

SECTOR PARA LA PASTORAL JUVENIL SALESIANA

RECONOCER PARA ACOMPAÑAR LA SALUD MENTAL DE LOS JÓVENES

GUÍA PARA EDUCADORES



RECONOCER PARA ACOMPAÑAR LA
SALUD MENTAL DE LOS JÓVENES

GUÍA PARA EDUCADORES

Ilustración de portada

Podemos contemplar un adolescente o joven, de edad y sexo no muy definidos, que de algún modo quiere representar todas las etapas de la vida y a todas las personas.

Por un lado, las manchas, los arañazos, las velas, los colores desteñidos son reflejo de las múltiples dolencias y enfermedades que se pueden experimentar en la vida. Por otro, un pájaro fantástico que representa al educador, una figura muy reconocida en muchas culturas, que también puede verse como el Espíritu Santo, o más bien el Padre que, a través del Espíritu, nos conduce hacia quienes nos necesitan.

De ahí las notas musicales, como una canción, como las palabritas susurradas al oído de Don Bosco, que buscan ayudar e impregnar las dificultades hasta llegar a lo más precioso de cada joven.

Las alas del pájaro se abren y van hacia la sangre para esa conexión con Dios (la infinitud del Creador).

El diamante en el corazón de cada joven habla de cómo, a pesar de toda la destrucción, agitación, depresión, etc., hay un corazón que brilla, la piedra preciosa que todos llevamos dentro, nuestro diamante interior.

Propiedad reservada del Sector para la Pastoral Juvenil, SDB
Salesiani di Don Bosco - Sede Centrale
Via Marsala, 42 00185 Roma

© Salesiani di Don Bosco
© 2025

Diseño gráfico: Graphic Art 6 srl - Roma: Graphic Art 6 srl - Roma
Ilustración de portada: Javier Carabaño

SECTOR PARA LA PASTORAL JUVENIL SALESIANA

**RECONOCER PARA ACOMPAÑAR
LA SALUD MENTAL DE LOS JÓVENES
GUÍA PARA EDUCADORES**



Idea original y redacción del proyecto:

Antonella Sinagoga

Miguel Ángel García Morcuende, SDB

*Agradecimientos especiales a los expertos que han colaborado
(por orden alfabético):*

Claudia Chiavarino (IUSTO)

Anna Rita Colasanti (UPS – Roma)

Alessandro Iannini (UPS – Roma)

Stefano Tognacci, sdb (UPS – Roma)





Sumario

Presentación	13
--------------------	----

CAPÍTULO 1

EL ESTIGMA EN LA SALUD MENTALE

1.1 Cómo reconocer el estigma de la salud mental	17
• El estigma social impregna aún muchas culturas	17
• La discriminación como consecuencia del estigma	18
1.2 Principales mitos y falsas creencias acerca de la salud mental	20
1.3 Cómo acompañar el estigma en el entorno educativo	22

CAPÍTULO 2

TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

2.1 Cómo reconocer el trastorno de ansiedad social	25
• Me siento como si todos me estuvieran mirando, me siento como un bicho raro	25
• Los síntomas del trastorno de ansiedad social	26
• Prevalencia	27
2.2 Tipología de los trastornos de ansiedad social	28
• Las diferentes caras del trastorno de ansiedad social	28
• Causas que concurren al trastorno de ansiedad social	29
2.3 Señales de alarma del trastorno de ansiedad social	30
2.4 Principales mitos y falsas creencias acerca del trastorno de ansiedad social	32
2.5 Cómo acompañar el trastorno de ansiedad social en el entorno educativo	32
• Un enfoque sistemático, empático y personalizado	32
• Técnicas para trabajar a fondo en varios aspectos relacionados con el trastorno de ansiedad social	33

CAPÍTULO 3

DEPRESIÓN JUVENIL

3.1	Cómo reconocer la depresión	37
	• Aplastados por un sentimiento profundo de vacío	37
	• Los síntomas de la depresión	38
	• Prevalencia	39
3.2	Tipología de los trastornos depresivos	39
	• Las diferentes caras de la depresión	39
	• Causas que concurren a la depresión	41
3.3	Señales de alarma de la depresión	42
3.4	Principales mitos y falsas creencias acerca de la depresión	45
3.5	Cómo acompañar la depresión en el entorno educativo	46
	• Una especial atención a la prevención primaria	46
	• Técnicas para trabajar a fondo en varios aspectos relacionados con la depresión	48

CAPÍTULO 4

TRASTORNOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

4.1	Cómo reconocer los trastornos somáticos	51
	• Cuando el cuerpo habla	51
	• Los síntomas de los trastornos somáticos	52
	• Prevalencia	53
4.2	Causas que concurren a los trastornos somáticos	54
4.3	Señales de alarma de los trastornos somáticos	56
4.4	Principales mitos y falsas creencias acerca de los trastornos somáticos	57
4.5	Cómo acompañar los síntomas somáticos en el entorno educativo	58
	• Un enfoque de gran atención, sensible y multidisciplinario	58
	• Técnicas para trabajar a fondo en los distintos aspectos relacionados con los trastornos somáticos y el dismorfismo físico	59

CAPÍTULO 5

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

5.1	Cómo reconocer los trastornos alimentarios.....	65
•	Estoy enfermo, pero me cuesta admitirlo	65
•	Los síntomas de los trastornos alimentarios.....	66
•	Prevalencia	67
5.2	Tipología de los trastornos alimentarios.....	67
•	Las diferentes caras de los trastornos alimentarios	67
•	Causas que concurren a los trastornos alimentarios	70
5.3	Señales de alarma de los trastornos alimentarios	71
5.4	Principales mitos y falsas creencias acerca de los trastornos alimentarios.....	72
5.5	Cómo acompañar los trastornos alimentarios en el entorno educativo .	74
•	Principales ámbitos y factores que merecen especial atención.....	74
•	Técnicas para trabajar a fondo en los distintos aspectos relacionados con los trastornos alimentarios	79

CAPÍTULO 6

ADICCIONES COMPORTAMENTALES

6.1	Cómo reconocer las adicciones comportamentales.....	85
•	Toda adicción esconde una gran insatisfacción	85
•	Prevalencia	87
6.2	Tipología de las adicciones comportamentales.....	87
•	Las diferentes caras de las adicciones comportamentales.....	87
•	Causas que concurren a las adicciones comportamentales.....	90
6.3	Señales de alarma de las adicciones comportamentales	91
6.4	Principales mitos y falsas creencias acerca de las adicciones comportamentales	93
6.5	Cómo acompañar los trastornos comportamentales en el entorno educativo	94
•	Intervenciones educativas y asistencia para desarrollar competencias sociales y comportamentales	94
•	Estrategias de trabajo preventivo en varios aspectos relacionados con las adicciones	96

CAPÍTULO 7

PSICOSIS

7.1 Cómo reconocer la psicosis	101
• Una sensación extraña, como si algo llegara desde dentro	101
• Los síntomas de la psicosis	102
• Prevalencia	103
7.2 Tipología de la psicosis	103
• Las diferentes caras de la psicosis	103
• Causas que concurren a la psicosis	105
7.3 Señales de alarma de la psicosis	106
7.4 Principales mitos y falsas creencias acerca de la psicosis	107
7.5 Cómo acompañar las psicosis en el entorno educativo	109
• Una intervención educativa eficaz: empatía, escucha activa y asistencia emocional	109
• Técnicas para trabajar a fondo en los distintos aspectos relacionados con la psicosis	110

CAPÍTULO 8

CONDUCTA AUTOLESIVA

8.1 Cómo reconocer la conducta autolesiva	115
• Cortes y quemaduras como llamada de auxilio para comunicar el sufrimiento	115
• Los síntomas del comportamiento autolesivo	116
• Prevalencia	118
8.2 Tipología de los comportamientos autolesivos	118
• Las diferentes caras de los comportamientos autolesivos	119
• Causas que concurren a la conducta autolesiva	119
8.3 Señales de alarma del comportamiento autolesivo	121
8.4 Principales mitos y falsas creencias acerca del comportamiento autolesivo	122
8.5 Cómo acompañar el comportamiento autolesivo en el entorno educativo	123
• La importancia de incrementar la resiliencia en los adolescentes	123

CAPÍTULO 9

SUICIDIO

9.1 Suicidio: reconocerlo como un grave problema	127
• El suicidio es una elección personal y un problema de todos	127
• Los síntomas del suicidio	128
• Prevalencia	128
9.2 Causas que concurren al suicidio.....	129
9.3 Señales de alarma del suicidio	130
9.4 Principales mitos y falsas creencias acerca del suicidio.....	131
9.5 Cómo acompañar la ideación de suicidio en el entorno educativo	132
• Promover las habilidades y los espacios seguros de vida socioemocional ..	132
• Técnicas prácticas para trabajar a fondo en los distintos aspectos relacionados con el suicidio	133

CAPÍTULO 10

ACOSO ESCOLAR

10.1 Cómo reconocer el acoso escolar.....	137
• El acoso escolar es una manifestación de violencia	137
• Los actores involucrados en situaciones de acoso escolar	138
• Los síntomas del acoso escolar	139
• Prevalencia	141
10.2 Causas que concurren a las situaciones de acoso escolar.....	142
10.3 Señales de alarma del acoso escolar	143
10.4 Principales mitos y falsas creencias acerca del acoso escolar	145
10.5 Cómo acompañar las situaciones de acoso escolar en el entorno educativo	146
• Factores de protección que pueden prevenir la manifestación de situaciones de acoso escolar	146
• Técnicas para trabajar a fondo en los distintos aspectos relacionados con el acoso escolar	149
Conclusiones	159
Bibliografía	161





Presentación

[1] El paso de la adolescencia a la edad adulta supone una etapa crucial de cambio biopsicosocial. Se trata de una fase en la que los factores del entorno, entre ellos las dinámicas familiares, las amistades e interacciones sociales, el abandono o maltrato, la instrucción y el empleo, pueden tener efectos poderosos y duraderos en el bienestar y desarrollo de un joven. Mientras que en los últimos años se han observado importantes beneficios para la salud física de los jóvenes a nivel global, gracias, sobre todo, a un mejor control de las enfermedades infecciosas, también es verdad lo contrario en el caso de la salud mental.

Sabemos que se calcula que, mundialmente, un 10-20% de los adolescentes sufre de problemas de salud mental, pero que, sin embargo, **no son adecuadamente diagnosticados ni tratados**. Las señales de los trastornos mentales pueden ser desatendidas por una serie de motivos como, en general, la falta de conocimientos o de consciencia acerca de la salud mental, incluso por parte de los educadores o asistentes sociales, o bien por el estigma que impide el pedido de ayuda.

He aquí algunos datos de las estadísticas:

- Se calcula que en 2016 murieron 62.000 adolescentes por causas de autolesión.
- El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes de 15 a 19 años.
- Casi el 90% de todos los adolescentes del mundo vive en países con un índice bajo o mediano de rentabilidad; y más del 90% de suicidios ocurre en estos países.
- Cada año mueren alrededor de 800.000 personas por suicidio, la segunda causa de muerte entre personas de edad comprendida entre 15 y 29 años (OPAS/ OMS¹, 2024).

¿Pero los jóvenes cuentan con espacios seguros e instrumentos para poder hablar de estos temas en los centros educativos, asociaciones, centros para la juventud o universidades donde se desarrolla la mayor parte de sus experiencias?

[2] Los niños y jóvenes con problemas de salud mental son **particularmente vulnerables a la exclusión social**, lo cual implica discriminación, dificultades de aprendi-

¹ ¿De qué se ocupa la OMS? La Organización Mundial de Sanidad (OMS) es la máxima autoridad encargada de la gestión y coordinación del sector de la salud en el sistema de las Naciones Unidas. Su objetivo es asegurar que todos los seres humanos puedan disfrutar del mejor nivel posible de salud.

zaje, comportamientos de riesgo, problemas de salud física y violación de los derechos humanos.

Aún hoy el estigma que rodea este tema es muy resistente. El estigma de la salud mental sigue siendo un asunto pendiente en la sociedad y también en contextos educativos en los que es necesario promover una visión libre de estigmas para integrar de manera transversal el bienestar emotivo. Los adolescentes y jóvenes deben poder contar con un espacio seguro que les permita hablar sobre salud mental y pedir ayuda cuando la necesiten. De hecho, con la presente guía, queremos **romper ese silencio que rodea la salud mental, desafiando prejuicios y promoviendo la conciencia y el acompañamiento educativo.**

Por ello, es sumamente urgente **la identificación precoz y el acompañamiento/tratamiento tempestivo** que podría cambiar, literalmente, la vida entera de una persona. Un desarrollo sano de la primera infancia incide altamente en el bienestar psico-físico del individuo a lo largo de su existencia y permite incrementar e implementar competencias tanto cognitivas como sociales en el transcurso de su vida².

[3] Las instituciones educativas, asociaciones y grupos son mucho más que simples lugares de aprendizaje; son entornos de crecimiento, de relación y, con frecuencia, el primer espacio en el que se manifiestan las señales del malestar psicológico de los jóvenes. Para la pedagogía salesiana, el crecimiento integral de los jóvenes, incluida su salud mental, es esencial tanto para su bienestar como para su salud física. **Una buena educación proporciona bases sólidas incluso para los que son los principales factores de protección de su bienestar:** hábitos saludables, relaciones sociales de apoyo, capacidad de gestión frente a los retos que presenta la vida.

La presente contribución quiere ser una GUÍA PARA EDUCADORES sobre la importancia de la promoción del **bienestar en los contextos educativos**. El punto focal es el contexto, entendido como entorno de convivencia no solo de niños, adolescentes y jóvenes, sino también de consagrados, educadores, profesionales, padres y abuelos, figuras significativas que aportan enseñanzas, saberes, valores y, sobre todo, emociones. La promoción de un enfoque global que favorezca una alianza entre estas figuras significativas a fin de acompañar a los jóvenes en su desarrollo permite construir no solo nuevos saberes, sino también nuevos contextos educativos.

² La adolescencia (de 10 a 19 años) es una etapa que forma a las personas para la edad adulta. Si bien la mayoría de los adolescentes goza de buena salud mental, una multitud de cambios físicos, emotivos y sociales, entre ellos la pobreza, los abusos o la violencia, pueden hacerlos vulnerables a condiciones que afectan la salud mental. La promoción de su bienestar psicológico y la protección contra experiencias adversas y factores de riesgo que puedan comprometer su potencial de crecimiento no es solo fundamental para su bienestar, sino también para su salud física y mental en edad adulta (Organización Mundial de la Salud, 2024).

La promoción de la salud ha de considerarse un aspecto prioritario e imprescindible en todas las realidades y contextos. Pero ¿qué se entiende por salud? El concepto de salud no prevé únicamente la mera ausencia de enfermedad, sino «un estado completo de bienestar físico, social y mental» (World Health Organization, 1948)³.

La promoción de la salud, en sus **dimensiones personal, física, espiritual y mental**, no atañe solo al ámbito de la sanidad, sino a todas las intervenciones, estructuras, actividades y servicios destinados a proporcionar ayuda a los jóvenes para que tomen consciencia del propio estado de salud. Este tipo de actuación es de fundamental importancia a fin de que ellos cultiven con éxito el propio proyecto de vida y la alegría de vivir.

