y entre diferentes, la amistad y la enemistad, las relaciones jerárquicas, las consecuencias de los actos propios y ajenos, el compromiso, los planes a corto y largo plazo, los afectos hacia los demás, la presencia obstinada de la realidad... Es en esa escala donde debe moverse el psicólogo, demostrando que su conocimiento va más allá de la alienación de esos fenómenos, desnaturalizándolos a base de tests, registros, cuestionarios, espectros, déficits, neurodivergencias, capacidades altas o bajas, trastornos, siglas, siglas y más siglas...

Así, la inserción de la intervención psicológica en los contextos educativos supone una ocasión muy interesante para intervenir de forma adecuada en esta crisis de la salud mental infantil y juvenil. En el fondo, no deja de ser un halago para la psicología señalar que puede hacer tanto bien cuando se aplica correctamente como mal cuando no se apli-

© Ediciones Pirámide

ca de esta manera. Es el reconocimiento de que trabajamos con procesos verdaderamente relevantes. En este sentido, el repaso a los autores que componen este volumen es tranquilizador. Podemos confiar en que este libro supondrá una aportación significativa en España a este nuevo ámbito que comienza a abrirse paso en las sociedades occidentales y cuyo camino puede llevarnos más lejos de lo que puede parecer.

JOSÉ ERRASTI
Universidad de Oviedo.

© Ediciones Pirámide

BLOQUE I
Introducción

Salud mental en contextos educativos: nuevos horizontes

1

EDUARDO FONSECA-PEDRERO
SUSANA AL-HALABÍ
MARINO PÉREZ-ÁLVAREZ
JOSÉ MUÑIZ

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental es un derecho fundamental que requiere atención, promoción y protección (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023), constituyendo un componente esencial en la salud de las personas y, por tanto, del presente y futuro de la sociedad. Se quiera o no, el «capital mental», entendido como todos los recursos cognitivos y emocionales de las personas, es un ingrediente fundamental asociado a la prosperidad de las sociedades y las naciones (Beddington et al., 2008). La salud mental tiene un valor intrínseco y fundamental y es parte integral de nuestro bienestar general.

Las personas, y en particular los menores, merecen una educación y una atención psicológica integral, accesible, oportuna, inclusiva, pública y de calidad (Fonseca-Pedrero et al., 2023a). De acuerdo con el ordenamiento jurídico establecido por la Constitución española, en su artículo 43.1 se reconoce el derecho a la protección de la salud, mientras que el 43.2 dicta que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Cabe también mencionar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Naciones Unidas, 2018), en particular el ODS 3 «garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades» y el ODS 4 «educación de calidad». De los diferentes indicadores asociados a estos objetivos se podrían destacar dos, a modo de ejemplo. El indicador 3.4 tiene la meta de reducir para 2030 en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar. El indicador 4.1 persigue de aquí al 2030 asegurar que todas las niñas y todos los niños terminen la enseñanza primaria y secundaria, que ha de ser gratuita, equitativa y de calidad, y producir resultados de aprendizaje pertinentes y efectivos.

No cabe duda de que en los últimos lustros se han logrado numerosos avances en materia de bienestar psicológico y salud mental. Atrás quedan, como si de un sueño se tratara, las diversas formas de «hidroterapia» (por ejemplo, inmersiones súbitas en agua fría), la utilización de sustancias eméticas, las sangrías, la inducción de sueño, la curación por fiebre, el choque hipoglucémico o la leucotomía prefrontal, así como otros procedimientos inhumanos (por ejemplo, inyecciones de trementina, extirpación de órganos). El nivel de comprensión del comportamiento humano y el acceso a las intervenciones psicológicas, entre otros aspectos, han mejorado sustancialmente, al igual que se ha reducido el estigma y tabú asociado a los problemas de salud mental. No obstante, si se mira desde otro ángulo, la respuesta a esta realidad es bien distinta, pues aún se echan de menos los avances en gobernanza y financiación en el campo de la salud mental (OMS, 2023). Asumir liderazgo implica el diseño y la implementación de una respuesta integral, holística, multisectorial, basada en las necesidades de las personas y los derechos humanos, humanizada y comunitaria, que responda a las tasas crecientes de sufrimiento y problemas psicológicos informados por las personas que conforman la sociedad y que, al

© Ediciones Pirámide

mismo tiempo, mejore el bienestar psicológico y social de las personas. Las dificultades relacionadas con la salud mental suponen uno de los principales desafíos sociales a los que tenemos que responder como sociedad. Los problemas de salud mental son una de las principales causas de muerte prematura (por ejemplo, por enfermedad física o por suicidio). Incluso cuando estos trastornos no producen la muerte, son la causa más importante y de más rápido crecimiento de discapacidad y pérdida de potencial humano y productividad a lo largo de la vida (McGorry et al., 2024). Aun a sabiendas de que esta cuestión no debería ser objeto de debate, en la tabla 1.1 se recogen algunos argumentos a favor, así como posibles obstáculos para aumentar la necesaria inversión en salud mental (OMS, 2013).

TABLA 1.1

Argumentos a favor y posibles obstáculos para la inversión pública en salud mental

Perspectiva	Argumentos a favor de una mayor inversión	Obstáculos potenciales
Salud pública	Los trastornos mentales son una causa importante de la carga global de morbilidad; existen estrategias efectivas para reducir esta carga.	Los trastornos mentales no son una causa principal de mortalidad en las poblaciones.
Bienestar económico	La salud mental y física son elementos básicos del bienestar individual.	Otros componentes del bienestar también son importantes (por ejemplo, los ingresos, el consumo).
Crecimiento económico y productividad	Los trastornos mentales reducen la productividad laboral y el crecimiento económico.	El impacto de los trastornos mentales en el crecimiento económico no se conoce bien (y a menudo se asume como insignificante).
Equidad	El acceso a la salud es un derecho humano. La discriminación, el abandono y el abuso constituyen violaciones de los derechos humanos.	Las personas con una amplia gama de dificultades en el ámbito de la salud carecen actualmente de acceso a una atención sanitaria y psicológica adecuada.
Influencia sociocultural	El apoyo social y la solidaridad son características fundamentales de las sociedades.	Percepciones y actitudes negativas sobre los trastornos mentales (estigma).
Influencia política	Las políticas gubernamentales deben abordar los fallos del mercado y las prioridades en salud.	Baja demanda expresada para obtener mejores servicios.

FUENTE: tomado de OMS (2013).

No obstante, no se debe caer en reduccionismos simplistas, pues no es solo la falta de recursos lo que limita el acceso a una atención psicológica pública y de calidad. El estigma (incluido el autoestigma) es otra barrera («invisible») que limita el progreso. De acuerdo con la Guía de Buenas Prácticas contra el Estigma (Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma, 2020, p. 16), «la definición del estigma ha evolucionado ampliamente desde la concepción del término, y su conceptualización ha demostrado