Planificar intervenciones educativas, ejecutarlas mediante la puesta en marcha de estrategias, verificar el trabajo llevado a cabo, 're-planificar' a través de nuevos objetivos y 'corregir el tiro': estas son las labores del educador, complejas (y por qué no también interesantes) por el hecho de que el material de trabajo no es inerte, sino con una vida, un modo de pensar y una capacidad de decisión propias. En síntesis, **educar el mundo de los jóvenes hacia una salud consciente**. Por eso la primera parte relacionada con cada trastorno o fenómeno se centrará en el RECONOCER y la segunda en el CÓMO ACOMPAÑAR en el entorno educativo.

A tal efecto, ponemos a disposición este material para que ayude a 'leer' las situaciones y a captar las señales de alarma, para luego planificar actividades e intervenciones.

Don Miguel Ángel GARCÍA MORCUENDE

*Consigliere per la Pastorale Giovanile,
Salesiani di Don Bosco*

³ Pese a que esta definición ha desempeñado un rol importante en la formulación de un punto de vista sobre la salud, y en algunos casos en políticas de sanidad que han tenido en cuenta los factores sociales, relacionales y psicológicos, hoy día es objeto de crecientes críticas. Por ejemplo, la de Huber y colegas que en 2011 propusieron una nueva definición: «Salud es la capacidad de adaptación y autogestión frente a desafíos sociales, físicos y emotivos». Hay autores que consideran útil superar la idea de un 'estado ideal' de salud (inalcanzable para muchos) y hacen hincapié en el proceso de adaptación positiva al contexto y en la autorregulación. La idea innovadora es la de definir la salud en términos dinámicos, como «la capacidad de adaptación y de autogestión». Esta definición se basa en las capacidades y destrezas para enfrentar las adversidades, para mantener y restablecer el propio equilibrio y sensación de bienestar. Si una persona está en condiciones de desarrollar estrategias eficaces de afrontamiento, la calidad de vida percibida no empeora ni siquiera en casos de riesgo del funcionamiento físico y mental.





CAPÍTULO

1

El estigma en la salud mental

1.1

CÓMO RECONOCER EL ESTIGMA DE LA SALUD MENTAL

El estigma social impregna aún muchas culturas

Desde el punto de vista educativo, tenemos que poner en evidencia que los procesos educativos constituyen la mejor estrategia para predisponer el bienestar mental. Lamentablemente, cuando una persona tiene dificultades en esta esfera personal, se crea un estigma que va de la mano con la discriminación.

El término «estigma» deriva del griego y significa marca, mancha que, trasladado a lo sociológico, indica el proceso de estigmatizar, es decir, el conjunto de actitudes y falsas creencias (estereotipos y prejuicios) que denigran o rechazan (discriminación) a una persona o a un grupo social, menoscabándolos por considerarlos diversos y que conduce a graves consecuencias en cómo ellos se perciben (auto estigma).

En el ámbito sanitario y social, este proceso de estigmatizar se ha utilizado para señalar negativamente una condición sociocultural, funcional, física o mental, un rasgo o comportamiento, como así también la raza, la etnia, la edad, el sexo, la identidad sexual, la nacionalidad, el credo o la religión.

Cuando hablamos de estigma en la salud mental nos referimos a las **cualidades negativas o despreciativas atribuidas a un grupo de personas** que tienen un problema. Mediante esta identificación negativa, estas personas se perciben socialmente a través de una serie de creencias, mitos y prejuicios basados en la falta de información o ignorancia⁴. Estas convicciones se transmiten en el curso de los años y, a menudo, no se ponen en discusión pues forman parte del imaginario colectivo.

Sin embargo, es importante comprender que todos, en un momento determinado de nuestra vida, podemos experimentar un malestar emotivo que puede derivar en un trastorno mental. Según la Organización Mundial de la Salud, **una de cuatro personas en el mundo** puede tener un problema de salud mental en el transcurso de su vida, y la mitad de ellas no busca una ayuda profesional precisamente por causa del estigma.

Discriminación como consecuencia del estigma

[1] El hecho de atribuir características y rasgos negativos a las personas con problemas de salud mental nos predispone a tener una actitud y una manera de comportarnos y relacionarnos con ellos. De hecho, la relación entre cómo se concibe a las personas con salud mental (estereotipo), la actitud que tenemos frente a ellos (prejuicio) y la concreción de estas ideas en acciones y comportamientos negativos (discriminación) sigue un modelo circular de *feedback*. De esta manera, los comportamientos discriminatorios respecto de las personas con trastornos de salud mental alimentan y refuerzan los estereotipos que tenemos frente a ellos.

Esta discriminación sistemática constituye una de las principales barreras para que las personas con problemas de salud mental recuperen el bienestar y, en último análisis, el logro de una vida plena y normalizada.

El estigma de la salud mental es causa de un sinnúmero de situaciones discriminatorias que obstaculizan el desarrollo familiar, social, laboral o educativo de millones de personas con trastornos mentales. Creemos poder afirmar que las dos reacciones que tenemos ante las personas con problemas de salud mental son las siguientes:

⁴ El estigma es un fenómeno social con tres dimensiones: estereotipo (creencias compartidas por la sociedad e hipótesis colectivas para categorizar a un grupo de personas, las de mayor difusión respecto de las personas con problemas de salud mental, basadas en la incompetencia, culpabilidad, peligrosidad e imprevisibilidad); prejuicios (cuando una persona se deja llevar por recelos aprendidos, lo cual implica una respuesta cognitiva y afectiva que conduce a la discriminación y a la hostilidad en su comportamiento); discriminación (comportamientos negativos hacia un grupo de personas estigmatizado, es decir, cuando se establece una distancia social entre un «ellos» y un «nosotros» que genera situaciones injustas y discriminatorias al no utilizar los mismos criterios de valoración entre las personas).

- **Miedo:** esta es con toda probabilidad la consecuencia más inmediata de los estereotipos que se aplican a las personas con un trastorno mental. Esta actitud de miedo predispone el modo de relacionarnos con ellos. Un miedo que es motivado por la ignorancia, pero también por el temor de tener un trastorno mental, de verse reflejado en la otra persona como la otra cara del espejo.
- **Maltrato:** una de las formas más comunes de discriminación es el maltrato o la manera negativa de tratar a las personas con un trastorno mental. El maltrato puede ser físico, pero también mediante el uso de un lenguaje discriminatorio y de actitudes de evitación, rechazo, condescendencia, hiperprotección y control. El control y, sobre todo, la hiperprotección que se distinguen de los otros comportamientos negativos pese a ser en sí mismos positivos, son, de todos modos, inadecuados.

[2] El estigma en la salud mental es, por consiguiente, un **problema global en todo el mundo** y provoca una gran cantidad de situaciones discriminatorias que dificultan el desarrollo familiar, laboral o educativo de millones de personas con trastornos mentales.

El temor de ser etiquetados como personas afectadas por un problema de salud mental disminuye también la posibilidad de búsqueda de un tratamiento. El estigma asociado con la salud mental desvaloriza socialmente a la persona y a su contribución como miembro de la sociedad a la que pertenece. Efectivamente, casi todas las personas con un problema de salud mental afirman que el estigma y la discriminación los influyen negativamente.

Para ser más precisos, las personas que sufren estigma y discriminación tienen más probabilidades de experimentar:

- Resistencia a buscar un tratamiento.
- Retraso en el tratamiento.
- Rechazo, alienación y aislamiento social.
- Disminución del bienestar mental.
- Falta de comprensión por parte de amigos, familiares y educadores.
- Molestias, violencia o acoso reiterado.
- Escasa calidad de vida y aumento de la carga socioeconómica.
- Aumento de los sentimientos de vergüenza y de dudas sobre sí mismo.

Además, el estigma de la salud mental se combina, a menudo, con **otros estereotipos sociales** vinculados con la edad, el género, la etnia y demás situaciones económicas y sociales desfavorables que hacen que estas personas padezcan un doble estigma y un desarrollo social y personal aún más difíciles.

PRINCIPALES MITOS Y FALSAS CREENCIAS SOBRE LA SALUD MENTAL

La cultura popular, la industria audiovisual y los medios de comunicación han favorecido a lo largo de los años el proceso de estigmatizar y hacer perdurable los estereotipos negativos respecto de las personas con trastornos mentales. Concretamente, **existen algunos mitos asociados con la salud mental que se perpetúan en diversos contextos educativos, sociales y culturales.**

La mayor parte de estos mitos, alejados de la realidad, no tienen base científica alguna. Sin embargo, los estereotipos –heredados tras generaciones y generaciones– persisten en nuestra sociedad. Algunas de estas falsas creencias que coadyuvan a discriminar y estigmatizar son las siguientes:

Las personas con un trastorno mental son violentas y agresivas. FALSO

Las personas con un problema de trastorno mental tienen las mismas posibilidades de episodios de violencia que los que carecen de trastornos mentales. Al contrario, a menudo son víctimas de violencias y otros crímenes a causa de su vulnerabilidad.

Las personas con un trastorno mental son inadaptados sociales. FALSO

Las personas con un trastorno de salud mental no son personas solitarias, encerradas en su mundo, que no muestran interés por su entorno social, que se apartan y mantienen una actitud de aislamiento social. Por el contrario, contar con una red social adecuada (profesional, familiar, de amigos, de pareja, ...) supone una mejor evolución y es un factor de protección contra las recaídas. Las personas con un trastorno de salud mental pueden vivir perfectamente en la sociedad si tienen el apoyo y los recursos necesarios para conducir una vida independiente y autónoma.

Los trastornos de salud mental son irreversibles. FALSO

Los estudios han probado que las personas con problemas de salud mental mejoran y muchas de ellas se curan completamente. La recuperación es el proceso mediante el cual las personas recobran las condiciones que les permiten vivir, trabajar, aprender y participar plenamente en su comunidad.

Las personas con un problema de salud mental no pueden trabajar. FALSO

Las personas con un problema de salud mental pueden trabajar, exactamente como cualquier otra persona siempre y cuando se les brinde las condiciones y apoyos necesarios. Lo que obstaculiza el empleo no se debe tanto al trastorno mental en sí mismo, sino a la falta de ductilidad de organizaciones, sociedades y administraciones para adaptar los lugares de trabajo y ofrecer los recursos necesarios.

Los trastornos de salud mental afectan a otras personas, a mí no me ocurrirá.

FALSO

Los trastornos de salud mental pueden afectar a cualquier persona, independientemente de la edad, sexo, cultura o estatus económico. Una de cada cuatro personas puede tener un trastorno de salud mental durante su vida.

Las personas con trastornos mentales se encuentran mejor en las clínicas psiquiátricas. **FALSO**

Más del 80% de las personas con problemas de salud mental vive en el propio ambiente familiar. Un trastorno de salud mental no debe impedir una vida normal y debería ser curado en el entorno habitual de la persona. El tratamiento que se basa en la comunidad se ha demostrado eficaz. Actualmente, salvo algunas excepciones, los hospitales para la salud mental se consideran como espacios de contención temporal en casos de episodios agudos (los más o menos conocidos son los tratamientos médicos obligatorios). Las personas con tratamiento basados en la comunidad tienen una evolución mejor y de mayor duración en el tiempo.

Los niños y adolescentes no presentan trastornos de salud mental. **FALSO**

Los niños pequeños pueden manifestar precozmente signos relacionados con problemas de salud mental. Se trata de problemas que pueden ser identificados clínicamente y pueden ser el producto de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales (incluso, a veces, familiares...).

Los trastornos mentales son causa de discapacidad intelectual. **FALSO**

Un trastorno mental no es una discapacidad intelectual ni la provoca. Son dos cosas distintas. Una persona con un trastorno mental no siempre puede tener comprometidas sus capacidades y habilidades cognitivas.

Las personas que tienen un problema mental son perezosas. **FALSO**

El desarrollo de un problema de salud mental no tiene nada que ver con la indolencia o la falta de energía. La aparición de un trastorno mental es multifactorial: factores biológicos, experiencias traumáticas de vida, ambiente socioeconómico adverso, etc.

No podemos brindar ayuda a las personas con trastorno mental. **FALSO**

La sociedad entera es responsable de la prevención de los problemas de salud mental, de la promoción de la salud y de la provisión de ayuda y recursos necesarios a fin de que las personas con un trastorno de salud mental puedan vivir plenamente su vida.

El trastorno mental define cualquier comportamiento de la persona. **FALSO**

Todas las actitudes y comportamientos de una persona no son síntomas de su trastorno, y el trastorno no explica absolutamente todo. Dicho de otro modo, *la persona con un trastorno mental existe independientemente de su trastorno*. Si analizamos su

comportamiento como un síntoma de su trastorno, la persona tiende a perder valor cuando se trata de expresar sus propias emociones u opiniones, que se considerarán patológicas y se despreciarán. Otra creencia difundida es que hay que comportarse de una manera especial y particular con estas personas y, por consiguiente, al no saber cómo actuar, se tiende a evitar la interacción ellos.

1.3

CÓMO ACOMPAÑAR EL ESTIGMA EN EL ENTORNO EDUCATIVO

[1] Pese a que la esfera educacional es una de las más importantes en la construcción de cualquier sociedad, la salud mental sigue siendo una cuestión pendiente en los centros educativos, grupos o asociaciones donde **es necesario promover una visión de la salud mental libre de estigmas**, alentando a niños, adolescentes y jóvenes a hablar sobre ello y pedir ayuda cuando lo necesiten.

El 75% de los trastornos mentales inicia en la adolescencia, antes de los 18 años; sin embargo, algunas personas con problemas de salud mental siguen recibiendo un trato **discriminatorio en los centros educativos por parte de educadores y coetáneos**: evitación, rechazo, hiperprotección o control, burla, minusvaloración o ridiculización son algunas de las manifestaciones comunes adoptadas ante a un comportamiento diferente.

[2] **Los proyectos para combatir el estigma en colegios, centros educativos, asociaciones y grupos deberían seguir una estrategia centrada en:**

- Prevenir, identificar y abordar el estigma y la discriminación de la salud mental posiblemente desde temprana edad.
- Animar a los jóvenes a que busquen ayuda como una forma de prevenir el desarrollo y cronicidad de los problemas de salud mental, interviniendo precozmente para evitar la aparición de dificultades más graves.
- Mejorar las actitudes y comportamientos de los jóvenes y de los educadores respecto de los problemas de salud mental.
- Llamar la atención y el interés de la comunidad educativa (jóvenes, educadores, padres) para luchar contra el estigma y discriminación de las personas con problemas de salud mental.
- Mejorar la resiliencia de los jóvenes.

[3] Para eliminar los tabúes y prejuicios sobre la salud mental, **lo primero que hay que hacer es hablar normal y cotidianamente de salud mental.** ¿Cómo hacerlo?

- Recordando que los problemas de salud mental no son raros y aislados, sino algo más común de lo que se cree.
- Generando empatía hacia las personas con problemas de salud mental.
- Ayudando a los jóvenes a que conozcan en primera persona la experiencia de los que presentan este diagnóstico y a colaborar con las organizaciones de salud mental cercanas a ellos.
- Respetar y animar a los jóvenes que quieran hablar públicamente de su salud mental y reconocer su valentía de hacerlo ante el grupo.
- Brindar espacio a las emociones de los jóvenes que puedan manifestarse en clase, grupos y asociaciones.





CAPÍTULO

2

Trastorno de ansiedad social

2.1

CÓMO RECONOCER EL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

Me siento como si todos me estuvieran mirando, me siento como un bicho raro

¿Qué se entiende por trastorno de ansiedad social y qué tipologías tienen mayor relevancia entre los jóvenes? ¿Cuáles son las señales de alarma, los factores de riesgo y factores de protección? ¿De qué manera puede ser gestionada la ansiedad y qué tipo de acompañamiento se necesita?

El trastorno de ansiedad es un malestar invalidante caracterizado por respuestas de miedo, preocupación desmedida o crónica respecto de los eventos cotidianos y que compromete el funcionamiento normal de la persona. La ansiedad es una respuesta natural y útil en algunas situaciones de peligro o estrés, pero en el trastorno de ansiedad se vuelve **persistente, excesiva e injustificable frente a la situación real**.

Existen varios tipos de disturbios de ansiedad, entre ellos el trastorno de ansiedad generalizado (GAD), el trastorno de pánico, las fobias típicas y, en particular, el trastorno de ansiedad social (o fobia social). Este último es un tipo especial de trastorno caracterizado por un miedo intenso y persistente ante situaciones sociales o presta-

ciones en las que la persona teme ser observada, juzgada o criticada por los demás. Dicha reacción no se refiere simplemente al hecho de ser tímidos o introvertidos; se trata de un trastorno que puede interferir con la vida cotidiana de una manera significativa y hacer que la persona evite situaciones sociales aun cuando sean las más comunes.

Los síntomas de la ansiedad social

[1] Los síntomas de ansiedad social, o trastorno de ansiedad social, se describen específicamente en *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*⁵ como «un marcado, o intenso, miedo o ansiedad en situaciones en las que el individuo puede ser observado por los demás». Entre los criterios diagnósticos principales se incluyen:

- Miedo marcado y persistente que experimenta una persona en situaciones sociales o de prestación en las que está expuesta al posible juicio de los demás.
- La persona teme que se comportará de una determinada manera o manifestará síntomas de ansiedad que serán valorados negativamente.
- Las situaciones sociales temidas se evitan, o bien se soportan con mucho miedo y ansiedad.
- El miedo y ansiedad no son proporcionados respecto de la amenaza real que presenta la situación social o contexto sociocultural.
- El miedo, ansiedad y evitación son persistentes y se caracterizan por una duración de entre 6 o más meses.
- Provocan un malestar clínico significativo y comprometen el funcionamiento en varios ámbitos.

[2] Los síntomas de ansiedad social pueden ser subdivididos en diversas categorías que incluyen síntomas cognitivos, comportamentales y físicos.

Las personas con trastorno de ansiedad social a menudo experimentan **los síntomas cognitivos**, es decir, pensamientos negativos y distorsiones cognitivas respecto de sí mismo y de las situaciones sociales. Estos pensamientos pueden incluir:

- **Temor a ser juzgados.** Se trata de una preocupación constante de ser valorados negativamente por los demás y que induce a pensar que toda interacción pueda acabar en una situación embarazosa o en un rechazo.

⁵ American Psychiatric Association (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing. Se trata de la quinta edición de un manual que ofrece de manera clara criterios diagnósticos para identificar el trastorno y, de esta manera, ayudar a los profesionales de la salud mental a valorar y diagnosticar con precisión estos síntomas en las personas.

- **Catastrofismo.** Es la idea de que aún la mínima crítica puede transformarse en un evento catastrófico con consecuencias devastadoras en lo social o profesional.
- **Percepción distorsionada de las situaciones sociales.** Una atención excesiva a detalles en el comportamiento o expresión de los demás alimenta la ansiedad.

En relación con **los síntomas comportamentales**, la conducta de los individuos con ansiedad social puede estar influenciada por su miedo. Algunas de las conductas usuales incluyen:

- **Evitación.** El individuo puede evitar eventos sociales, reuniones de grupos o cualquier contexto en el que podría estar expuesto al juicio de los demás, como, por ejemplo, fiestas, retiros grupales o incluso ambientes laborales.
- **Comportamientos de seguridad.** En caso de que las situaciones sociales no puedan evitarse, es posible que el individuo adopte comportamientos de seguridad, como hablar con monosílabos, evitar el contacto visual o permanecer en silencio para disminuir el riesgo de un momento embarazoso.

Por último, **los síntomas físicos** de la ansiedad social que, a menudo, son muy intensos, pueden manifestarse de diversos modos e incluir:

- **Síntomas autónomos.** Taquicardia, transpiración excesiva, temblores, náusea, sequedad bucal, dificultades respiratorias y sensación de desmayo o vértigos.
- **Reacciones fisiológicas.** El individuo puede notar una respuesta física intensa cada vez que se encuentra en una situación social que contribuye a la convicción de que la ansiedad es insoportable.

Prevalencia

[1] En los últimos años, el trastorno de ansiedad social ha sido objeto de creciente atención por parte de los investigadores, especialmente en relación con su **prevalencia entre los jóvenes**, en particular, por lo que atañe a la etapa de la adolescencia y juventud, que ha sido documentada en muchos estudios. Aunque con variaciones, se estima que el trastorno afecta a cerca del 7-13% de los jóvenes, con tendencias que aumentan en los últimos años. Dicho aumento se podría atribuir a una mayor toma de consciencia y a una reducción del estigma asociado con los trastornos mentales, lo cual ha motivado a que un mayor número de personas busque ayuda y esté dispuesta a recibir un diagnóstico.

Uno de los aspectos más interesantes respecto de la ansiedad social es **cómo se distribuye** entre hombres y mujeres. Las investigaciones señalan que las mujeres tienden a mostrar porcentajes más altos de ansiedad social que los hombres.

En muchos estudios, la relación de prevalencia varía de 2:1 a 3:1, a favor de las mujeres. Esto podría atribuirse a distintos factores, incluidos los biológicos, psicológicos y socio-culturales. Las mujeres pueden ser más propensas a manifestar y reconocer los propios sentimientos de ansiedad, a diferencia de los hombres que podrían manifestarla de otro modo mediante agresividad o evitación.

2.2

TIPOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD SOCIAL

Las diferentes caras del trastorno de ansiedad social

[1] Los trastornos de ansiedad social pueden manifestarse a través de diversas formas de ansiedad social, entre las más comunes se incluyen las siguientes:

- **Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social).** Se caracteriza por un miedo acentuado de ser juzgados o humillados en situaciones sociales. Las personas pueden evitar eventos como fiestas, reuniones de trabajo o también simples interacciones cotidianas. Asimismo, puede manifestarse en ocasiones de prestación como hablar en público, o en contextos más informales como en el caso de comer en compañía.
- **Ansiedad Social Generalizada.** Se trata de una forma más extendida de ansiedad social que la persona experimenta no solo en eventos específicos, sino en casi todas las situaciones sociales.
- **Trastorno de Pánico en Situaciones Sociales.** Algunos individuos pueden experimentar ataques de pánico en situaciones sociales, haciendo aún más intenso el temor de ser juzgados. El miedo a tener un ataque de pánico puede provocar que se eviten las situaciones sociales.
- **Fobias específicas.** Si bien no se consideran trastornos de ansiedad social, el miedo a hablar en público (glosofobia) puede sobreponerse al trastorno de ansiedad social.

[2] Finalmente, dedicamos un espacio al retiro social, el fenómeno *hikikomori*.

El término 'Hikikomori' se refiere a un fenómeno social originado en Japón por el que individuos, con frecuencia adolescentes y jóvenes, **se aíslan completamente de la sociedad durante periodos prolongados**, a veces por meses o años.

Este comportamiento de retiro social se asocia a menudo con:

- **Ansiedad social.** Es decir, muchos *hikikomori* muestran signos de ansiedad social, les resulta sumamente difícil enfrentar situaciones sociales o el mundo externo.

- **Presiones escolares y laborales.** En sociedades altamente competitivas como la japonesa, los individuos pueden retirarse a causa del temor de fracasar o no satisfacer las expectativas.
- **Factores familiares.** Las dinámicas familiares, como, por ejemplo, un ambiente demasiado protector o crítico pueden contribuir al aislamiento. Algunos *hikikomori* pueden manifestar también conflictos familiares.

El aislamiento extremo comporta una serie de consecuencias negativas, entre las cuales:

- **Problemas de Salud Mental.** El aislamiento puede intensificar la ansiedad y la depresión, y crear de esta manera un círculo vicioso difícil de romper.
- **Alteración del Funcionamiento Social y Ocupacional.** Los jóvenes *hikikomori* pueden perder oportunidades educativas y laborales y, en consecuencia, aumentar la dificultad de reinserción social.
- **Problemas relacionales.** El aislamiento puede comportar una disminución de las habilidades interaccionales y, de este modo, hacer más difícil la socialización posterior.

Causas que concurren a la ansiedad social

Las causas de la ansiedad social son complejas y multifactoriales y en ellas influye una combinación de factores genéticos, psicológicos, ambientales y sociales; comprenderlas es fundamental para desarrollar estrategias eficaces de intervención y apoyo.

[1] En primer lugar, los **factores genéticos** que desempeñan un rol significativo en la propensión de un individuo para desarrollar la ansiedad social. Los estudios sobre casos de gemelos y las investigaciones sobre la familia han mostrado la existencia de un componente hereditario relacionado con los trastornos de ansiedad. Si un familiar cercano, como un progenitor o un hermano, sufre de ansiedad social, es muy probable que el individuo acuse una problemática similar.

[2] Desde el punto de **vista psicológico**, tienen una importancia crucial las experiencias personales y el modo interpretar y reaccionar del individuo ante las situaciones sociales. Las personas con ansiedad social tienden a desarrollar pensamientos automáticos negativos respecto de la percepción que de ellos tienen los demás. Estos pensamientos pueden incluir la convicción de ser juzgados negativamente, ridiculizados o de no estar a la altura de las expectativas sociales. Estas convicciones distorsionadas pueden tener origen en experiencias personales de humillación y rechazo, lo cual conduce a ser más vulnerables a la ansiedad social. La percepción de eventos sociales como amenazadores o peligrosos alimenta el ciclo de ansiedad y hace que las interacciones sociales sean cada vez más difíciles de manejar.

[3] Otro factor clave está representado por las **dinámicas familiares** y por el ambiente de crecimiento. Las familias con un alto grado de control, crítica o expectativas irreales pueden contribuir al desarrollo de la ansiedad social. Un ambiente familiar donde se premia el perfeccionismo y se minimizan las emociones puede impulsar a un joven a que interiorice el temor al juicio y al fracaso. Por otra parte, experiencias de intimidación o exclusión social durante la infancia y adolescencia pueden impactar de forma duradera y crear así una base de ansiedad social. Las personas que han sufrido actos de intimidación pueden desarrollar una sensibilidad aguda ante el rechazo y una tendencia a evitar situaciones sociales para protegerse de otras posibles experiencias dolorosas.

[4] La **influencia de los coetáneos** es otro elemento importante. Durante la adolescencia, el grupo de pares es fundamental en la formación de la identidad y autoestima. La presión social puede intensificar la ansiedad social, sobre todo en contextos donde se comparan habilidades sociales, rendimiento escolar o aparente popularidad. Las expectativas y normas sociales que surgen en estos contextos pueden contribuir a un aumento del temor de ser juzgados o excluidos y agravar, de este modo, los síntomas de ansiedad.

[5] Las **variables culturales y sociales** también desempeñan un rol significativo. En algunas culturas en las que se acentúa la importancia de la aprobación social y se estigmatiza el fracaso, los individuos pueden desarrollar una mayor vulnerabilidad a la ansiedad social. Por otra parte, la globalización y el uso de redes sociales han añadido a este fenómeno una ulterior complejidad, debido a la continua exposición de los jóvenes a modelos de comportamiento idealizados que tiende a aumentar en ellos la presión y, por consiguiente, el temor de no satisfacer tales estándares.

[6] Por último, los **factores biológicos** que pueden influir en la propensión a la ansiedad social. Los neurotransmisores como la serotonina y la dopamina han sido asociados con la regulación del estado de ánimo y de la ansiedad. Una falta de equilibrio en estos sistemas químicos puede contribuir al desarrollo de síntomas de ansiedad. Además, el sistema nervioso autónomo desempeña un papel crucial en la respuesta al estrés y en las reacciones de agresión y fuga, lo cual puede provocar una respuesta excesiva en algunas situaciones sociales.

2.3

SEÑALES DE ALARMA DE LA ANSIEDAD SOCIAL

Las señales de alarma relacionadas con la ansiedad social pueden manifestarse de diferentes modos y en varias etapas de la vida de un individuo. Reconocer estas señales es decisivo para identificar precozmente el trastorno e intervenir eficazmente.

[1] Una de las principales señales de alarma es **la intensificación del miedo en situaciones sociales**. Los individuos pueden comenzar a sentirse ansiosos o nerviosos cuando se encuentran en contextos sociales incluso en los que, en precedencia, no hubieran causado molestia alguna. Esta intensificación puede manifestarse a través de una preocupación constante respecto del juicio de los demás y conduce a pensamientos catastróficos sobre lo que podría ocurrir durante algunas interacciones sociales.

[2] Otra de las señales significativas es el **comportamiento de evitación**. Las personas que comienzan a evitar eventos sociales como fiestas, reuniones o simples encuentros con amigos y familiares pueden estar en riesgo de desarrollar ansiedad social. Este comportamiento de evitación puede manifestarse de una manera muy evidente, como, por ejemplo, rechazar invitaciones o buscar pretextos para no participar en situaciones que antes eran de su agrado. Con el correr del tiempo, este aislamiento social puede intensificarse y crear un círculo vicioso en el que el miedo de enfrentar situaciones sociales aumenta, precisamente, a causa de la evitación.

[3] Además, es importante considerar el cambio en las interacciones sociales cotidianas. Señales de alarma pueden incluir un **aumento de timidez o de inseguridad** en situaciones de interacción como hablar con colegas o participar en discusiones de grupo. Los individuos pueden comenzar a sentirse abrumados en situaciones en las que antes se desempeñaban sin dificultad. A esta sensación de vulnerabilidad pueden acompañarla síntomas físicos, por ejemplo, latidos, transpiración o náusea, que se manifiestan en respuesta a la ansiedad anticipatoria.

[4] Un aspecto que no se debe desestimar es la historia personal. Las experiencias pasadas de **humillación o rechazo social** pueden ser significativas señales de riesgo. Si un individuo ha sufrido episodios de intimidación o ha sido duramente criticado en algunas situaciones, puede desarrollar una mayor sensibilidad al juicio y opinión de los demás. Esta historia de experiencias negativas puede influir profundamente en la percepción de sí mismo y en su manera de enfrentar situaciones sociales futuras.