© Ediciones Pirámide

ser una tarea compleja. El estigma no es simplemente una etiqueta que devalúa a la persona y la discrimina, también es una dinámica, es decir, una serie de procesos psicosociales basados en el intercambio de conductas entre dos grupos, el estigmatizante y el estigmatizado. [...]. Se observa cómo algunos autores enfatizan el hecho de que el estigma no se halla en el interior de las personas, sino que se trata de una asignación o etiqueta que otros, dentro de un sistema de relaciones de poder, imponen a una persona o a un grupo. Desde las teorías basadas en el etiquetado, el estigma es entendido como un proceso sociocultural mediante el cual los miembros de un grupo marginado son etiquetados por otras personas como anormales, vergonzosos o indeseables [...]. Proceso que ocurre cuando elementos de etiquetado, estereotipado, separación, pérdida de estatus y discriminación se producen al mismo tiempo, en una situación de poder, permitiendo el despliegue de los componentes del estigma [...]. Proceso de construcción social dinámico que se manifiesta en tres aspectos del comportamiento social: estereotipos, prejuicios y discriminación». Por ejemplo, a menudo se presupone que las personas con trastornos mentales son perezosas, débiles, poco inteligentes, difíciles y, a veces, violentas y peligrosas (Cuijpers et al., 2023). Además, a las personas etiquetadas con un trastorno mental —especialmente esquizofrenia y adicciones— se les considera menos humanas (Haslam, 2024), más deshumanizadas[1]. Cuando nos centramos específicamente en el estigma asociado a los problemas de salud mental, Livingston y Boyd (2010) diferenciaron entre tres tipos o niveles diferentes: el estigma estructural, el estigma social y el estigma personal. Posteriormente, Fox et al. (2018) elaboraron el llamado marco de estigma del trastorno mental (MISF, por sus siglas en inglés). El estigma estructural parte de las instituciones y hace referencia a las reglas, leyes y procedimientos que aplican las entidades públicas y privadas para restringir los derechos y oportunidades de las personas, en este caso de aquellas con diagnósticos de trastornos mentales. El estigma social nace de una parte de la población general que actúa en función de los estereotipos imperantes sobre trastornos mentales, e implica que las personas con un diagnóstico de este tipo se enfrenten a ideas erróneas sobre su condición y sobre su conducta (incluso en aspectos morales). Aquí también se incluirían comportamientos paternalistas y sobreprotectores, o incluso una atención deficiente a los problemas de salud física, al considerar que estas personas tienen baja adherencia a dichos tratamientos. Cabe destacar aquí la importancia de este estigma en los contextos de atención sociosanitaria y de los profesionales de salud mental. A este respecto, se pueden revisar publicaciones en nuestro país como la de Masedo et al. (2021). Como resultado, las personas con trastornos mentales se ven privadas de oportunidades que impactan en su calidad de vida. El estigma personal o autoestigma es el que experimenta la propia persona con problemas de salud mental (Xu et al., 2019). En ocasiones, estas personas interiorizan los mensajes negativos, estereotipos y prejuicios presentes en la sociedad relativos a su etiqueta diagnóstica.

A este respecto, la información, la formación, la sensibilización y la concienciación en salud mental, esto es, la alfabetización de diferentes profesionales, agentes y población general es una de las mejores herramientas de las que disponemos para la prevención. Difundir información veraz y científica, disminuyendo el tabú y el estigma, es una medida de prevención universal (véase, por ejemplo, la conducta suicida) (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021, 2024). No se puede prevenir algo de lo que no se puede hablar. No obstante, hasta hace relativamente poco había un «elefante en la habitación», un paquidermo que todo el mundo percibía, pero nadie nombraba. Los problemas de salud mental y la conducta suicida, hasta hace unos días, no eran más que conversaciones entre bastidores. Hablar de la salud mental ayuda a prevenir los problemas, a reducir el estigma asociado y a romper el tabú.

[1] Las actitudes deshumanizadoras hacia las personas con problemas de salud mental no se limitan al público en general, sino que también pueden estar presentes y mantenidas por los profesionales de la salud mental. Ser percibido como menos que humano puede agravar un trastorno mental existente. La deshumanización también puede ser un factor de riesgo para desarrollar un trastorno mental.

© Ediciones Pirámide

No hay que perder de vista que la salud mental y el bienestar psicológico están relacionados con los denominados determinantes sociales, esto es, las condiciones de vida, el contexto cultural y la estructura social (Shah, 2024). Una comprensión más cabal de la salud mental reclama un análisis detallado de las características de la sociedad del siglo XXI (al menos la occidental), que debe ir más allá de la mera comprensión de las características de personas particulares. El foco no solo se debe situar en las personas y su entorno, sino también en los valores culturales y sociales. El sufrimiento psicológico hinca sus raíces en el contexto de la vida, ¿o acaso se piensa que el desempleo, las condiciones de vida, experiencias adversas, etc., no influyen en la salud mental y el bienestar de los jóvenes? Esta reflexión no es inocua, pues la responsabilidad no debe recaer exclusivamente en los individuos, sino también en las instituciones y gobiernos. Sería una obviedad argumentar (e incluso a sabiendas se quiere dejar aquí plasmado negro sobre blanco) que el aumento del malestar psíquico también está asociado a la oscilación en los estándares de sufrimiento que la sociedad está dispuesta a asumir en cada momento histórico.

También la disminución del umbral de tolerancia aumenta el número de personas que de alguna manera se consideran mal o «enfermas», sin necesidad de que exista un incremento real del sufrimiento mental. Igualmente, la excesiva proliferación de términos psicológicos, la mayor presencia de síntomas psicológicos comunes y difusos o la continua psico(pato)logización de la vida cotidiana son parámetros que influyen en la ecuación del bienestar/malestar psicológico, siendo el caso que pudiera parecer que todos somos, en cierto grado, «enfermos mentales» (Frances, 2014). Nótese que este ascenso de los síntomas y problemas psicológicos corre parejo al incremento del uso de psicofármacos. Muestra de ello es que España ocupa el primer puesto del podio a nivel mundial[2]. La «medicalización de la vida» ha provocado que muchas circunstancias que no son «patológicas», sino situaciones vitales o vicisitudes de la vida cotidiana, sean etiquetadas erróneamente como trastornos de ansiedad o depresión y acaben siendo tratadas con psicofármacos. No entender el sufrimiento humano y el contexto social actual acarrea múltiples consecuencias para la vida de las personas y, cómo no, para el gremio de la psicología. Véase, por ejemplo, el caso de un profesional que implementa una intervención psicológica técnicamente adecuada en un adolescente que refiere ciertos «síntomas» difusos y donde su actuación no alivia el sufrimiento, sino que la convierte en una fuente de sufrimiento en sí misma.

Ahondando en este punto, es evidente que vivimos en una sociedad cada vez menos dispuesta a tolerar el sufrimiento o cualquiera de sus expresiones, y donde gobierna, entre otros, la *happycracia* y el individualismo (Cábanas e Illouz, 2019; Pérez-Álvarez, 2023). Por un lado, nos encontramos con la paradoja de que la lucha obsesiva contra cualquier tipo de malestar, independientemente de las circunstancias, puede producir más emociones desadaptativas (o con frecuencia mal denominadas «emociones negativas») de las que produciría la aceptación consciente de los problemas. Por otro lado, situar el foco, de forma desproporcionada, en el propio bienestar o búsqueda continua de la felicidad puede llevar a la infelicidad con mayor probabilidad, pues puede ser una ilusión infructuosa. El bienestar, nos guste o no, reclama su cuota de sufrimiento correspondiente (Fonseca-Pedrero, 2017a), así como cierta tolerancia hacia emociones que nos resultan desagradables. La vida requiere de esfuerzo. La vida es quehacer. Como decía Ortega y Gasset, «la vida que nos es dada no nos es dada hecha, sino que necesitamos hacérnosla nosotros, cada cual la suya». También habría que citar, siquiera de pasada, a las redes sociales y a las tecnologías de información y comunicaciones. Unas redes sociales que, lejos de conectarnos, nos ponen a unos y otros juntos en soledad. Es la denominada «muchedumbre solitaria», la era del «individuo flotante», esto es, personas impregnadas de una continua sensación de falta de arraigo y soledad (Pé-

[2] Se puede consultar la base de datos clínica en atención primaria, del Ministerio de Sanidad, Gobierno de España: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/10Perfil_uso_medicamentos.pdf

© Ediciones Pirámide

rez-Álvarez, 2023). Todas ellas, y algunas más que se verán en este capítulo, juegan un papel importante en la explicación, origen y mantenimiento de los problemas psicológicos.