[5] Finalmente, la presencia de factores **ambientales de estrés** que pueden aumentar el riesgo de ansiedad social. Presiones escolares, dinámicas familiares complejas o situaciones estresantes de vida pueden actuar como factores desencadenantes. Los individuos que se encuentran en situaciones con altos niveles de estrés pueden ser más propensos a desarrollar la ansiedad, especialmente en contextos en los que se sienten el blanco de las críticas de los demás.

PRINCIPALES MITOS Y FALSAS CREENCIAS ACERCA DE LA ANSIEDAD SOCIAL

La ansiedad social es solo timidez. FALSO

La ansiedad social es un trastorno mental reconocido que va más allá de la timidez. Mientras una persona tímida puede sentirse cohibida en algunas situaciones, el que sufre de ansiedad social experimenta miedo intenso, evitación y molestia significativas que interfieren en su vida diaria.

Quien sufre de ansiedad social no quiere interactuar con los demás. FALSO

Las personas con ansiedad social desean a menudo relacionarse y conectarse con los demás, pero el miedo a ser juzgados y el temor de cometer errores o parecer inadecuados pueden bloquearlos.

Es suficiente con salir de la propia zona de confort para superar la ansiedad. FALSO

Si bien enfrentarse gradualmente a los propios miedos puede ayudar (terapia de exposición), la ansiedad social no se supera simplemente solo con 'esforzarse'. Hace falta un abordaje estructurado, a menudo con la ayuda de un profesional, para tratar los síntomas y actuar sobre las causas subyacentes.

La persona que sufre de ansiedad social es solo demasiado sensible. FALSO

La ansiedad social no es signo de debilidad o hipersensibilidad, sino una condición compleja que incluye factores genéticos, biológicos y ambientales.

Si no parece nervioso, no sufre de ansiedad social. FALSO

No todas las personas con ansiedad social muestran signos evidentes de malestar. Muchas de ellas consiguen disimular los síntomas, pero eso no significa que no estén luchando interiormente.

Es solo una etapa, pasará con el tiempo. FALSO

La ansiedad social tiende a ser persistente si un tratamiento. Intervenir precozmente con terapias adecuadas aumenta la posibilidad de superarla.

CÓMO ACOMPAÑAR LA ANSIEDAD SOCIAL EN EL ENTORNO EDUCATIVO

Un enfoque sistemático, empático y personalizado

Para sostener a los jóvenes con trastornos de ansiedad mental, los educadores deben adoptar un tipo de acercamiento sistemático, empático y personalizado, basado

en intervenciones específicas para reducirla, promoviendo la autoeficacia social y mejorando las competencias interrelacionales.

Cada intervención educativa debe considerar tanto el nivel individual como el del grupo, a fin de crear un ambiente de apoyo que facilite la manifestación de las emociones y la interacción social.



Técnicas para trabajar a fondo en varios aspectos relacionados con la ansiedad social

He aquí algunos ejemplos prácticos de acciones educativas específicas destinadas a ayudar a los jóvenes con trastornos de ansiedad social. Estos incluyen ejercicios prácticos, preguntas para hacer en un grupo focal o grupo de enfoque (*focus group*) y actividades de grupo que desarrollen competencias sociales y mejoren el manejo de la ansiedad.

[1] Ejercicios de Autoconsciencia y Reflexión

Diario de las emociones. Pedir a los jóvenes que lleven un registro diario de las emociones, anotando los momentos de la jornada en los que se sintieron incómodos socialmente. Tienen que identificar la situación, el nivel de ansiedad experimentado y los pensamientos relacionados con él.

Autoevaluación de las habilidades sociales. Utilizar un listado de preguntas de autoevaluación para comprobar cómo ven las propias habilidades sociales. Algunos ejemplos de preguntas pueden ser los siguientes:

- «¿En qué situaciones siento mayor incomodidad?»
- «¿Qué pensamientos vienen a mi mente antes de una interacción social?»
- «¿Qué competencias sociales querría mejorar?»

Este ejercicio ayuda a mejorar áreas específicas de trabajo.

Ejercicio de los pensamientos alternativos. Tras haber identificado un pensamiento negativo («Todos creen que voy a decir algo equivocado»), pedirles a los jóvenes que escriban pensamientos alternativos más positivos o neutros («No puedo saber lo que piensan los demás», «Me puedo equivocar, pero a todos les pasa»). Este ejercicio fomenta una visión más realista y flexible de las interacciones sociales.

[2] Preguntas para un grupo focal o grupo de enfoque (*focus group*)

Exploración de las dificultades sociales. «¿Qué situaciones sociales te ponen más nervioso?» «¿Cómo te sientes cuando estás en esas situaciones?» «¿Qué estrategias has usado para enfrentar esas situaciones?» «¿Han sido eficaces?»

Pensamientos y emociones en las interacciones. «Cuando estás en un grupo de personas, ¿qué piensas de ti mismo?» «¿Y qué crees que piensan los otros?» Esta pregunta estimula el intercambio de pensamientos negativos o miedos comunes y hace que los chicos entiendan con mayor facilidad que no están solos en sus propios miedos.

Intercambio de éxitos. «¿Ha habido momentos en que has logrado manejar bien tu ansiedad social?» «¿Cómo has hecho para lograrlo?» «¿Qué te ha ayudado?» Compartir éxitos personales puede ser muy motivante y ofrecer sugerencias de estrategia útiles.

Objetivos de mejoramiento. «¿Qué competencias querías mejorar en tus interacciones sociales?» «¿Qué crees que podría ayudarte a sentirte más seguro?» Esta pregunta ayuda a los jóvenes a identificar sus objetivos y a ver el itinerario de mejoramiento como algo alcanzable.

[3] Juegos de rol (*Role-Playing*) y Simulación

Juegos de rol en situaciones cotidianas. Proponerles a los jóvenes situaciones concretas (pedir información a un profesor, hablar con un nuevo compañero de clase, presentar un proyecto) y hacer que actúen en parejas o en pequeños grupos. Al finalizar la actividad, discutir sobre cómo se han sentido y qué les ha resultado más difícil, ofreciendo una retroalimentación (*feedback*) positiva para cada interacción.

Juegos de improvisación. La actividad de improvisar una conversación sobre un tema al azar puede disminuir la ansiedad social y ayudar a los chicos a experimentar situaciones imprevistas en un ambiente controlado. Después de cada turno de conversación, discutir la experiencia y reforzar sus capacidades de adaptación.

Simulación de situaciones que provocan ansiedad. Preparar una situación que provoca ansiedad, por ejemplo, hablar en público de una manera progresiva. Los chicos podrían comenzar hablando ante una persona y luego ir aumentando hasta hablar ante todo el grupo.

[4] Ejercicios de *Mindfulness* y Relajamiento

Respiración diafragmática. Antes de cada encuentro de grupo, dedicar cinco minutos a la respiración diafragmática; enseñarles a que inspiren lentamente contando hasta cuatro, contengan dos minutos la respiración y luego espiren lentamente contando hasta cuatro. Este ejercicio ayuda a relajarse y reducir los niveles de ansiedad.

Técnica del escaneo corporal (*body scan*). Guiar a los jóvenes en un ejercicio de escaneo corporal pidiéndoles que se concentren en cada parte del cuerpo y se relajen progresivamente. Este ejercicio puede ser practicado antes de una situación que provoca ansiedad o durante situaciones de tensión.

Visualización positiva. Proponer la visualización de una situación social ideal y serena, guiando a los chicos en imaginarse una escena en la que se sienten seguros y protegidos.

[5] Actividades grupales para Reforzar las Competencias Sociales

Colaborar en un proyecto creativo. Dividir el grupo en pequeños equipos y proponer un proyecto común, como, por ejemplo, crear un mural o un *collage* sobre un tema elegido entre todos. Colaborar en un proyecto ayuda a desarrollar la confianza y comunicación entre los miembros del equipo y les permite trabajar las competencias sociales en un contexto informal.

Juegos de confianza. Actividades como el «círculo de confianza» o el juego «caza del tesoro» en los que deben colaborar para lograr un objetivo ayudan a los chicos a superar el miedo al juicio de los otros y a desarrollar su sentido de pertenencia al grupo.

Discusiones estructuradas sobre temas de interés. Organizar discusiones de grupo sobre temas relevantes (música, redes sociales, deporte). Cada uno tiene un tiempo a disposición para hablar sin ser interrumpido, de manera que así se favorece la participación sin sentirse presionados. Tras cada intervención, los otros miembros del grupo pueden hacer preguntas o expresar opiniones a fin de que la discusión sea una ocasión de confrontación productiva.

[6] Para mantener eficaces las intervenciones y personalizar las acciones educativas, es importante recurrir a **herramientas específicas y materiales educativos** como:

Libros y recursos de autoayuda. Textos como *Mind Over Mood* (*El control de tu estado de ánimo*) de Greenberger y Padesky, o *Come vincere l'ansia sociale* de Dayhoff Signe pueden ser utilizados como material de consulta tanto por los educadores como por los jóvenes al suministrar técnicas de gestión de la ansiedad para una práctica autónoma.

Aplicación (app) de meditación y mindfulness. Aplicaciones como *Headspace* (*Apo-yo diario para la salud mental*) o *Insight Timer* contienen programas específicos para los jóvenes con ansiedad social y pueden ser fácilmente integrables en la cotidianidad.

Materiales visuales y póster. Crear o descargar pósteres e infografías que ilustran técnicas de respiración o sugerencias para calmar la ansiedad; pueden colocarse en el aula o en áreas comunes como un memorando visual para los jóvenes. Entre las películas que se pueden proponer figuran:

- **«Inside Out 2»** (2024) (*Del revés2*, en España; *Intensa-mente2*, en Hispanoamérica) es una película de animación que explora de manera accesible la gestión de las emociones y de las dificultades sociales, útil para estimular conversaciones entre los jóvenes acerca de la ansiedad y emotividad.

- **«Wonder»** (2017) (*Wonder*, en España; *Extraordinario*, en Hispanoamérica) es la historia de un joven con una rara deformidad facial que enfrenta delicadamente los temas de ansiedad, aceptación e intimidación en su intento de inserción en un contexto escolar tradicional.
- ***Algún día este dolor te será útil*** (2011) es una película que narra la historia de un adolescente con problemas relacionales y que muestra el itinerario destinado a superar el ansia y la alienación social.

Vídeos educativos y testimonios. Para crear discusiones y momentos de reflexión, se pueden utilizar vídeos que cuentan experiencias de jóvenes que han enfrentado con éxito la propia ansiedad social.

Testimonios de grupo. Promover encuentros con psicólogos y terapeutas expertos o con personas que hayan superado la ansiedad social para ofrecer a los jóvenes ejemplos positivos y concretos.

[5] Dramaterapia

El teatro terapéutico es la aplicación del arte escénico o teatro con fines terapéuticos; es una herramienta de exploración personal, relacional y emotiva. En el caso de la ansiedad social, puede ser particularmente útil por cuanto proporciona un ambiente estructurado y de protección para experimentar modalidades de relación, gestión de las emociones y superación de miedos respecto del juicio de los demás. A continuación, algunos de sus beneficios específicos:

- **Expresión creativa.** La actuación ayuda a explorar aspectos de uno mismo que se pueden reprimir y, de esta manera, mejora la imagen que se tiene de sí mismo y favorece el sentimiento de autoeficacia.
- **Superación del miedo al juicio de los demás.** Trabajar en grupo y recibir retroalimentación (feedback) positiva y constructiva ayuda a reducir el miedo de ser valorados negativamente.
- **Mejora del lenguaje verbal y no verbal.** Los ejercicios teatrales se centran en el uso de la voz, del cuerpo y de las expresiones, de fundamental importancia para comunicar eficazmente con los demás.
- **Colaboración grupal.** Las actividades teatrales son muy a menudo colectivas, lo cual fomenta el trabajo de equipo y la construcción de relaciones positivas.
- **Experiencia de roles distintos.** Interpretar personajes con características diferentes permite salir de los propios esquemas habituales y experimentar modalidades relacionales nuevas.
- **Regulación emocional.** El acto de interpretar un personaje permite la toma de distancia de las propias emociones y facilita una mayor consciencia y autocontrol.
- **Enfrentarse a la situación.** Los participantes pueden ir adquiriendo gradualmente fuerza para exponerse a situaciones concretas fuera del espacio teatral.



CAPÍTULO

3

Depresión juvenil

3.1

CÓMO RECONOCER LA DEPRESIÓN

Aplastados por un sentimiento profundo de vacío

¿Qué significa estar deprimidos? ¿Cuáles son los síntomas que nos hacen detectar la depresión? ¿Cómo se puede curar? ¿Cuáles son los factores de riesgo y protección? ¿Cuáles son las actividades educativas que se pueden realizar?

[1] La depresión es un trastorno mental muy común que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo; puede manifestarse en cualquier edad, incluso en los niños y ancianos; es más común entre las mujeres que entre los hombres y se manifiesta de diferentes maneras en los individuos y con diversos niveles de gravedad.

Los síntomas principales son **humor depresivo** y **falta de interés en la mayor parte de las actividades**.

Los factores biológicos que pueden predisponer a su aparición incluyen cambios hormonales, alteraciones de neurotransmisores cerebrales y también componentes genéticos. Los problemas de salud física pueden agravar la depresión, o bien la depresión puede ocasionar problemas de salud física.

[2] No se debe confundir la depresión con los cambios repentinos en el humor y las breves reacciones emocionales a los problemas cotidianos. La tristeza o preocupaciones ante situaciones adversas o difíciles forman parte de la normalidad y su presencia en sí mismo no implica un trastorno depresivo. Por otra parte, es importante subrayar que la depresión es una enfermedad y *no debe ser interpretada como un signo de debilidad*.

Efectivamente, la depresión **puede convertirse en un problema de salud importante** cuando es intensa, perdura en el tiempo e impide que la persona realice sus actividades habituales en todos los sectores. Puede volverse crónica cuando no mejora con el tiempo, o bien recurrente cuando se repiten los episodios, lo cual hace que sean difíciles las actividades en casa, en el trabajo, en el ámbito escolar y en la vida cotidiana. En su forma más severa puede conducir al suicidio.

Los síntomas de la depresión

[1] No todas las personas con trastornos depresivos manifiestan los mismos síntomas. **La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas pueden variar de persona a persona** o de trastorno en trastorno, y los síntomas pueden manifestarse de maneras diferentes según el contexto cultural.

Existen diversas **señales que pueden indicar la presencia de la depresión** y pueden ayudar a distinguirla de otros estados de ánimo que son comunes; esto permite que se decida pedir ayuda a un centro de salud de referencia. Además de los síntomas que se mencionarán más adelante, la sensación de tristeza es, con frecuencia, diferente de la que se experimenta como sentimiento pasajero y no mejora en el tiempo.

Por lo general, el síntoma inicial de la depresión consiste en un episodio depresivo, es decir, una manifestación de los síntomas limitada en el tiempo. Esto puede volver a repetirse luego y, conforme a su intensidad y reiteración, se podrá hablar de **trastornos depresivos leves, moderados o severos**.