En este contexto, se hace necesario disponer de programas para la promoción del bienestar psicológico y la prevención de los problemas de salud mental que permitan a los niños y adolescentes afrontar los diferentes avatares de la vida. El centro educativo es, sin lugar a dudas, el motor de la salud y la promoción del bienestar que posibilita la atención a estudiantes, dentro de un sistema verdaderamente seguro, equitativo e inclusivo. Ningún sistema educativo podría ser considerado como eficaz si no promueve la salud y el bienestar de toda su comunidad educativa (OMS, 2021). Asimismo, los centros educativos son el lugar «natural» e idóneo para desarrollar e implementar actuaciones para la promoción del bienestar psicológico y, en concreto, para la prevención de las dificultades de ajuste psicológico. La mayoría de los niños y adolescentes pasan amplios periodos temporales en las aulas, siendo uno de los principales agentes involucrados en la socialización, así como en la formación y en la promoción de un desarrollo y aprendizaje óptimo (Fonseca-Pedrero et al., 2023a). En los centros educativos se construyen experiencias significativas que les ayudan a edificar su identidad, a establecer relaciones interpersonales y a desarrollar competencias socioemocionales como la autorregulación, la asertividad y la resiliencia. La atención a la salud mental de los jóvenes, así como la prevención y la promoción implementadas a tiempo y de forma proporcional, pueden ser muy rentables en términos personales, educativos, sociales y económicos.

Llegados a este punto, y tras esta contextualización, se introducen aquí los principales apartados que se tratarán en el presente capítulo. En primer lugar, se aborda la salud mental en contextos educativos. Se delimita conceptualmente el objeto de estudio, se comentan algunos datos epidemiológicos y se explican cuestiones de fondo que invitan a una reflexión sobre los socorridos factores de riesgo y de protección. Se aborda la importancia de los centros educativos como el lugar natural donde promocionar bienestar psicológico y prevenir las dificultades de ajuste psicológico. Se pone de relieve la necesidad de hacer de cada escuela un centro promotor de la salud y se comentan resultados sobre el impacto de las intervenciones psicológicas en contextos educativos. Se reflexiona sobre la importancia de un enfoque integral *(whole approach)* de la salud mental en las escuelas y los programas de prevención multinivel. También se introducen los tantas veces olvidados determinantes sociales en salud mental y el papel del profesional de la psicología en el contexto educativo. En segundo lugar, se comentan nuevos modelos en el campo de la salud mental que permiten una comprensión más cabal de los problemas psicológicos, yendo más allá de los modelos biomédicos y el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM, por sus siglas en inglés) (American Psychiatric Association [APA], 2022). En concreto, se aborda el modelo de redes y la perspectiva fenomenológico-contextual. En tercer lugar, se realiza un diagnóstico de la cultura que nos ha tocado vivir, sugiriendo que son tiempos difíciles para los jóvenes. Se finaliza con un apartado de recapitulación, donde se comentan las principales conclusiones, así como posibles perspectivas de futuro.

Para una mayor profundización en la salud mental en contextos educativos se remite al lector a los diferentes capítulos de este manual, así como a interesantes trabajos previos (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023; Bosworth, 2015; Cicchetti y Cohen, 2015; Evans et al., 2023; Fernández-Hermida y Villamarín-Fernández, 2021; Fonseca-Pedrero, 2021a, 2021b; Frances, 2014; González y Pérez-Álvarez, 2007; Lerner, 2015; Lucas-Molina y Giménez-Dasí, 2019; OMS, 2024; Zelazo, 2013).

2. LA SALUD MENTAL EN CONTEXTOS EDUCATIVOS

2.1. Delimitaciones conceptuales

En este apartado se delimitan conceptualmente algunos de los términos más utilizados en este campo, evitando excesivas disquisiciones filosóficas. Somos conscientes de que trazar la frontera entre

© Ediciones Pirámide

términos que se encuentran íntimamente entrelazados y que se utilizan con frecuencia de forma indistinta no es tarea sencilla. No se trata aquí tampoco de delinear los límites entre la «normalidad» y lo «anormal». Somos bien conocedores de la ausencia de un significado universal y de que todo depende del cristal con el que se mire, así como del momento, el lugar y la cultura. Sabiendo que no hay una norma que determine la «normalidad» y que los conceptos son amorfos, heterogéneos y cambiantes, se definen brevemente los conceptos de salud, salud mental, bienestar psicológico, resiliencia, malestar y trastorno mental. Más adelante también se abordarán aspectos sobre la naturaleza de los problemas psicológicos y los factores de riesgo y protección. Esperamos que sirva como un esfuerzo por acercarse a la comprensión de algunos términos relacionados con la salud mental.

La OMS (2020) se refiere a la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solamente como ausencia de enfermedades. Adicionalmente, entiende la salud mental como un estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus propias capacidades y las desarrolla, es capaz de expresar sentimientos y de mantener relaciones interpersonales positivas, puede afrontar las tensiones normales del quehacer diario y trabajar de forma fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad. Esta definición de la OMS, un tanto idealista, no solo pone de manifiesto que es un asunto complejo de delimitar y abordar, sino que, además, en sí misma la salud mental no es negativa; no obstante, cuando le preguntamos a las personas de la población general acerca de qué es la salud mental, con frecuencia emergen vocablos impregnados de estigma y asociados a tabú.

Al hilo de la definición de la OMS cabría preguntarse entonces qué es el bienestar psicológico y cuáles son sus principales componentes. De acuerdo con Ryff (2014), y dentro de una aproximación eudaimónica, seis serían las dimensiones que conforman el bienestar psicológico:

- Propósito en la vida: creencia de que la vida tiene algún significado-sentido, dirección y propósito para la persona.
- Autonomía: sentido de autodeterminación e independencia de la persona; verse a uno mismo viviendo de acuerdo con sus propias convicciones personales.
- Crecimiento personal: el sentido de crecimiento y desarrollo como persona; hasta qué punto se hace uso de los talentos y el potencial personal.
- Dominio del entorno: capacidad de manejar el ambiente donde se encuentra la persona y de utilizar efectivamente las oportunidades que este le brinda; la capacidad de gestión de situaciones vitales.
- Relaciones sociales positivas: poseer o desarrollar relaciones de calidad con otros; profundidad de la conexión que se tiene con otras personas significativas.
- Autoaceptación: conocimiento y aceptación de uno mismo, incluida la conciencia de las limitaciones personales.

Estas dimensiones son bastante similares a las propuestas en el modelo PERMA (*positive emotions* P, *engagement* E, *relationships* R, *meaning* M, y *accomplishment* A) de Seligman (2011). Asimismo, el concepto de bienestar psicológico es utilizado con frecuencia como indicador de resiliencia, sobre todo cuando se alude a un proceso de superación de dificultades, adversidades o traumas (Schultze-Lutter et al., 2016). A esta capacidad de asumir con flexibilidad situaciones límite y de sobreponerse se le conoce, de forma genérica, como «resiliencia» (Rutter, 2013). La disminución de dicha capacidad conduce, a nivel teórico, a una mayor vulnerabilidad frente a los avatares de la vida. Ya lo decía en otros términos Sigmund Freud: «he sido un hombre afortunado en la vida, nada me fue fácil».

Tendría sentido también preguntarse, si se ha delimitado «el bienestar», qué es el «malestar». Se entiende por malestar emocional (a veces también denominado distrés mental o emocional, angustia psicológica, sufrimiento psíquico o padecimiento) una percepción subjetiva de desazón, incomodidad o «sentirse mal», que aparece como un conjunto de manifestaciones emocionales y físicas difusas, sin

© Ediciones Pirámide

causa orgánica demostrable. Los síntomas físicos (por ejemplo, dolores musculares y dolores de cabeza) acompañan a los síntomas emocionales, como la tristeza o el «vacío interior», que inducen desasosiego y una constante vivencia de nerviosismo o angustia. Dicha sensación subjetiva puede involucrar la percepción de que el bienestar físico o mental se halla ausente o mermado, de modo que la persona no puede desenvolverse con «normalidad» en la vida diaria. Cabe mencionar que el malestar emocional no es sinónimo de psicopatología ni tampoco es una causa directa, si bien puede estar en la base de muchos problemas, de forma transdiagnóstica, e incrementar el riesgo de trastorno. Aunque muchos problemas psicológicos pueden presentar grados diferentes de malestar, lo cierto es que su mera presencia no es comparable a la psicopatología. El malestar emocional, siguiendo los modelos transaccionales (por ejemplo, definición de estrés centrada en la interacción entre la persona y su medio), sería la respuesta más o menos adaptativa ante una situación o demanda del entorno donde se pierde la homeostasis o equilibrio interno que la persona expresa en forma de padecimiento/sufrimiento psíquico, síntomas emocionales y físicos indefinidos y difusos, y donde se percibe un menoscabo o una erosión del bienestar o la calidad de vida respecto a un momento anterior. Además, y tal como los estudios transculturales lo demuestran, no hay, y no puede haber, categorías universales para el sufrimiento emocional (Johnstone et al., 2019), por más que manuales de referencia como el DSM se empeñen en lo contrario y ayuden (junto con algunas empresas e instituciones) a la *McDonalización* de la salud mental.

La Clasificación Internacional de Enfermedades-11.ª revisión (CIE-11) (OMS, 2024) define los trastornos mentales como «síndromes caracterizados por alteraciones clínicamente significativas de la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que reflejan una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y conductual; estas alteraciones suelen ir asociadas a malestar o deterioro en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes». El manual de descripciones clínicas y requisitos diagnósticos (CDDR, *clinical descriptions and diagnostic requirements*) para los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo de la CIE-11 (OMS, 2024) puede ayudar a la identificación y el diagnóstico precisos y fiables, al entrenamiento y a la compresión de la naturaleza y de los síntomas de estos trastornos. El manual diagnóstico CDDR incluye las características que los profesionales pueden esperar ver en todos los casos del trastorno (características esenciales), sus límites con la normalidad (umbrales) y otras afecciones/problemas (diagnóstico diferencial), así como características relacionadas con el curso, la etapa de desarrollo, el género y la cultura.

El *Informe sobre la salud mental en el mundo* (OMS, 2022) utiliza el concepto «estados de salud mental» *(mental healh conditions)*[3], entendido como «un término amplio que abarca los trastornos mentales y las discapacidades psicosociales; también incluye otros estados mentales asociados a una angustia significativa, un deterioro del funcionamiento o un riesgo de autolesión». Así pues, las *mental healh conditions* comprenden síntomas y experiencias asociados con el malestar psicológico o el deterioro funcional, cumplan o no los requisitos diagnósticos de los trastornos mentales concretos. Incluyen, por ejemplo, reacciones de estrés agudo, dificultades de personalidad y *burnout,* que la CIE-11 no clasifica como trastornos mentales, sino como «factores que influyen en el estado de salud». Recientemente algunos autores sugieren que este concepto de *estados de salud mental* podría sustituir al de «trastorno mental». No solo es menos estigmatizante, sino que, además, desde un modelo dimensional de la salud mental este término englobaría una parte de la población que probablemente se beneficiaría de las intervenciones de las políticas públicas y los sistemas, incluidos los esfuerzos de promoción de la salud y prevención a nivel pobla-

[3] La palabra «condición», al menos en español, suele tener acepciones referidas a una situación interna de la persona, aspecto que, considerando los determinantes sociales y la naturaleza de los fenómenos psicológicos, se debería tratar de evitar.

© Ediciones Pirámide

cional, más que del tratamiento dirigido a trastornos mentales específicos (Reed, 2024).

A la luz de estos ejemplos, no es de extrañar que las revisiones sobre los conceptos de salud mental, resiliencia o bienestar (malestar) psicológico hayan criticado continuamente la falta de una definición operativa y universal de cada constructo, así como su uso indistinto (Reed, 2024; Schultze-Lutter et al., 2016), con las implicaciones que ello conlleva. Un uso indiscriminado de los términos o de una base teórica y conceptual endeble implica, en esencia, que su abordaje difiera en la práctica clínica e investigadora (por ejemplo, en evaluación, intervención y prevención). Sirva como ejemplo de la confusión del asunto una revisión que trató de responder a la pregunta ¿qué es una buena salud mental? (Fusar-Poli et al., 2020). Los resultados indicaron que los ámbitos básicos que definen una buena salud mental abarcan: alfabetización en salud mental, actitud hacia los trastornos mentales, autopercepción y valores, habilidades cognitivas, rendimiento académico/profesional, emociones, comportamientos, estrategias de autogestión, habilidades sociales, relaciones familiares y significativas, salud física, salud sexual, sentido de la vida y calidad de vida. Estos hallazgos, aunque pudiera parecer que arrojan algo de luz a la cuestión, ponen de manifiesto la complejidad del objetivo de estudio, así como la amplia amalgama de factores involucrados[4]. Por lo pronto, más que respuestas surgen preguntas. Y más que claridad, tal vez genera confusión.