[2] Aunque existen diversas tipologías de depresión que se distinguen por duración y por un supuesto origen, se caracterizan por algunos síntomas comunes que influyen de manera significativa en la vida personal, relacional y social de la persona:

- Tristeza insólita y persistente, tendencia al llanto en situaciones que normalmente no provocarían este tipo de reacción.
- Pérdida de interés o placer en actividades que antes disfrutaba.
- Sentimientos de inutilidad, de culpabilidad y odio a sí mismo.
- Problemas para pensar y concentrarse, problemas de memoria y atención.
- Ansiedad, irritabilidad.
- Malestar general, fatiga y falta de energía.
- Dolores, dolor de cabeza o problemas de digestión.

- Problemas para conciliar el sueño o exceso de sueño.
- Cambio repentino en el apetito (comer más o comer menos de lo acostumbrado).

Algunos síntomas pueden considerarse señales de alarma de una depresión más severa. Cuando aparecen, es necesario consultar lo antes posible con un profesional de la salud para evaluar las opciones de tratamiento.

Prevalencia

Hoy día la depresión es uno de los principales problemas de salud en el mundo por causa de frecuencia y consecuencias. Su prevalencia es muy alta, con una estima del 8-16% de personas que sufren de depresión en el transcurso de su vida. Actualmente, es la segunda causa de discapacidad en el mundo (globalmente representa el 4,3 % de los gastos por enfermedad), pero según lo estimado por la Organización Mundial de la Sanidad (OMS) para el año 2030 será la causa principal.

Según los últimos datos de la OMS, más de **322 millones de personas en todo el mundo sufren de depresión**, de las cuales menos del 25% tiene acceso a un tratamiento eficaz. Además, advierte que en una de cada 5 personas se desarrollará la depresión en el transcurso de su vida y que este número aumentará junto a otros factores como la comorbilidad (o morbilidad asociada), o bien las situaciones de estrés.

El número total estimado de personas afectadas por depresión ha aumentado en los últimos años a causa de diversos factores: *envejecimiento de la población, nivel de estrés cotidiano, problemas sociales y económicos, y aumento del consumo de fármacos y sustancias tóxicas.*

3.2

TIPOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Las diferentes caras de la depresión

[1] La depresión puede ser leve, moderada o severa en base a su gravedad y se considera crónica cuando la persona convive con ella más de 2 años (por lo general desaparece a los 5 meses siguientes)⁶. En las diversas clasificaciones que existen, se encuentran varios tipos de síntomas, entre los más comunes:

⁶ Existen varios tipos de clasificaciones que se utilizan tanto desde el punto de vista clínico como en la investigación, por ejemplo, la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (ICD)* y la clasificación de la American Psychiatric Association en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)*.

- **Depresión mayor.** Los síntomas depresivos duran al menos dos semanas y son bastante graves porque interfieren en la vida cotidiana. Este tipo de depresión puede ser recurrente en algunos casos cuando estos episodios se repiten en varias ocasiones en el transcurso de la vida. Puede ser leve, moderada o grave.
- **Depresión crónica o distimia.** Los síntomas pueden ser menos graves, pero persisten en el tiempo al menos durante dos años.
- **Depresión post parto.** Episodio que aparece cuando una mujer después de dar a luz puede ser grave e influenciado por factores hormonales.
- **Trastorno adaptativo con síntomas depresivos.** Aparece como consecuencia de un problema difícil en la vida de una persona, como por ejemplo en el trabajo, en la vida familiar (una separación o divorcio).
- **Depresión bipolar.** Aparece en el contexto de un trastorno bipolar. En este caso, los episodios de depresión se alternan con episodios de euforia, es decir, cambios marcados o extremos en el estado de ánimo, excesivamente feliz, alegre o alterado que no corresponde a lo que está sucediendo en la vida de la persona. Estos episodios duran varios días, con intervalos de tiempo en los que el estado de ánimo de la persona es normal.

[2] Depresión y tristeza pueden confundirse, pero no son lo mismo. No siempre es fácil conseguir reconocer cómo nos sentimos. Ocurre, a veces, que usamos la expresión «¡estoy deprimido!», pero es posible que lo hagamos de manera inadecuada. Tener un momento de tristeza es normal, pero no hay que confundirla con la depresión, un trastorno invalidante que es necesario afrontar con el apoyo de un profesional.

A menudo sucede que en nuestra vida atravesamos períodos particularmente difíciles y por ello *nos sentimos tristes, resignados, desconsolados, sin energías*. A veces, a consecuencia de un luto, entendido no solo como la pérdida de un ser querido, sino como la experiencia de haber perdido algo para siempre. La pérdida puede ser tanto material como simbólica: el final de una historia de amor, la ruptura de una amistad, el alejamiento del propio país de origen, etc.

Experimentar sentimientos como estos en situaciones similares es natural; sin embargo, en caso de presentarse síntomas particularmente intensos que comprometan la vida cotidiana, podría tratarse de depresión mayor. A pesar de que la tristeza y falta de entusiasmo y energía puedan ser la consecuencia temporánea de un luto y, por tanto, la expresión de una pérdida no significa que no sea oportuno acudir a un profesional que ayude a aceptar, superar y elaborar el dolor.

En síntesis, la **tristeza** es una emoción y como tal es más transitoria y limitada en el tiempo, más asociada con el dolor, con la elaboración de la pérdida de algo de valor sentimental. La **depresión** es una condición emotivamente prolongada que afecta a

varios aspectos de la personalidad, no es ciertamente una cuestión pasajera que influye solo un día de la semana.

Causas que concurren a la depresión

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre **factores biológicos** (bioquímicos, genéticos, hormonales, de salud), **psicológicos** (eventos traumáticos de la infancia o de la edad adulta, situaciones adversas y estresantes) y **sociales** (aislamiento social o falta de recursos).

[1] En primer lugar, los factores **biológicos** desempeñan un rol crucial. La genética es uno de los elementos clave: la presencia de familiares con una historia de depresión aumenta la probabilidad de desarrollar el trastorno. Los estudios han comprobado que los neurotransmisores como la serotonina, la dopamina y la noradrenalina están directamente vinculados a la regulación del estado de ánimo y que un desbalance en estos puede contribuir a la aparición de la depresión. Se han observado en personas con depresión alteraciones estructurales y funcionales del cerebro como la reducción de algunas áreas asociadas con el estado de ánimo y con la regulación de emociones.

Además de los factores genéticos y neuroquímicos, el **aspecto hormonal** puede influir como factor de riesgo en la depresión. Cambios hormonales como los que se producen durante el embarazo, el ciclo menstrual o la menopausia pueden desencadenar episodios depresivos en algunas mujeres. Sin embargo, la predisposición biológica no es suficiente para explicar por sí misma el trastorno pues a menudo interactúa con factores ambientales y psicológicos.

[2] Desde el punto de vista **psicológico**, la depresión se asocia, a menudo, con esquemas negativos de pensamiento y una visión pesimista de sí mismo y del mundo. Las personas propensas a interpretar los eventos de modo negativo o a rumiar experiencias dolorosas del pasado pueden encontrarse atrapadas en un círculo vicioso de pensamientos y emociones negativas. La baja autoestima es otro elemento psicológico común entre las personas que sufren de depresión. Sentirse inadecuados o incapaces de enfrentar los retos cotidianos puede alimentar la sensación de impotencia y desesperación.

También los traumas o experiencias negativas como la violencia física, psicológica o sexual pueden ocasionar efectos duraderos en la salud mental y comprometer el desarrollo de la autoeficacia y de las estrategias de afrontamiento (*coping*), es decir, cómo el individuo enfrenta y maneja un fuerte malestar; esto lo hace más vulnerable a la depresión en la edad adulta. Por otra parte, el estrés crónico provocado por situaciones laborales, relaciones difíciles o presión financiera pueden contribuir al desarrollo de este trastorno.

[3] Desde el punto de vista **social**, el aislamiento y la falta de apoyo social representan factores de riesgo significativos. Las personas que no tienen una red de apoyo social o se sienten solas pueden ser más susceptibles a la depresión. Las dificultades de relación como los conflictos familiares o amistades comprometidas pueden intensificar el sentimiento de soledad y tristeza. En un contexto cultural que estigmatiza la enfermedad mental, quien sufre de depresión puede sentirse aún más aislado y reacio a buscar ayuda, por lo que su situación se agrava.

Por último, **eventos significativos de vida** como la pérdida de un ser querido, una separación o cambio drástico en las circunstancias de vida pueden actuar como factores desencadenantes. Dichos eventos pueden generar una respuesta emotiva profunda que, junto con la vulnerabilidad subyacente, pueden conducir a la aparición de la depresión.

3.3

SEÑALES DE ALARMA DE LA DEPRESIÓN

[1] Es importante que quien sufre de depresión sea capaz de reconocer las primeras advertencias del trastorno para lograr poner en práctica las estrategias adecuadas y pedir ayuda a fin de prevenir el posible episodio depresivo. Por lo general, **las primeras campanas de alarma** a las que es necesario prestar una atención particular son las siguientes:

- No querer salir de casa o incluso no conseguir levantarse de la cama.
- No poder cumplir con las actividades diarias (higiene, alimentación, obligaciones familiares, etc.).
- Sentir desesperanza y creer que la situación en la que se está viviendo no tiene alternativas de solución, que no se pueda hacer nada para mejorarla.
- Inhibición psicomotriz: dificultad de movimiento y de palabra, sensación del pensamiento lento, de la voz lenta, monótona y sin expresividad.
- Pensamientos de muerte y suicidio.

[2] Hay diversos signos y síntomas de depresión y pueden variar según la edad.

Efectivamente, la **depresión en los niños existe (edad preescolar, hasta 6/7 años)** y a menudo se descuida y minimiza, pero es importante abordarla con sensibilidad.

Se puede presentar bajo estas formas:

- Síntomas físicos: dolor (de cabeza y abdominal), cansancio, mareos.
- Ansiedad (sobre todo por separación).

- Fobias.
- Agitación o hiperactividad psicomotriz.
- Irritabilidad.
- Disminución del apetito (pérdida de peso).
- Alteraciones en el sueño.
- Disminución de su interés por ir al colegio y jugar.
- Deterioro de las habilidades sociales.

Y además ...

- Alteraciones en la evacuación.
- Un rostro triste (tristeza constante).
- Aislamiento social o falta de comunicación.
- Episodios de llanto frecuentes.
- Movimientos repetitivos.
- Auto y hetero-agresión.

Reconozcamos algunas señales también en **la edad de escolarización (6/7-12 años)**:

- Estado de ánimo depresivo verbalizado: tristeza, irritabilidad, aburrimiento.
- Aspecto triste, facilidad para el llanto, apatía, cansancio, aislamiento.
- Escaso rendimiento escolar.
- Baja concentración.
- Trastornos somáticos.
- Pérdida de peso.
- Insomnio.
- Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.
- Escasas relaciones con los coetáneos.
- Pensamientos o expresiones sobre la muerte.
- Apego exclusivo y excesivo por los animales.
- Dificultad para divertirse (anhedonia).
- Baja autoestima.

La depresión en la **adolescencia (>12)** no consiste solo en un estado de ánimo deprimido, melancolía ocasional, sino en un trastorno que puede manifestarse con síntomas diversos respecto a lo que se observa en los adultos. El listado que sigue presenta los síntomas más frecuentes, pero al leerla se debe tener en cuenta que no siempre aparecen todos:

- Irritabilidad e inestabilidad.
- Estado de ánimo deprimido e irritable.
- Pérdida de energía.
- Desmotivación y falta de interés.
- Ralentización psicomotriz.
- Sentimientos de desesperanza y de culpa.
- Alteraciones en el sueño (hipersomnia).
- Cambios en el apetito y en el peso.
- Aislamiento.
- Dificultad de concentración.
- Disminución del rendimiento escolar.
- Baja autoestima.
- Ideación e intentos de suicidio.
- Graves problemas de comportamiento (consumo de alcohol y drogas).

Para ser más precisos, los síntomas subjetivos más numerosos en las **chicas** son: tristeza, sensación de vacío, enfado, ansiedad, mayor preocupación por la popularidad, menor satisfacción por el propio aspecto, menor autoestima.

En cambio, los **chicos** expresan sentimientos de desprecio y desafío, como asimismo problemas de comportamiento (ausencia escolar, intención de escaparse de casa, violencia física, robo y abuso de drogas).

Aunque **los síntomas de la depresión entre adolescentes y adultos parezcan similares, en realidad, hay algunas diferencias:**

- Los adolescentes no usan nunca una «máscara de depresión»: su aspecto y expresiones faciales no son los típicos de la depresión.
- Los adolescentes no manifiestan verbalmente si están tristes ni mucho menos si están deprimidos; pueden decir que están hartos, aburridos, sin entusiasmo.
- No buscan comprensión empática y consuelo de parte de los adultos, tienden a rechazar la ayuda, a ser hostiles o indiferentes.

Estar deprimido es como si se observara la vida que tienes delante con las gafas de sol, lo cual no te permite verla como es realmente, sino filtrada, precisamente, por estas lentes y donde todo parece tan difícil o imposible de realizar.

PRINCIPALES MITOS Y FALSAS CREENCIAS ACERCA DE LA DEPRESIÓN

Muchas personas con depresión son víctimas de la incompreensión de la gente en general que no consigue captar su dimensión o impacto real en la vida cotidiana de quien sufre esta enfermedad. Comprender la realidad de la depresión es de gran ayuda para normalizar este problema de salud mental y, en este sentido, es muy interesante considerar y desenmascarar los que son falsos mitos.

La depresión y la tristeza son lo mismo. FALSO

La tristeza es una emoción pasajera, temporánea, que se manifiesta en determinados momentos de la vida. En cambio, la depresión es un trastorno mental que interfiere de manera significativa en la vida cotidiana de quien la sufre. Es importante saber distinguir los síntomas que indican la presencia de un cuadro clínico depresivo.

La depresión dura toda la vida. FALSO

Con un buen diagnóstico y un tratamiento adecuado, una persona puede llevar una vida normal. Los profesionales indican a cada persona el tipo de tratamiento que hay que administrar en base a las mejores pruebas científicas posibles. La participación activa de la persona que sufre de depresión y la de su familia son fundamentales durante el tratamiento.

La depresión puede ser simulada. FALSO

Es muy difícil simular la depresión. Es importante recordar que la depresión provoca un gran dolor en la persona.

La depresión de los adultos mayores es diferente y más difícil de tratar que la depresión juvenil. FALSO

El cuadro clínico de la depresión en los ancianos es idéntico al de los jóvenes. Una buena respuesta a la depresión es igual en los ancianos y en los jóvenes.

La depresión no afecta a los niños. FALSO

La depresión afecta a la niñez, pero presenta síntomas diferentes de los que se presentan en la persona adulta y, en particular, pasa inobservada porque no se piensa en ella o se confunde con otros problemas que pueden ser consecuencia del estado de salud. En algunos niños la depresión puede convertirse en algo invalidante y derivar hacia un nivel más elevado de malestar.