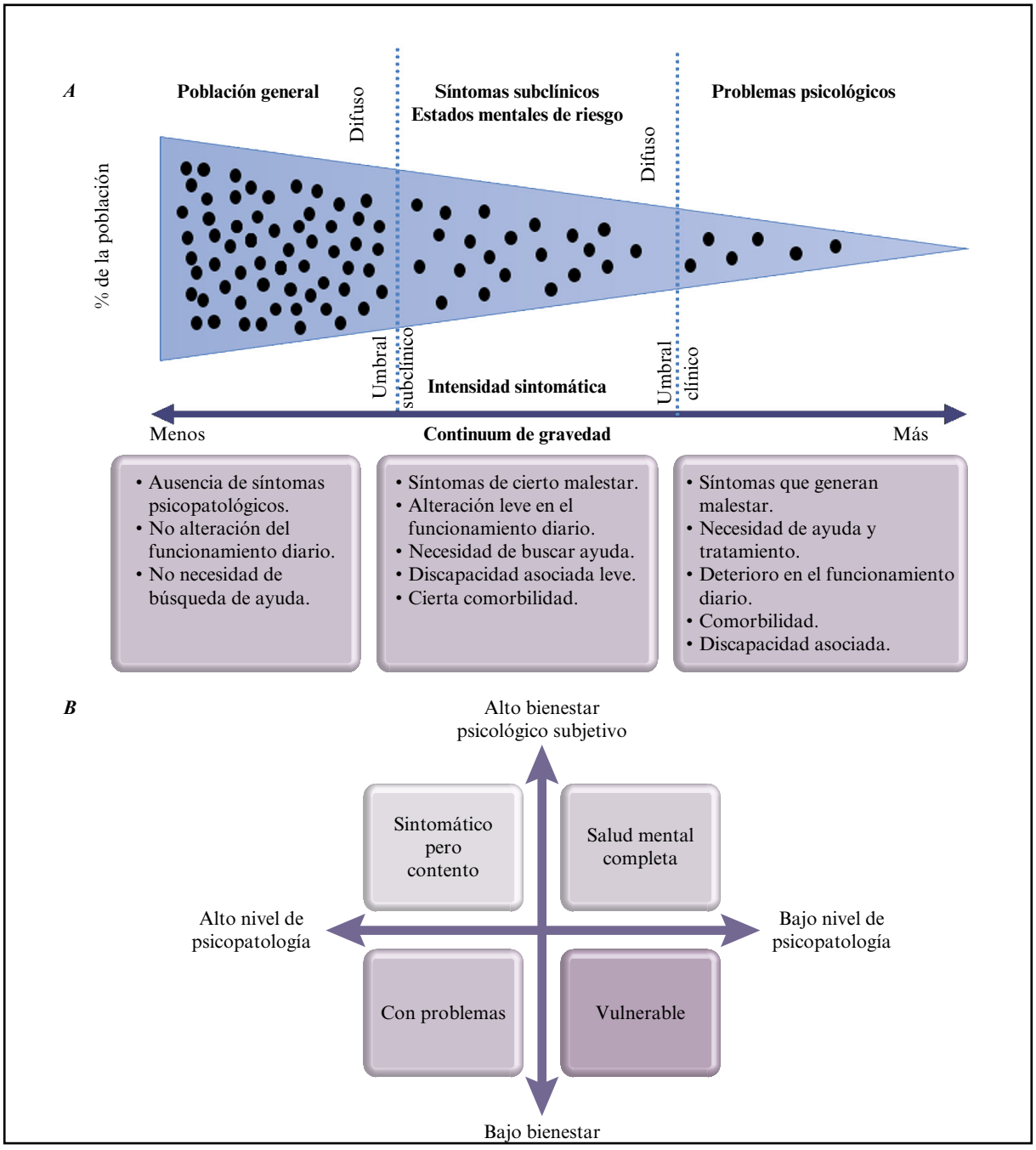
Los modelos tradicionales han considerado la salud mental desde una perspectiva unidimensional, donde el bienestar y los problemas de salud mental eran considerados elementos distintos, polos opuestos dentro de un continuo. Según este acercamiento, los fenómenos psicológicos (por ejemplo ansiedad, depresión, experiencias psicóticas) se expresan en dimensiones que se hallan distribuidas normalmente en la población general. Ello implica que este conjunto de fenómenos se extiende más allá de las fronteras clínicas establecidas por los manuales diagnósticos internacionales, y se puede encontrar presente en la población sin estar asociado necesariamente a problemas de salud mental. Por poner un ejemplo, un número considerable de personas de la población general puede referir estados de ansiedad de forma puntual y transitoria sin que ello sea indicador de un verdadero problema psicológico (véase, por ejemplo, un trastorno mental que recibe la etiqueta de trastorno de ansiedad generalizada). Además, dentro de esta continuidad fenotípica se pueden encontrar diferentes manifestaciones expresadas en un continuo de gravedad (véase figura 1.1). Dicho *continuum* está acotado por dos polos, salud-enfermedad, cuyas expresiones oscilan desde el bienestar (salud), pasando por determinadas dificultades y síntomas subclínicos, hasta llegar a un trastorno de salud mental clínicamente diagnosticado. No obstante, otros autores han propuesto el modelo de factor dual (Suldo y Shaffer, 2008), donde la salud mental no sería una cuestión unidimensional sino bidimensional (figura 1.1). La ausencia de psicopatología puede representar una condición necesaria, pero no suficiente, dado que la falta de psicopatología no implica la presencia de bienestar. Alto-bajo nivel de psicopatología y alto-bajo bienestar subjetivo no son polos opuestos de una sola dimensión. De la combinación de estos dos vectores se conforman cuatro grupos de personas:

a) Salud mental completa (bienestar alto vs. psicopatología baja).
b) Vulnerable (bienestar bajo vs. psicopatología baja).
c) Sintomático pero contento (bienestar alto vs. psicopatología alta).
d) Con problemas (bienestar bajo vs. psicopatología alta).

Este modelo trata de facilitar una comprensión integral de la salud mental y encaja bien con el modelo de sistema múltiple de apoyos que se comentará más adelante. También se pone de relieve la importancia de incorporar indicadores positivos de

[4] Al hilo de lo comentado, esto recuerda a aquello que decía Agustín de Hipona: «¿Qué es el tiempo? Si nadie me lo pregunta lo sé, pero si trato de explicárselo a quien me lo pregunta no lo sé».

© Ediciones Pirámide



FUENTE: figuras adaptadas de Fonseca-Pedrero et al. (2023c) y de Suldo y Shaffer (2008).

Figura 1.1.—Modelo dimensional de salud mental (*A*) y modelo de factor dual en salud mental (*B*).

© Ediciones Pirámide

bienestar, junto con los modelos de salud mental tradicionales, para comprender mejor las relaciones entre la salud mental de las personas y los resultados educativos. El fomento de la salud mental debe ir más allá de la reducción de los síntomas, y los profesionales podrían incluir intervenciones relacionadas con el bienestar en su práctica habitual para mejorar los resultados de salud mental de los estudiantes (Magalhães, 2024), así como el proceso de enseñanza-aprendizaje, el clima escolar o el rendimiento académico.

2.2. La naturaleza de lo psicológico

El afamado dramaturgo romano Publio Terencio, allá por el 165 a. C., dejó escrita la siguiente frase: «nada de lo humano me resulta ajeno». Salvando las distancias, a nosotros nada de lo psicológico nos es ajeno o, si se quiere, todo lo humano nos concierne. La psicología tiene como piedra miliar el estudio, comprensión y abordaje de la conducta (en toda su extensión) de las personas. Reconoce abiertamente la naturaleza multicausal, multidimensional, dinámica, probabilística, adaptativa, plural, interactiva, contextual y funcional del comportamiento. Nótese que, en nuestro objeto de estudio, las variables son, a veces, escurridizas, interactivas, biopsicosociales, líquidas, evanescentes...; en suma, son psicológicas. No es casualidad que nuestro logo sea la *psiqué,* mariposa en griego, que simboliza todo lo que la psicología tiene de volátil. El comportamiento humano fermenta y se desarrolla en una estrecha banda de conocimientos acotada por una base neurobiológica y un entorno sociocultural. La psicología mira de reojo a cada una de ellas, intentando no caer en reduccionismos ni de un lado ni del otro. Queda claro por tanto la complejidad de nuestro objeto de estudio.

La comprensión de los fenómenos psicológicos se encuentra íntimamente ligada al paradigma científico vigente, a los modelos teóricos imperantes e, incluso, al contexto socioeconómico y cultural dominante. Aspectos, todos ellos, que determinan la óptica con la que el profesional de la psicología se aproxima, pregunta e interpreta la realidad (sea o no consciente de ello), y que acarrean claras implicaciones científicas, epistemológicas y gremiales (Pérez-Álvarez, 2019, 2021). Ciertamente otra psicología es posible (al menos en el campo de la salud mental) de la mano de la metodología cualitativa (los métodos mixtos), la psicoterapia más como ciencia humana que tecnológica y el rescate de la primera persona y los determinantes sociales (Pérez-Álvarez, 2019). Como ocurre con cualquier otra realidad, para una comprensión adecuada de la conducta (en su sentido amplio) hay que entender tanto sus aspectos cualitativos como cuantitativos, esto es, la comprensión de la conducta implica conocer tanto su cantidad como su cualidad. La integración de lo cualitativo y lo cuantitativo permite obtener una comprensión más profunda, real y sensata en el estudio de fenómenos tan complejos como son los psicológicos. Sirva como ejemplo la primera revisión *bottom-up* de la experiencia vivida, en primera persona, por adolescentes con diagnóstico de trastornos mentales (Fusar-Poli et al., 2024). Esta perspectiva fenomenológica puede repercutir en la práctica clínica, la investigación y la sociedad en su conjunto. Es sin duda alguna, una brisa primaveral.

Igualmente, es de sobra conocido que el comportamiento humano se ajusta mal a lo lineal, a lo estático y a lo unilateral. Los modelos unicausales (por ejemplo, el neurotransmisor X causa el trastorno Z, o tiene depresión por un déficit de serotonina) no pueden capturar la enorme complejidad inherente a la diversidad humana. El lector debe saber que se puede reducir la complejidad lo máximo posible, eso sí, sin caer en el absurdo. Nunca se podrá explicar ni comprender en toda su riqueza una experiencia psicológica vivenciada por una persona concreta analizando únicamente el cambio neuroquímico a nivel neuronal o los chispazos cerebrales. Los avances en el conocimiento del cerebro ayudan sin duda a entender el comportamiento humano, pero es ingenuo y erróneo pensar que, cuan glándula, el cerebro segrega la conducta; sencillamente no es así. Como símil, podríamos decir que no se puede entender la obra de *El Quijote* analizando únicamente la composición química de la tinta con la que se escribió. Por otra parte, no conviene olvidar

© Ediciones Pirámide

que los genes codifican proteínas, no comportamientos. A este respecto, pululan por la red elocuentes afirmaciones y luminosos letreros que pudieran llegar a hacer pensar a algunos pocos, o a algunos muchos, que ya se han encontrado las causas genéticas y neurobiológicas de los denominados trastornos mentales. No obstante, la evidencia científica nos muestra que estamos lejos de ello (Borsboom et al., 2019; Fonseca-Pedrero, 2019; Joseph, 2021; Radua et al., 2018). A modo de ejemplo, y con fines de reflexión, se analizan cuatro trabajos recientes que abordan estos temas fundantes:

a) En primer lugar, se comenta un estudio de revisión que buscaba encontrar las causas de la psicosis (Radua et al., 2018). De todos los factores de riesgo analizados, se encontró que únicamente los estados mentales de alto riesgo (personas que refieren síntomas subclínicos psicóticos) (*odds ratio, OR* = 9,32, IC 95%: 4,91-17,72) y el origen étnico negro-caribeño en Inglaterra (*OR* = = 4,87, IC 95%: 3,96-6,00) eran los que parecían mostrar una evidencia convincente de asociación. Otros seis factores (minoría étnica en área de baja densidad étnica, inmigrantes de segunda generación, anhedonia rasgo, CI premórbido, anomalías físicas menores y capacidad de identificación olfativa) mostraron evidencia altamente sugerente. Como se puede ver, ninguno de ellos se refiere a supuestos déficits bioquímicos de tipo dopaminérgico o alteraciones en el córtex prefrontal dorsolateral. Algo similar se encuentra en otra revisión sobre factores de riesgo y biomarcadores para los trastornos del espectro de la esquizofrenia (Belbasis et al., 2018). Los autores afirman: «A pesar de identificar 98 asociaciones, solo hay pruebas sólidas que sugieran que el consumo de cannabis, la exposición a acontecimientos estresantes durante la infancia y la edad adulta, los antecedentes de complicaciones obstétricas y un nivel bajo de folato confieren un mayor riesgo de desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico». Parece ser que las evidencias sobre los biomarcadores periféricos de los trastornos del espectro esquizofrénico siguen siendo limitadas.

b) En segundo lugar, se presenta un trabajo sobre marcadores proteómicos para identificar el riesgo de psicosis (Byrne et al., 2024). La meta sería predecir la psicosis a través de análisis del proteoma sanguíneo. De forma somera, los hallazgos no permitieron encontrar un modelo de predicción proteómica para transición de individuos de alto riesgo clínico para la psicosis; no obstante, los autores concluyen que estos resultados son derivados de muestras pequeñas y deben interpretarse con cautela. Al hilo del estudio, uno no puede dejar de pensar en las hipótesis humorales.

c) En tercer lugar, se hace referencia a un trabajo de revisión sistemático sobre el valor diagnóstico de biomarcadores en infancia y adolescencia para los trastornos del neurodesarrollo (Cortese et al., 2023). Tras un análisis exhaustivo se concluyó: «Aunque la mayoría de los estudios se centraron simplemente en las asociaciones, no pudimos encontrar ningún biomarcador para el que hubiera pruebas —de dos o más estudios de grupos de investigación independientes, con resultados que fueran en la misma dirección— de una especificidad y sensibilidad de al menos el 80%». Parece ser que los biomarcadores moleculares en salud mental aún están lejos de poder diagnosticar un trastorno.

d) En cuarto lugar, se presenta una revisión de metaanálisis sobre factores de riesgo y de protección de los trastornos mentales de inicio en la infancia/adolescencia (Solmi et al., 2021). En este caso los hallazgos fueron: «ninguno de ellos cumplía los criterios de pruebas convincentes o muy sugestivas».

En suma, hasta la fecha las evidencias empíricas no permiten asegurar la causalidad neurobiológica de los trastornos psicológicos (Pérez-Álvarez,

© Ediciones Pirámide

2021). Esto es, no se ha hallado ninguna alteración funcional o estructural cerebral subyacente de tipo causal que esté en la base de un problema psicológico como, por ejemplo, la esquizofrenia (Fonseca-Pedrero, 2019). Naturalmente, eso no quiere decir que no sean necesarias investigaciones que integren y analicen los determinantes psicosociales y biológicos de la salud (López-Otín y Kroemer, 2024). Sea como fuere, el profesional de la psicología tiene que estar atento a todo tipo de falacias muy extendidas, y ser consciente de algunos mitos muy socorridos, como, por ejemplo (Pérez-Álvarez, 2018):

a) El mito del diagnóstico psiquiátrico como criterio de validez.
b) El mito de los trastornos mentales como supuestas enfermedades genéticas/biológicas.
c) El mito del «cerebro creador», que cual homúnculo independiente segrega la conducta.

Siempre es difícil combatir las falacias y los mitos en este y otros ámbitos, si bien nuestra arma más eficaz es la aportación de evidencias empíricas rigurosamente obtenidas.

Por su naturaleza, los problemas psicológicos deben ser considerados entidades interactivas, más que enfermedades fijas, naturales, ahí-dadas en el mundo, como si fueran los elementos de la tabla periódica (Pérez-Álvarez, 2021). La causa material de la que están hechos los problemas psicológicos serían los «problemas de la vida», adversidades, agobios, amenazas, conflictos, crisis, decepciones, frustraciones, incertidumbres, traumas, etc. (Pérez-Álvarez, 2020), y no supuestas averías intrapsíquicas. A este respecto, fenómenos como escuchar voces, el miedo a perder el control o los pensamientos repetitivos de muerte son radicalmente psicológicos, por lo que únicamente se puede llegar a comprender su verdadero significado considerando a la persona que los vivencia subjetivamente, en función de su contexto biográfico y sociocultural. Se considera esencial rescatar una narrativa en primera persona de los problemas de salud mental, situando las «raíces» de la conducta en el contexto intersubjetivo, interpersonal y sociocultural. Asimismo, la conducta humana obedece más a razones que a causas, y esas razones se tienen que comprender en el arco narrativo de la persona. Se podría decir que «nadie se vuelve loco sin alguna razón». Menninger (1927) ya explicaba estas ideas magníficamente utilizando la metáfora del pez enganchado al anzuelo, con la finalidad de describir el comportamiento de las personas que tienen dificultades inusuales:

> «Cuando una trucha que se eleva en un vuelo se engancha en el anzuelo y se encuentra incapaz de nadar libremente, comienza una lucha que resulta en forcejeos y salpicaduras y a veces se escapa... Del mismo modo, el ser humano lucha... con los anzuelos que lo atrapan. A veces domina sus dificultades; a veces son demasiado para él. Las luchas son todo lo que el mundo ve, y por lo general las malinterpreta. Es difícil para un pez libre entender lo que le pasa a uno que se encuentra atrapado» (p. 3).