Uno mismo se puede curar de la depresión. FALSO

Los síntomas de la depresión como cansancio corporal, insomnio, dolores musculares, problemas digestivos, cambios repentinos de estado de ánimo impiden la recuperación.

ración de la persona que sufre de depresión. Es fundamental ser conscientes de que se trata de una depresión para pedir y obtener la ayuda necesaria de un profesional.

Las personas con depresión están siempre tristes. FALSO

Es posible que algunas personas que sufren de depresión estén siempre tristes, pero cada persona puede presentar síntomas diferentes. Es muy frecuente que se produzca la anhedonia, es decir, la incapacidad de sentir placer, lo cual puede provocar un estado de tristeza profunda.

La depresión es la consecuencia de un trauma. FALSO

No cabe duda de que la depresión puede originarse a causa de una situación negativa como la pérdida de un ser querido, un fracaso, la pérdida de un empleo o de una relación sentimental, por eso las personas con depresión no son capaces de reconocer un factor externo que haya dado origen a la manifestación de este trastorno.

La medicina es suficiente para curar la depresión. FALSO

La medicina interviene regulando la base bioquímica de la depresión. Sin embargo, en la mayor parte de los casos los fármacos pueden resultar insuficientes y, por tanto, son necesarias otras intervenciones como la psicoterapéutica, la educativa y la del ambiente de vida para completar el tratamiento y optimizar la recuperación.

3.5

CÓMO ACOMPAÑAR LA DEPRESIÓN EN EL ENTORNO EDUCATIVO

Una especial atención a la prevención primaria

[1] Como es sabido, la *prevención primaria* consiste en reducir la incidencia de un trastorno apuntando a los factores de riesgo que preceden la enfermedad. La *prevención secundaria* se centra en reducir la prevalencia y en el tratamiento del trastorno. La *prevención terciaria* se concentra en la rehabilitación y prevención de las recaídas.

Sobre este punto quisiéramos destacar aspectos de la **prevención primaria de la depresión** centrándonos en la intervención que precede la aparición de los síntomas atendiendo al ambiente en el que vive una persona para favorecer una mayor resiliencia y bienestar emotivo.

Al respecto, es necesario resaltar algunos *factores protectores personales* que pueden reducir el riesgo de desarrollo de la depresión y que es necesario fomentar en el entorno educativo:

- Expresar los sentimientos a las personas cercanas, una red de apoyo social estable para compartir los estados de ánimo con una persona de confianza.
- Apoyarse en la familia y en los amigos, es decir, mantener relaciones estrechas y cohesivas.
- Cultivar creencias espirituales o religiosas.
- Actividad física regular.
- Establecer una rutina diaria y metas realistas que se puedan alcanzar.
- Reflexionar cada día sobre las cosas favorables que han ocurrido, estar agradecido y apreciar los aspectos positivos de la vida.
- Hacer planes.
- Mantener una dieta sana.
- Mantener una buena rutina de sueño y descanso.
- Evitar alcohol y drogas.
- Comprometerse en actividades que hagan sentir mejor, por ejemplo, las de voluntariado o las que sean de útiles para la comunidad.
- Positivizar los pensamientos y desarrollar la autoestima.
- Ayudar a tolerar la incertidumbre y ambigüedad en estos tiempos inciertos.
- Aprender a relajarse.
- Mantener un sentido de perspectiva. Hay situaciones que no duran para siempre y es necesario fijarse nuevos objetivos realistas conforme a las circunstancias que se presentan.
- Si se tienen pensamientos suicidas, pedir ayuda inmediatamente.
- Si es necesario, pedir ayuda a los profesionales de la salud.

[2] Por otra parte, para abordar la depresión juvenil de un modo eficaz y completo, los educadores deben crear un ambiente acogedor y libre de juicios en el que los jóvenes puedan sentirse seguros de iniciar un diálogo sobre emociones y dificultades. Un criterio educativo esencial es el fomento de la empatía y de la escucha activa a fin de permitir que los educadores establezcan una relación de confianza con los jóvenes; para ello, es útil organizar encuentros individuales o de grupo para que ellos puedan contar libremente sus propias experiencias.

En un contexto comunitario se pueden crear espacios protegidos como los **círculos para compartir** en los que cada miembro que participa tiene la oportunidad de hablar sin interrupciones y las demás personas del círculo lo escuchan respetuosamente. Un educador puede guiar estas sesiones introduciendo un tema de reflexión, por ejemplo, «¿Qué es lo que te preocupa más en este momento?», «¿Cuáles son las situaciones en las que sientes que eres feliz?». Utilizar preguntas abiertas es fundamental para establecer una participación sincera.

[3] Hay acciones educativas que fomentan y previenen la salud mental en los adolescentes, es decir, intervenciones centradas en la familia, como la formación de competencias, y las intervenciones en contextos educativos como:

- Cambios organizativos destinados a crear un entorno psicológico seguro y positivo.
- Enseñanza del valor de la salud mental y de las habilidades para la vida.
- Formación del personal para detectar y evaluar el riesgo de suicidio.
- Intervenciones basadas en el liderazgo entre pares o programas de mentoría (*mentoring*).
- Programas de prevención dirigidos a adolescentes en situaciones de vulnerabilidad, por ejemplo, los afectados por entornos humanitarios frágiles y los de grupos minoritarios o discriminados.
- Intervenciones en diferentes niveles para prevenir el abuso de alcohol y drogas.
- Programas para ayudar a prevenir comportamientos sexuales de alto riesgo.



Técnicas para trabajar a fondo en varios aspectos relacionados con la depresión

He aquí algunas actividades prácticas con las técnicas específicas que pueden aplicar los educadores para ayudar a los jóvenes a manejar la depresión y desarrollar competencias emotivas. Se trata de técnicas que fomentan la consciencia de sí mismo, mejoran las capacidades relacionales, proporcionan herramientas concretas para abordar las dificultades emotivas.

[1] Diario de la Gratitud y del Bienestar. Un ejercicio de escritura que ayuda a los jóvenes a concentrarse en los aspectos positivos de su vida disminuyendo el efecto de pensamientos negativos.

Actividad. Pedir a los jóvenes que cada noche escriban tres motivos por los que se sienten agradecidos y felices, incluso los más sencillos como una conversación agradable o un paisaje bonito que han visto durante el día. El educador puede guiar una discusión semanal sobre el «momento de gratitud» preferido.

Materiales. Cuaderno y bolígrafo para cada participante.

Duración. 10-15 minutos cada día.

[2] Grupo focal o grupo de enfoque (*focus group*) sobre las emociones. Momentos en los que los jóvenes comparten y se confrontan sobre temas específicos para desarrollar una comprensión común.

Actividad. El educador introduce un tema específico, por ejemplo, «¿Cómo manejas tus momentos de tristeza?» o «¿Cuáles son tus preocupaciones

principales?». Los participantes, en círculo, responden y se confrontan respetando las experiencias de cada uno. La actividad puede terminar con una breve reflexión guiada en la que cada uno expresa lo que ha obtenido y comprendido como resultado del encuentro.

Materiales. Espacio tranquilo para formar el círculo, hojas de papel para tomar apuntes personales.

Duración: 45-60 minutos.

[3] El collage del futuro. Ayuda a que los jóvenes visualicen y organicen sus sueños y objetivos, ofreciéndoles una herramienta de introspección que refuerza la esperanza en el futuro.

Actividad. El educador proporciona revistas, hojas de papel y pegamento, e invita a los jóvenes a que recorten imágenes o palabras que expresen cómo ven el propio futuro y lo que desean. Al término de la actividad, cada uno presenta su collage y explica lo que significa para él. Se puede finalizar pidiéndoles que elijan una palabra clave que represente su proyecto de futuro.

Materiales. Revistas, hojas de papel, tijeras, pegamento.

Duración: 60-90 minutos.

[4] Actividad de escritura creativa: «La carta para uno mismo». La escritura expresiva ayuda a los jóvenes a manifestar las propias emociones y pensamientos, y favorece así una profunda reflexión personal.

Actividad. El educador les pide a los chicos que escriban una carta dirigida a sí mismo en un momento difícil o en el futuro para dar consejos e infundir aliento. Se puede proponer como tema «¿Qué querrías decirte a ti mismo/misma cuando estás triste» o «¿Qué consejos te darías para superar las dificultades?». Al término de la actividad, quien lo desea puede leer la propia carta al grupo. Este ejercicio puede ayudar a trabajar la autoconsciencia y la comprensión recíproca.

Materiales. Papel, bolígrafos.

Duración. 30 minutos para la escritura, 30 minutos para compartir.

[5] Taller (workshop) de arteterapia. A través de la arteterapia, los jóvenes pueden potenciar y estimular las actividades creativas y expresar visualmente las emociones difíciles de manifestar verbalmente.

Actividad. El educador invita a los chicos a que dibujen o pinten algo representativo de su estado de ánimo actual o de un reto que están afrontando. Se deja amplio espacio a la libertad creativa, sin juicios sobre las capa-

ciudades artísticas. Una vez que se hayan completado los dibujos, cada uno puede, si así lo desea, compartir con el grupo el significado del propio trabajo.

Materiales. Cartulina, marcadores, lápices de color.

Duración: 45-60 minutos.

[6] Las actividades de resolución de problemas (*Problem Solving*) para afrontar los retos cotidianos. Ayudan a los jóvenes a desarrollar un acercamiento práctico y positivo a las dificultades.

Actividad. El educador introduce una situación problemática, por ejemplo, «Tienes una prueba difícil y te sientes abrumado» o «Has tenido una pelea con un amigo y no sabes cómo solucionarla». Cada participante debe pensar en una estrategia para abordar el problema, tratando de resolverlo con los propios medios disponibles. Al final, se comparte y discute sobre cuál es y por qué la solución más eficaz.

Materiales. Fichas con situaciones problemáticas.

Duración. 30 minutos.

[7] Los ejercicios de Comunicación Empática. Ayudan a desarrollar la empatía y la comprensión recíproca, competencias fundamentales para el bienestar relacional.

Actividad. Los participantes, en parejas, intercambian relatos sobre una situación difícil. Cada uno de los miembros tiene que resumir lo que ha escuchado, tratando de entender el punto de vista del otro. A continuación, el grupo reflexiona sobre la gran importancia que tiene «sentirse escuchado» para mejorar nuestras relaciones.

Materiales. Ninguno en especial.

Duración. 15-20 minutos para las parejas, 20 minutos para la reflexión del grupo.



CAPÍTULO

4

Trastornos de síntomas somáticos

4.1

CÓMO RECONOCER LOS TRASTORNOS SOMÁTICOS

Cuando el cuerpo habla

Efectivamente, siempre se ha dado mucha más importancia al cuerpo como válido instrumento de comunicación de un malestar y sufrimiento psicológicos. De hecho, los sufrimientos que se tienen encuentran en el cuerpo un espacio para manifestarse e intentan dar a la persona una señal a través de un dolor físico. Involucran a la persona en su totalidad de mente y cuerpo. No cabe duda de que existe una conexión estrecha malestar\bienestar físico-mental.

Los trastornos somatomorfos, clasificados hoy en el DSM-5 como «**Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados**», se caracterizan por ser un grupo de síntomas físicos que no pueden ser explicados por una condición médica general o por otro trastorno mental.

Sin embargo, estos síntomas físicos causan un malestar significativo o comprometen el funcionamiento social, laboral u otras esferas importantes de la vida de la persona.

Los síntomas de los trastornos somáticos

En el DSM-5, los trastornos somáticos y los trastornos relacionados se distinguen principalmente en dos categorías: los trastornos por síntomas somáticos y los trastornos relacionados, cada uno de ellos con sus propias características:

[1] Los **trastornos por síntomas somáticos** se caracterizan por la presencia de uno o más síntomas somáticos que causan un considerable malestar y se asocian a excesivas preocupaciones por la gravedad de los síntomas mismos. Dichos síntomas pueden variar ampliamente e incluir dolores, trastornos intestinales, cansancio y otras manifestaciones físicas. Lo que distingue a estos trastornos es el hecho de que la persona no se enfoca (*focus* de la persona) tanto en la enfermedad en sí misma como en su interpretación y en la ansiedad que experimentan ante ella. Con frecuencia, la persona busca asistencia médica con insistencia pese a que los controles médicos no muestren una causa física evidente de estos síntomas.

[2] El otro grupo está formado por los **trastornos relacionados** que incluyen el trastorno de conversión, el trastorno de ansiedad por enfermedad o hipocondriasis y el trastorno de somatización. El *trastorno de conversión* se manifiesta con síntomas neurológicos (parálisis o problemas de coordinación) que no son explicables por una condición médica, sino, a menudo, como respuesta al estrés emotivo o a trauma. El trastorno de ansiedad por enfermedad o hipocondriasis implica una preocupación persistente por padecer una enfermedad grave, basada en una interpretación errónea de los síntomas corporales normales.

Por último, el *trastorno de somatización* que se refiere a una historia de síntomas somáticos recurrentes y variables que no pueden ser explicados por una condición médica o por otro trastorno mental. El DSM-5 resalta que, si bien los síntomas somáticos son reales y pueden causar un malestar significativo, el mecanismo subyacente no está necesariamente asociado a una enfermedad física.

[3] El **trastorno dismórfico corporal** (*Body Dysmorphic Disorder*) forma parte del grupo de trastornos relacionados dentro de los trastornos por síntomas somáticos. Este trastorno se caracteriza por una preocupación excesiva por un defecto percibido en el aspecto físico, que puede ser leve o incluso inexistente a la vista de los demás.

Se puede afirmar que se trata de una condición psicológica caracterizada por una obsesión relativa a defectos percibidos en el aspecto físico que pueden ser leves o inexistentes.

Si bien estos defectos son insignificantes o invisibles a los demás, para la persona que sufre de este trastorno constituyen una fuente tan grande de ansiedad y malestar que interfieren en su vida cotidiana.

Características principales del trastorno dismórfico corporal:

- **Preocupación obsesiva por el aspecto físico.** Los individuos transcurren mucho tiempo focalizándose en específicas partes de su cuerpo, como, por ejemplo, piel, cabellos, nariz, ojos, forma del rostro, dientes, u otras características. Aunque las imperfecciones sean leves o imaginarias, la persona las considera como graves defectos estéticos.
- **Comportamientos repetitivos relacionados con el aspecto.** Estos incluyen el hecho de controlarse repetidamente al espejo, comparándose con otras personas, camuflando el presunto defecto físico (por ejemplo, con maquillaje o ropa) y recurrir a la cirugía estética para corregirlo.
- **Impacto en la vida cotidiana.** El trastorno puede causar una angustia emotiva grave e interferir en las actividades básicas de la vida diaria. Las personas con *Body Dysmorphic Disorder* a menudo evitan situaciones sociales por temor de ser juzgadas a causa de su aspecto y, por tanto, pueden aislarse. El trastorno puede comportar también depresión, ansiedad social y pensamientos suicidas.
- **Búsqueda obsesiva de intervenciones cosméticas.** A pesar de la cirugía estética a la que acuden con frecuencia las personas para corregir sus presuntos defectos, el alivio es solo temporáneo. En muchos casos, la insatisfacción persiste o se traslada hacia otras partes del cuerpo y, de este modo, hacen que la intervención sea inútil.
- **Aspectos psicológicos y psiquiátricos.** El trastorno se asocia a niveles de autoestima muy bajos, a perfeccionismo y trastornos de ansiedad. En muchos casos, se desarrollan también en los individuos trastornos depresivos, ansiedad generalizada o trastornos alimentarios. El trastorno dismórfico corporal puede coexistir con la ansiedad social dado que las personas temen el juicio de los demás.