Como bien señalan Johnstone et al. (2019), todos los intentos existentes hasta la fecha para desarrollar patrones causales alternativos, ya sean biológicos o psicológicos (añadimos también aquí los sociales), no han funcionado, al chocar con «el problema del todo», que se refiere a lo siguiente:

— Todo causa todo: un amplio rango de adversidades está implicado en casi todas las presentaciones del sufrimiento.
— Todo el mundo ha experimentado de todo: pocas personas en espacios de salud mental (o en otros servicios de bienestar sociales o de justicia penal) han padecido una adversidad o desventaja social única.
— Todos sufren de todo: en términos diagnósticos esto se conoce como comorbilidad, y tradicionalmente conduce a aplicar múltiples diagnósticos a lo largo del tiempo.

Como resulta evidente por el texto que precede, proponemos un enfoque contextual como el más genuino de la psicología y el más acorde con la naturaleza de los problemas psicológicos (Pérez-Álva-

© Ediciones Pirámide

rez y Fonseca-Pedrero, 2021). Se invita al lector a reflexionar sobre dónde quedaría lo «social» en el socorrido, pero a veces mal comprendido, modelo biopsicosocial (Engel, 1980), o los motivos por los que no se podría rebautizar como modelo socio-psico-biológico. Este enfoque contextual pone en el centro de la ecuación a la persona y su biografía, a las capacidades y fortalezas, y no tanto a las discapacidades. Más que hablar de nadies, ningunos o ninguneados, parafraseando a Galeano, hablemos de personas concretas, con nombres y apellidos. Se necesita una mirada verdaderamente humanizada e inclusiva que recoja y entienda la diversidad humana como un valor.

Nótese que no se niega aquí que el sufrimiento sea real, ni tampoco la naturaleza biopsicosocial de los problemas psicológicos, sino que se cuestiona cómo se crea, etiqueta y clasifica el comportamiento humano en función de criterios a veces muy banales, prosaicos e interesados. Por ejemplo, el descenso de umbrales diagnósticos con fines espurios, la inflación diagnóstica, la mercantilización de los trastornos o la medicalización de la vida.

2.3. Datos epidemiológicos

Los problemas de salud mental y las dificultades de ajuste psicológico se encuentran entre una de las principales dificultades de los sistemas educativos, familiares, sanitarios y sociales. En personas jóvenes los problemas psicológicos se hallan entre las primeras causas de discapacidad asociada y carga de enfermedad a nivel mundial (Gore et al., 2011; Kieling et al., 2024; Walker et al., 2015). La OMS (2022), en su *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos,* apostilla que mil millones de personas en todo el mundo reciben un diagnóstico de trastorno mental (más de uno de cada ocho adultos y adolescentes). La depresión, con 280 millones de personas, y la ansiedad, con 301 millones de personas, son los grupos más numerosos. Los trastornos del neurodesarrollo, la esquizofrenia, los trastornos bipolares y de conducta, por citar algunos, también afectan a cientos de miles de personas en todo el planeta.

A nivel mundial, en 2019, 293 millones de personas de 5 a 24 años (de un total de 2.516 millones de esa edad en todo el mundo) tenían al menos un trastorno mental, y 31 millones recibieron un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias (Kieling et al., 2024). Para este grupo de edad, la prevalencia media de trastornos mentales es del 11,63%, mientras que para los trastornos por consumo de sustancias es del 1,22%. La prevalencia por tipos de trastornos y en función del sexo y la edad se recoge en la tabla 1.2. Asimismo, de acuerdo con el informe de UNICEF *En mi mente* (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2022), en Europa para el grupo de 10 a 19 años la prevalencia es del 16,3%, mientras que en España del 20,8%. Esto significa que 982.291 adolescentes españoles de 10 a 19 años viven con un diagnóstico de trastorno mental: depresión, ansiedad, trastorno bipolar, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos del espectro autista, trastornos de conducta, esquizofrenia, discapacidad intelectual idiopática, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y trastornos de la personalidad. Un total estimado de 9 millones en Europa. En 2019, la ansiedad y la depresión representaron el 55% de todos los trastornos mentales entre los adolescentes de 10 a 19 años en Europa. El resultado de todos estos datos es que millones de personas en todo el mundo sufren por este motivo sin recibir la atención psicológica necesaria.

La carga de enfermedad asociada a los problemas de salud mental es enorme. Los trastornos mentales son la principal causa de «años vividos con discapacidad» (YLD, por sus siglas en inglés). A lo largo de toda la vida, el 24,85% de todos los YLD atribuibles a trastornos mentales se registraron antes de los 25 años (Kieling et al., 2024). Además, la carga real de morbilidad asociada a estos síndromes es considerablemente mayor, debido a la marcada mortalidad prematura de este grupo. En la tabla 1.3 se presenta la clasificación de los trastornos mentales y los trastornos por consumo de sustancias según la discapacidad no mortal expresada en YLD por grupo de edad. Como se puede observar, los problemas relacionados con salud mental ocupan las primeras posiciones en todos los grupos de edad. Por su parte, el *Global burden of di-*

© Ediciones Pirámide

TABLA 1.2

Prevalencia mundial de los trastornos mentales en niños y jóvenes

Causa	Prevalencia, porcentaje (95% IC)			
	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-24 años
Todos los trastornos mentales				
Total	6,81 (5,60-8,03)	12,41 (10,57-14,45)	13,96 (12,37-15,78)	13,63 (11,91-15,53)
Mujer	5,62 (4,60-6,46)	11,24 (9,42-13,25)	13,86 (12,11-15,85)	14,53 (12,52-16,74)
Hombre	7,92 (6,49-9,41)	13,51 (11,57-15,72)	14,06 (12,45-15,92)	12,76 (11,23-14,58)
Trastorno de ansiedad				
Total	1,32 (0,86-1,87)	3,35 (2,28-4,67)	4,34 (3,23-5,70)	4,58 (3,25-6,27)
Mujer	1,62 (1,05-2,30)	4,12 (2,85-5,73)	5,39 (4,03-7,06)	5,73 (4,09-7,79)
Hombre	1,04 (0,68-1,48)	2,62 (1,79-3,72)	3,35 (2,48-4,42)	3,46 (2,45-4,77)
TDAH				
Total	2,14 (1,42-3,03)	2,87 (1,93-4,02)	2,26 (1,58-3,16)	1,61 (1,15-2,34)
Mujer	1,14 (0,76-1,63)	1,54 (1,04-2,19)	1,25 (0,86-1,76)	0,91 (0,64-1,31)
Hombre	3,08 (2,05-4,34)	4,11 (2,77-5,73)	3,23 (2,26-4,50)	2,29 (1,63-3,35)
Trastorno del espectro autista				
Total	0,43 (0,35-0,51)	0,41 (0,34-0,49)	0,40 (0,33-0,47)	0,38 (0,32-0,46)
Mujer	0,21 (0,17-0,25)	0,20 (0,16-0,24)	0,19 (0,16-0,23)	0,19 (0,15-0,23)
Hombre	0,63 (0,52-0,74)	0,61 (0,51-0,72)	0,59 (0,49-0,70)	0,57 (0,48-0,69)
Trastorno bipolar				
Total	NA	0,16 (0,11-0,23)	0,58 (0,40-0,80)	0,72 (0,52-0,96)
Mujer	NA	0,17 (0,11-0,24)	0,60 (0,42-0,83)	0,75 (0,54-1,00)
Hombre	NA	0,16 (0,10-0,23)	0,56 (0,39-0,77)	0,69 (0,49-0,91)
Trastornos del comportamiento				
Total	1,02 (0,65-1,46)	3,27 (2,28-4,43)	2,00 (1,37-2,80)	NA
Mujer	0,69 (0,41-1,02)	2,44 (1,59-3,50)	1,34 (0,85-2,06)	NA
Hombre	1,34 (0,86-1,89)	4,05 (2,91-5,36)	2,63 (1,86-3,56)	NA
Trastornos depresivos				
Total	0,08 (0,05-0,13)	0,98 (0,65-1,37)	2,69 (2,05-3,45)	3,85 (2,96-4,91)
Mujer	0,10 (0,06-0,16)	1,26 (0,84-1,77)	3,38 (2,58-4,35)	4,69 (3,58-5,98)
Hombre	0,06 (0,03-0,09)	0,71 (0,47-1,00)	2,02 (1,54-2,60)	3,04 (2,32-3,90)

© Ediciones Pirámide

TABLA 1.2 *(continuación)*

Causa	Prevalencia, porcentaje (95% IC)			
	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-24 años
Trastorno de la conducta alimentaria				
Total	0,01 (0,01-0,01)	0,10 (0,07-0,16)	0,32 (0,21-0,49)	0,42 (0,26-0,62)
Mujer	0,01 (0,01-0,01)	0,14 (0,09-0,20)	0,44 (0,29-0,67)	0,59 (0,38-0,84)
Hombre	0,01 (0,01-0,01)	0,08 (0,05-0,12)	0,20 (0,13-0,32)	0,26 (0,15-0,40)
Discapacidad intelectual				
Total	2,04 (1,29-2,80)	2,01 (1,27-2,76)	1,92 (1,21-2,65)	1,76 (1,10-2,44)
Mujer	2,01 (1,30-2,72)	1,98 (1,29-2,69)	1,89 (1,22-2,58)	1,74 (1,12-2,38)
Hombre	2,08 (1,29-2,87)	2,03 (1,26-2,82)	1,95 (1,20-2,71)	1,79 (1,10-2,49)
Esquizofrenia				
Total	NA	0,01 (0-0,01)	0,07 (0,04-0,10)	0,24 (0,17-0,34)
Mujer	NA	0,01 (0-0,01)	0,06 (0,04-0,09)	0,23 (0,16-0,31)
Hombre	NA	0,01 (0-0,01)	0,07 (0,05-0,11)	0,26 (0,18-0,36)
Otros trastornos mentales				
Total	NA	0,06 (0,04-0,09)	0,41 (0,25-0,60)	1,01 (0,64-1,45)
Mujer	NA	0,05 (0,03-0,07)	0,31 (0,18-0,47)	0,78 (0,46-1,14)
Hombre	NA	0,07 (0,05-0,11)	0,49 (0,31-0,72)	1,23 (0,80-1,76)

FUENTE: tomado de Kieling et al. (2024). Las celdas NA (no aplicable) muestran los trastornos para los que no se estimó la prevalencia dentro del grupo de edad. Los trastornos de ansiedad incluyeron la estimación combinada de todos los subtipos de trastornos de ansiedad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); los trastornos depresivos, el trastorno depresivo mayor y la distimia; los trastornos de la conducta alimentaria, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa; la discapacidad intelectual, la discapacidad intelectual idiopática del desarrollo, que comprende la discapacidad intelectual de cualquier origen desconocido una vez contabilizadas todas las demás fuentes de discapacidad intelectual; y otros trastornos mentales, categoría residual correspondiente a un grupo agregado de trastornos de la personalidad. TDAH = trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

seases, injuries, and risk factors study (GBD) 2019 (Ferrari, 2022)[5] reveló que los trastornos mentales permanecieron entre las diez principales causas de carga de enfermedad en todo el mundo, sin evidencia de una reducción global de la misma desde 1990. Desde el punto de vista económico, la pérdida anual de capital humano por trastornos de salud mental en el grupo de edad de 0 a 19 años es de 387.200 millones de dólares, de los cuales 340.200 millones están relacionados con los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2022). En los 27 países de la Unión Europea y el Reino Unido los costes totales de los problemas de salud mental se estiman en más del 4% del PIB, más de 600.000 millones de euros (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2018).

[5] El GBD es un documento de trabajo colaborativo en el que se realizan estimaciones de prevalencia y carga de enfermedad de 12 diagnósticos de trastornos mentales en función del sexo, en 23 grupos de edad y de 204 países en el intervalo temporal entre 1990 y 2019.

© Ediciones Pirámide

TABLA 1.3

Clasificación de los trastornos mentales según la discapacidad no mortal expresada en años vividos con discapacidad (YLD) por grupo de edad

Edad 5-9 años	Edad 10-14 años	Edad 15-19 años	Edad 20-24 años
8.ª Trastornos de ansiedad	3.ª Trastornos de la conducta	2.ª Trastornos depresivos	2.ª Trastornos depresivos
9.ª Trastornos de la conducta	4.ª Trastornos de ansiedad	3.ª Trastornos de ansiedad	4.ª Trastornos de ansiedad
17.ª Discapacidad intelectual	8.ª Trastornos depresivos	8.ª Trastornos de la conducta	6.ª Trastornos por consumo de sustancias
21.ª Trastornos del espectro autista	19.ª Discapacidad intelectual	11.ª Trastorno bipolar	11.ª Esquizofrenia
34.ª TDAH	22.ª Trastornos del espectro autista	16.ª Trastornos por consumo de sustancias	12.ª Trastornos por uso de alcohol
40.ª Trastornos depresivos	32.ª Trastorno bipolar	25.ª Discapacidad intelectual	13.ª Trastorno bipolar
85.ª Trastornos de la conducta alimentaria	34.ª TDAH	27.ª Trastornos de la conducta alimentaria	25.ª Trastornos de la conducta alimentaria
95.ª Trastornos por uso de alcohol	47.ª Trastornos de la conducta alimentaria	29.ª Trastornos del espectro autista	30.ª Otros trastornos mentales
NA. Trastorno bipolar	76.ª Esquizofrenia	31.ª Trastornos por uso de alcohol	31.ª Discapacidad intelectual
NA. Otros trastornos mentales	78.ª Trastornos por uso de alcohol	35.ª Esquizofrenia	34.ª Trastornos del espectro autista
NA. Esquizofrenia	79.ª Otros trastornos mentales	49.ª Otros trastornos mentales	62.ª TDAH
NA. Trastornos por consumo de sustancias	90.ª Trastornos por consumo de sustancias	52.ª TDAH	NA. Trastornos de la conducta

FUENTE: tomado de Kieling et al. (2024). En cada grupo de edad, el orden de las columnas refleja la clasificación dentro del grupo de trastornos mentales, mientras que el número dentro de cada celda refleja la clasificación general entre todas las causas dentro del estudio de la Carga Mundial de Morbilidad de 2019 (que incluye cáncer, diabetes, etc.). Las celdas NA (no aplicable) muestran los trastornos para los que no se estimó la carga dentro del grupo de edad. Los trastornos de ansiedad incluyeron la estimación combinada de todos los subtipos de trastornos de ansiedad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); los trastornos depresivos, el trastorno depresivo mayor y la distimia; los trastornos de la conducta alimentaria, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa; la discapacidad intelectual, la discapacidad intelectual idiopática del desarrollo, que comprende la discapacidad intelectual de cualquier origen desconocido una vez contabilizadas todas las demás fuentes de discapacidad intelectual; y otros trastornos mentales, categoría residual correspondiente a un grupo agregado de trastornos de la personalidad. TDAH = trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

© Ediciones Pirámide