Prevalencia

[1] Los datos estadísticos sobre trastornos somáticos son difíciles de determinar de un modo preciso a causa de la variabilidad en la definición y diagnóstico de estas condiciones. Sin embargo, se estima que entre el 5% y el 7% de la población en general puede ser afectada por trastornos somáticos. Estos trastornos son **más comunes entre las mujeres que entre los hombres**, relación que puede variar, pero se observa, por lo general, que las mujeres son casi dos veces más propensas a desarrollar trastornos somáticos.

[2] La franja de edad mayormente afectada por estos trastornos tiende a ser la de los adultos jóvenes y los de mediana edad, con un pico de incidencia entre los 20 y los 40 años. Sin embargo, es importante notar que los síntomas pueden presentarse también entre los adolescentes y, en algunos casos, en edad avanzada donde pueden compliarse con otros factores como la presencia de enfermedades físicas crónicas o la disminución de las capacidades cognitivas.

[3] Las características relevantes incluyen la comorbilidad significativa, o morbilidad asociada a otros trastornos, por ejemplo, ansiedad y depresión, que pueden complicar ulteriormente el diagnóstico y el tratamiento. Además, las personas con trastornos somáticos tienen, **con frecuencia, historias de experiencias traumáticas o estresantes** que pueden influir en su salud mental y física.

[4] La prevalencia de **los trastornos somáticos puede variar geográficamente**. En Estados Unidos y en Europa, las tasas de diagnóstico pueden ser muy elevadas debido, en parte, a una mayor consciencia y acceso a los servicios de salud mental. Sin embargo, en muchas regiones de Asia y África, los trastornos somáticos podrían ser subdiagnosticados a causa de estigma, falta de formación profesional y diferencias culturales en la percepción de la salud mental.

4.2

CAUSAS QUE CONCURREN A LOS TRASTORNOS SOMÁTICOS

Las causas de los trastornos de síntomas somáticos son complejas y multifactoriales, y derivan de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. **Si bien no hay una causa única que puede explicar su origen**, es ampliamente reconocido que una interacción dinámica entre mente y cuerpo desempeña un rol fundamental.

[1] Un factor importante es la **predisposición genética**. Las investigaciones han mostrado que existe un componente hereditario por el que algunas personas son más vulnerables al desarrollo de trastornos psiquiátricos, como los somáticos, asociados a la ansiedad. En las personas con una historia familiar de trastornos de ansiedad, trastornos depresivos u otros trastornos mentales, es más elevado el riesgo de desarrollo de síntomas somáticos. Esta predisposición genética influye en la sensibilidad del sistema nervioso central que puede reaccionar con una mayor intensidad a estímulos físicos y emocionales, y extremar así la percepción del dolor o de los síntomas corporales.

Desde el punto de vista neurobiológico, se ha descubierto que las personas con trastornos de síntomas somáticos pueden tener alteraciones en los circuitos cerebrales implicados en la percepción del dolor y en la elaboración de los estímulos corporales. El sistema nervioso central podría estar más activado o hipersensible a las señales corporales normales y, de esta manera, conducir a una mayor percepción y amplificación de los síntomas físicos. Se ha hablado también de la intervención de los neurotransmisores como la serotonina y la dopamina que regulan tanto el estado de ánimo como la sensibilidad al dolor.

[2] Los **factores psicológicos** desempeñan un papel crucial en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de síntomas somáticos. Las personas que tienden a interpretar de modo catastrófico las señales físicas o las que tienen una marcada hiperatención hacia el cuerpo están más predispuestas a desarrollar este tipo de trastorno. Es común en estos individuos la convicción de que un síntoma físico es signo de una enfermedad grave, incluso en ausencia de un diagnóstico médico. Las experiencias traumáticas o emocionales, en particular durante la infancia, como por ejemplo el abuso físico o sexual, la falta de cuidado o el trauma psicológico pueden aumentar la posibilidad de desarrollar trastornos somáticos.

Estas experiencias pueden dar lugar a una dificultad en el manejo de las emociones e inducir a la persona a manifestar el trastorno psicológico a través de síntomas corporales. Dicho de otro modo, el cuerpo se convierte en el medio mediante el cual se manifiestan los conflictos emocionales y el estrés no dominado. Algunos individuos desarrollan, además, una forma de «hipervigilancia» respecto de las señales del propio cuerpo, monitoreando constantemente el mínimo cambio o sensación, lo cual puede conducir a sobrevalorar la importancia de los síntomas físicos.

[3] También el **contexto familiar** desempeña un papel significativo. Los tipos de enfermedad observados en la infancia pueden influir en la manera como un individuo percibe y responde a los propios síntomas físicos. Si en una familia se tiende a una atención exagerada hacia las señales del cuerpo o a considerar cada malestar físico como algo grave, con toda probabilidad un niño crece desarrollando tales convicciones. En algunos casos, los síntomas físicos pueden convertirse en un medio para llamar la atención, obtener consuelo o evitar responsabilidades y presiones. Este mecanismo puede ser reforzado inconscientemente por el entorno e inducir a la persona a mantener o amplificar los síntomas somáticos.

[4] Finalmente, los **factores culturales y sociales** que contribuyen de una manera significativa a la manifestación e interpretación de los trastornos somáticos. En algunas culturas, manifestar el malestar emocional a través de síntomas físicos puede ser más aceptable o comprensible que la verbalizar de las emociones. Las normas sociales o culturales pueden influenciar el modo de interpretar y abordar los síntomas corporales por parte de un individuo. Efectivamente, en algunas sociedades se estigmatiza aún el trastorno mental y se lo acepta menos que una enfermedad física. Los ideales de belleza difundidos por los medios de comunicación, la presión social y las expectativas respecto de la apariencia física pueden agravar tal situación. Por consiguiente, las personas podrían ser más proclives a manifestar el malestar psicológico más bien a través del cuerpo que reconocerlo como un problema emocional o mental.

SEÑALES DE ALARMA DE LOS TRASTORNOS SOMÁTICOS

Las señales de alarma de los trastornos somáticos pueden variar de persona a persona, pero hay síntomas comunes que pueden indicar la presencia de un trastorno. Y reconocerlos es importante para poder intervenir de modo tempestivo y buscar un tratamiento adecuado.

[1] Una de las señales principales es **la preocupación excesiva y persistente por los síntomas físicos**, aunque no haya una clara explicación médica. Las personas con trastornos de síntomas somáticos tienden a concentrarse en sus síntomas de un modo obsesivo interpretándolos como señales de enfermedades graves. Esta preocupación no puede ser aligerada ni siquiera tras exámenes médicos negativos o tranquilizadores por parte de los profesionales de la salud.

[2] Otra señal de alarma es **el dolor o malestar persistente** y sin justificación de una clara causa médica. Las personas podrían experimentar dolor crónico u otros síntomas físicos como cansancio, vértigos o dificultades respiratorias pese a que los exámenes médicos no indiquen ningún problema físico evidente. Aunque los síntomas puedan ser reales y debilitantes, el nivel de angustia que vive la persona no es proporcionado a la gravedad real del síntoma.

[3] La **búsqueda frecuente de asistencia médica** o de diversos especialistas es otra señal de alarma. Los individuos tienden a consultar numerosos médicos o someterse a exámenes repetidos con la esperanza de encontrar una respuesta o diagnóstico que explique sus síntomas. Con frecuencia no están satisfechos de los resultados negativos y siguen creyendo que padecen de una grave condición física.

[4] Un comportamiento común es **el constante control de los síntomas**. Las personas que sufren de trastornos somáticos pueden controlar repetidamente su cuerpo para buscar señales de enfermedad, por ejemplo, tomar la temperatura continuamente, medir la presión arterial o examinar una parte específica del cuerpo. Ello puede conducir a un ciclo obsesivo de monitoreo de los síntomas que agravan la preocupación.

[5] El hecho de **tranquilizarlos en exceso** por parte de familiares, amigos o médicos es otra señal. Estos individuos buscan con frecuencia que los demás los tranquilicen, preguntando si sus síntomas son preocupantes o si deberían alarmarse por padecer una enfermedad. Pese a ser tranquilizados, su ansiedad no disminuye y siguen buscando una comprobación.

[6] La **repercusión en las actividades cotidianas** es una señal clave. Los trastornos de síntomas somáticos pueden interferir significativamente en la vida diaria, influir en el trabajo, las relaciones sociales y las actividades personales. Las personas pueden evitar determinadas actividades por temor de agravar sus síntomas o porque no se sienten físicamente en condiciones de participar. Esto puede conducir al aislamiento social, disminución de la productividad o deterioro en la calidad de vida.

[7] Por último, la aparición de **síntomas psicológicos concomitantes**, como ansiedad y depresión, es una ulterior señal de alarma. La angustia y frustración que derivan de la persistencia de los síntomas físicos, junto con la falta de explicaciones médicas, puede conducir a un empeoramiento del estado emocional. Las personas pueden desarrollar trastornos de ansiedad, ataques de pánico o depresión y agravar ulteriormente su condición general.

4.4

PRINCIPALES MITOS Y FALSAS CREENCIAS ACERCA DE LOS TRASTORNOS SOMÁTICOS

Los trastornos de síntomas somáticos son solo imaginación: las personas se inventan sus síntomas. FALSO

Las personas con trastornos de síntomas somáticos no fingen. Sienten dolor o malestar real, aunque no siempre se debe a una causa médica evidente. El sufrimiento es auténtico y a menudo aumenta por la ansiedad y por procesos mentales inconscientes.

Quien sufre de trastorno dismórfico corporal es solo por vanidad. FALSO

El trastorno dismórfico corporal no está asociado a la vanidad, sino se trata de una obsesión patológica por defectos físicos percibidos (a menudo mínimos o incluso inexistentes). Estas preocupaciones causan un sufrimiento intenso y comprometen la vida social y laboral.

Los trastornos de síntomas somáticos pueden ser superados con la fuerza de voluntad. FALSO

No se trata de «optar por estar bien». Estos trastornos requieren un enfoque multidisciplinario que incluye apoyo psicológico y, en algunos casos, tratamiento médico para los síntomas físicos y psíquicos.

Si los médicos no diagnostican nada, significa que realmente no hay nada. FALSO

La ausencia de una explicación médica no disminuye la autenticidad de los síntomas. Los trastornos de síntomas somáticos tienen bases psicológicas y neurobiológicas, aunque no siempre sean visibles a través de test médicos.

Los trastornos de síntomas somáticos afectan solo a las mujeres. FALSO

Pese a que se den más comúnmente entre las mujeres, también los hombres pueden ser afectados. Su diagnóstico podría ser menos frecuente a causa de estereotipos de género o de una manifestación diferente entre los hombres.

4.5

CÓMO ACOMPAÑAR LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN EL ENTORNO EDUCATIVO

Un enfoque de gran atención, sensible y multidisciplinario

[1] El primer factor que hay que considerar se refiere a la importancia del **apoyo social**. Tener una red social sólida compuesta de amigos, familiares u otras personas de confianza puede proporcionar un mecanismo de protección importante. Las relaciones interpersonales positivas ayudan a manejar el estrés, a normalizar las preocupaciones relacionadas con la salud y a reducir la ansiedad asociada a los síntomas físicos.

Las personas que se sienten apoyadas son **más proclives a interpretar correctamente las señales corporales y a buscar ayuda profesional cuando sea necesario**, sin caer en actitudes hiper-catastróficas.

[2] La **buena adaptabilidad emocional** y la **capacidad de manejar el estrés** representan otro factor fundamental de protección. Las personas que desarrollan estrategias de afrontamiento (*coping*) eficaces, como técnicas de relajamiento, atención plena de la realidad presente, sin juzgar y con aceptación (*mindfulness*) o estrategias cognitivas para el manejo de las emociones negativas son menos proclives a somatizar el malestar psicológico. Una buena **regulación emocional** permite enfrentarse al estrés cotidiano sin necesidad de acumularlo en el cuerpo y evita así la aparición de síntomas asociados a tensión emotiva o ansiedad.

[3] Es importante que en el entorno educativo se insista en el **conocimiento y educación para la salud**. Las personas que poseen una comprensión adecuada del funcionamiento del cuerpo y de las normales respuestas fisiológicas al estrés son menos propensos a interpretar erróneamente los síntomas físicos como señales de graves enfermedades.

[4] Por lo común, el principal objetivo es proporcionar apoyo y **crear un entorno seguro e inclusivo** donde los jóvenes puedan explorar y enfrentarse a las propias preocupaciones asociadas al aspecto físico y bienestar general sin sentirse juzgados o estigmatizados. Una intervención educativa debería basarse, por tanto, en una serie

de criterios fundamentales que prevén tantas acciones preventivas como estructuradas a fin de construir un itinerario de sensibilización y apoyo completo y eficaz.

[5] El enfoque educativo debe incluir, ante todo, una información minuciosa acerca de trastornos somáticos como el trastorno dismórfico corporal y, más en general, sobre los efectos que tiene la percepción del cuerpo en la salud mental y física. El educador debería proporcionar contenidos claros y científicamente correctos sobre tales trastornos, subrayando también el **impacto que los medios de comunicación y redes sociales** pueden tener en la percepción corporal.



Técnicas para trabajar a fondo en los distintos aspectos relacionados con los trastornos somáticos y el dismorfismo físico

Cuestionario sobre la Percepción Corporal y el Bienestar Emocional

Los cuestionarios anónimos son herramientas fundamentales para individualizar en forma preliminar el nivel de malestar o inseguridad asociado a la percepción corporal. Antes de iniciar un programa educativo, es útil distribuir a los participantes un cuestionario con preguntas estructuradas para evaluar:

- La percepción que se tiene de sí mismo.
- La influencia de las redes sociales.
- El estado emocional relacionado con la imagen corporal.
- Bienestar psicofísico.

Autopercepción e Imagen Corporal

- ¿Te sientes satisfecho/a de tu aspecto físico general?
Muy satisfecho/a – Bastante satisfecho/a – Poco satisfecho/a – Para nada satisfecho/a
- ¿Cuáles son las partes de tu cuerpo con las que te sientes más satisfecho/a?
(Respuesta abierta)
- ¿Cuáles son las partes de tu cuerpo con las que te sientes menos satisfecho/a?
(Respuesta abierta)
- ¿Cómo crees que tu aspecto físico influye en tu estado de ánimo?
Mucho – Bastante – Poco – Para nada
- ¿Cuántas veces en el día piensas en el aspecto de tu cuerpo?
Nunca – 1 o 2 veces – 3 o 5 veces – Más de 5 veces

- ¿A menudo te sientes preocupado/a o incómodo/a respecto de tu cuerpo?
Siempre – A menudo – A veces – Raramente – Nunca

Influencia de las redes sociales

- ¿Cuánto tiempo pasas cada día conectado a las redes sociales?
Menos de 1 hora – 1-3 horas – 3-5 horas – Más de 5 horas
- ¿Sueles comparar tu aspecto con el de las personas que ves en las redes sociales?
Siempre – A menudo – A veces – Raramente – Nunca
- ¿Crees que las redes sociales influyen en el modo de percibir tu cuerpo?
Mucho – Bastante – Poco – Para nada
- Cuando miras las fotos de personas «perfectas» en las redes sociales, ¿cómo te sientes?
Motivado/a mejorarme – Insatisfecho/a de mi aspecto – Indiferente – Otro (especificar)
- ¿Alguna vez te ha pasado que has modificado o retocado un foro antes de publicarla en las redes sociales?
Siempre – A menudo – A veces – Nunca

Autoestima y Aceptación de Uno Mismo

- ¿Cómo describirías tu autoestima en general?
Muy alta – Bastante alta – Intermedia – Baja – Muy baja
- ¿Te sientes aceptado/a por tu grupo de amigos?
Completamente – Bastante – Poco – Para nada
- ¿Alguna vez has sido víctima de comentarios negativos o burlas por tu aspecto?
Nunca – Raramente – A menudo – Muy a menudo
- ¿Te sientes seguro/a de mostrarte como eres sin cambios ni trucos?
Muy seguro/a – Bastante seguro/a – Poco seguro/a – Para nada seguro/a

Bienestar Psicofísico

- ¿Te sientes con frecuencia ansioso/a o estresado/a por causa de tu cuerpo e imagen?
Siempre – A menudo – A veces – Nunca
- Cuando estás con amigos o en público, ¿alguna vez has pensado cómo apareces a los demás?
Siempre – A menudo – A veces – Nunca
- ¿En qué medida crees que tu aspecto físico influye en tu autoestima?
Mucho – Bastante – Poco – Para nada

- ¿Cuáles son las estrategias o hábitos que usas para cuidar tu bienestar psicofísico) (ej. deporte, meditación, otras actividades para el cuidado personal) (Respuesta abierta).

Reflexiones y Sugerencias

- ¿Cuáles son las dificultades que encuentras cuando se trata de aceptar tu cuerpo? (Respuesta abierta).
- ¿Qué actividades o estrategias crees que pueden ayudarte a mejorar la percepción de ti mismo/a? (Respuesta abierta).
- Si pudieras recibir ayuda a este propósito, ¿qué tipo de apoyo sería para ti más útil? (ej. asesoramiento, grupos de discusión, material informativo) (Respuesta abierta).
- ¿Hay algo más que querías añadir o compartir sobre el tema de la percepción corporal? (Respuesta abierta).

Grupo focal o grupo de enfoque (*focus group*) sobre Imagen Corporal y Estereotipos de Belleza

Organizar sesiones grupales en las que los jóvenes puedan expresar sus propias opiniones sobre modelos de belleza y presiones de la sociedad les permite desarrollar un sentido crítico. Durante estas sesiones, el educador puede utilizar preguntas estímulo, como, por ejemplo:

- ¿Qué cánones de belleza crees que se promueven en las redes sociales?
- ¿En qué medida te sientes condicionado/a por los cánones estéticos publicitados en los medios de comunicación?
- ¿Crees que la imagen del cuerpo ideal ha cambiado en el tiempo?

Estas discusiones, además de ayudar a los jóvenes a reflexionar, crean un entorno en el que se sienten escuchados y pueden encontrar un apoyo recíproco. Para animarlos a una participación abierta, se recomienda utilizar un círculo para compartir donde cada uno tenga derecho a expresarse sin interrupciones.

Talleres de Autoconsciencia Corporal

El mindfulness es una técnica eficaz para ayudar a los jóvenes a desarrollar una relación más equilibrada con el propio cuerpo, basada en la autoconsciencia y en su aceptación plena. Durante estas sesiones se puede guiar a los participantes mediante:

[1] Ejercicios de respiración y autoconsciencia. El educador invita a los chicos a que cierren los ojos, se concentren en la respiración y noten las sensaciones corporales sin juzgarlas. Esto ayuda a desarrollar una autoconsciencia libre de críticas.

[2] Visualizaciones guiadas. El educador guía a los jóvenes a que imaginen un momento en el que se han sentido serenos y en armonía con el propio cuerpo, y luego les pide que reflexionen sobre cómo mantener esa sensación.

[3] Diario de la gratitud corporal. Se invita a que los participantes tengan un diario en el que, al final de la jornada, anoten al menos una cualidad del propio cuerpo por el que se sienten agradecidos. Este ejercicio refuerza la aceptación y reduce la auto-crítica.

Proyectos Creativos de Exploración de la Identidad Corporal

Crear proyectos artísticos colectivos permite que los jóvenes exploren la autenticidad corporal en un contexto seguro y libre de juicios. Algunas ideas prácticas incluyen:

[1] Muestra fotográfica personal. Cada participante saca una fotografía que represente un aspecto de sí mismo que considere auténtico o significativo. A continuación, se expone la foto en una galería escolar con una breve descripción de lo que representa.

[2] Collage sobre la identidad corporal. Cada participante puede crear un collage de imágenes y palabras que representen la propia identidad, tanto física como emocional. Este proyecto estimula la autorreflexión y valora la diversidad.

[3] Mural con la imagen de sí mismo. En forma colaborativa, los participantes pueden pintar un mural que represente la idea de belleza y aceptación. Este tipo de actividad, además de reforzar el grupo, les permite explorar la imagen corporal de una manera constructiva.

Encuentros de Discusión con Expertos

Invitar a psicólogos, nutricionistas y entrenadores personales (*personal trainer*) especializados en la promoción de la salud y bienestar corporal puede ser una manera de proporcionar información profesional a los jóvenes sobre cómo cuidar el propio cuerpo. Durante estos encuentros los expertos pueden tratar temas como:

- La diferencia entre una alimentación sana y las dietas restrictivas.
- Cómo fijarse objetivos físicos realistas y basados en el bienestar antes que en la estética.
- Técnicas para mejorar la percepción de sí mismo sin obsesionarse por el aspecto físico.

Este tipo de encuentros puede incluir una sesión de preguntas y respuestas en la que los jóvenes tengan la ocasión de expresar sus propias dudas y recibir consejos prácticos.

Itinerarios de Educación para el Uso Consciente de las Redes Sociales

La educación mediática (*media literacy*) ayuda a los jóvenes a comprender el efecto que tienen de las redes sociales en la imagen corporal. Por ejemplo, se pueden organizar actividades como:

[1] Análisis crítico de los perfiles sociales. El educador muestra perfiles de influencers (*influencer*) y publicidades para discutir en grupo sobre la manera de crear imágenes perfectas y qué herramientas se utilizan para ello (filtro, embellecimiento, retoque). El objetivo es desenmascarar lo artificial de muchas imágenes.

[2] Creación de contenidos realistas. Se puede invitar a los jóvenes a crear contenidos realistas que fomenten lo genuino, documentando momentos de su vida sin modificaciones ni filtros. Esto favorece la autenticidad y ayuda a contrastar la presión que se ejerce en busca de la imagen perfecta.

Materiales Educativos y Folletos Informativos

El educador puede utilizar materiales de apoyo como folletos o carteles informativos colocados en las áreas comunes relacionados con temas como:

- Los riesgos de prestar excesiva atención al cuerpo.
- La importancia de la autoestima y aceptación de sí mismo.
- Estrategias para mejorar la percepción del propio cuerpo.





CAPÍTULO

5

Trastornos alimentarios

5.1

CÓMO RECONOCER LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Estoy enfermo, pero me cuesta admitirlo

¿Cuáles son los tipos de trastornos alimentarios? ¿Cuáles son sus causas? ¿Cuáles son las señales de alarma que pueden hacernos sospechar que existe este trastorno? ¿A quién acudir y qué tratamiento debemos seguir? ¿Cuáles son los factores protectores contra esta enfermedad? Estas son algunas de las preguntas a las que en este apartado se responde brevemente para suministrar la información más relevante sobre estos trastornos.

Los trastornos del comportamiento alimentario (DCA) forman parte de las patologías de tipo psiquiátrico y se caracterizan por comportamientos alimentarios anómalos que influyen negativamente la salud física y psicológica de la persona.

Estos trastornos implican **una preocupación excesiva por el peso y forma del cuerpo y por la comida**, y pueden conducir a graves consecuencias para la salud. Los trastornos alimentarios se manifiestan de formas variadas, cada una con características y criterios diagnósticos específicos, pero todos tienen en común una relación disfuncional con la comida y una alteración de la percepción corporal.

Una característica común de estos trastornos es la falta de consciencia de la enfermedad y, por consiguiente, la falta de motivación para curarse. Por este motivo, el tratamiento es largo y complejo, y el rol de la familia es esencial para la recuperación.

Los síntomas de los trastornos alimentarios

Algunos comportamientos o señales pueden hacer sospechar un trastorno alimentario. Son aspectos que hay que observar porque en caso de ser diagnosticado lo antes posible, la recuperación es fácil y rápida. Las señales de alarma relacionadas con la aparición de un trastorno alimentario son las siguientes:

En primer lugar, **las señales y síntomas físicos**:

- Pérdida de peso en poco tiempo sin conocer su origen.
- Retraso del crecimiento normal por edad y peso.
- Cambios repentinos de peso.
- Trastornos menstruales, pérdida de las menstruaciones sin una causa médica.
- Descalcificación ósea (osteoporosis).
- Mejillas hinchadas a causa del vómito autoinducido (hipertrofia parotídea).
- Anomalías dentales (pérdida del esmalte, caries).
- Callos en los nudillos de algunos dedos.

En segundo lugar, **las señales y síntomas psicológicos**:

- Preocupación extrema por la línea, la dieta y el peso.
- Comentarios burlones sobre el propio cuerpo.
- Grave alteración de la imagen corporal.
- Perfeccionismo e insatisfacción.
- Inestabilidad emocional.
- Aislamiento y preocupación excesiva por el estudio.
- Irritabilidad.
- Baja autoestima.
- Impulsividad.
- Aumento de la rigidez y de la obsesión.

Por último, **las señales y síntomas comportamentales**:

- Persistencia de dieta, aunque la persona sea muy delgada.
- Cambio en los hábitos alimenticios (hacerse vegetariano o vegano).
- Aumento del interés por la cocina, la ropa y la moda.
- Ir al baño inmediatamente después de las comidas.
- Tendencia a esconder algunas partes del cuerpo con la ropa.

- Adquisición y consumo de productos para adelgazar.
- Extraños rituales con la comida, por ejemplo, desmenuzarla mucho.
- Ejercicio físico excesivo.
- Obsesión por pesarse continuamente.
- Aislamiento social.

Prevalencia

[1] Los estudios epidemiológicos entre la población de mayor riesgo han detectado una prevalencia de alrededor del 5% en las mujeres de edad comprendida entre los 12 y 21 años. En base al diagnóstico, los datos de prevalencia son 0,31% para la anorexia nerviosa, 0,77% para la bulimia nerviosa y 3,07% para los trastornos alimentarios no específicos (Pérez-Gaspar et al., 2000). Los comportamientos de riesgo de estos trastornos en los adolescentes comprenden entre el 11 y el 18%.

Se estima que hoy, solo en Italia, más de **tres millones de personas** sufren de DNA (Trastornos de la Nutrición y Alimentación) y decenas de millones de jóvenes y adultos se enferman cada año en el mundo. La pandemia ha empeorado ulteriormente la situación, con un incremento de casos estimado, al menos, en un 30-35% y una **reducción de la edad de aparición**.

[2] Por lo general, estos trastornos tienen un inicio en la edad evolutiva y afectan en su mayoría a la población femenina, aunque el número de varones va en aumento, sobre todo, en la edad de la adolescencia y preadolescencia. **Los DNA comienzan a difundirse también de una manera consistente en la población infantil**, con niños de 8-9 años que presentan síntomas de DNA típico de la edad adolescente y adulta, en especial, de tipo anoréxico y ya no solo trastornos alimentarios propios de la edad infantil como ocurría hace algunos años.

5.2

TIPOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Las diferentes caras de los trastornos alimentarios

«Los trastornos de la nutrición y alimentación se caracterizan por un trastorno persistente en la alimentación o en los comportamientos relacionados con ella que determinan una alteración en el consumo o absorción de comida y que perjudican significativamente la salud física o el funcionamiento psicosocial»⁷.

⁷ Definición de los trastornos de la nutrición extraída del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5-TR) (American Psychiatric Association, 2023).

Seguidamente presentamos un breve panorama de los trastornos alimentarios primarios, cuya lectura puede ayudar a comprender mejor esta realidad:

- **Anorexia nerviosa.** Se manifiesta como una búsqueda incesante de la delgadez, que puede acompañarse de medidas y conductas compensatorias: dieta severa y restrictiva (incluso el ayuno), ejercicio físico excesivo y/o comportamientos purgativos (vómito autoinducido, abuso de laxantes y/o diuréticos). Las personas afectadas manifiestan un miedo intenso de aumentar de peso y de la posibilidad de volverse obesas, o bien un comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso. Presentan una distorsión de la imagen corporal, con una preocupación extrema por la dieta, la figura y el peso. Dado que su atención se focaliza en la pérdida de peso que provoca un déficit nutricional, pueden poner en riesgo la propia vida. Desde el punto de vista psicológico, se observan rasgos de personalidad caracterizados por un elevado perfeccionismo, por centrarse en reglas y por una baja autoestima.
- **Bulimia nerviosa.** Se caracteriza por episodios de atracones (comilonas) (ingestión voraz e incontrolada) durante los cuales las personas ingieren una gran cantidad de alimentos en un lapso corto de tiempo, por lo general a escondidas y con una sensación de pérdida de control. Las personas afectadas tratan de compensar los efectos de la sobrealimentación con el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y/o diuréticos o el ejercicio físico excesivo. Como sucede con la anorexia nerviosa, las personas afectadas por bulimia nerviosa muestran una preocupación excesiva por el peso, la imagen y la forma del cuerpo. Lo que la diferencia de la anorexia es la falta de control en la alimentación. A menudo se trata de un trastorno más difícil de detectar por cuanto pasa inobservado con facilidad (la persona afectada puede parecer normal, de bajo peso o sobrepeso) y se soporta con sentimientos de vergüenza y de culpa.
- **El trastorno por atracón (alimentación incontrolable) (binge-eating).** Se caracteriza por la presencia recurrente de una alimentación voraz (atracones) similar a la de las personas con bulimia nerviosa. La diferencia está en que la persona afectada no emplea mecanismos de compensación por los atracones y con el tiempo termina inevitablemente en sobrepeso u obesidad. Muchas personas con este trastorno de atracón utilizan la comida como un modo para enfrentarse a emociones y sentimientos negativos. Tienen dificultades para manejar la ansiedad y encuentran que la comida es reconfortante y calmante. Sin embargo, acaban por sentirse tristes y en culpa por no ser capaces de controlarse para comer, lo cual aumenta el estrés y, por consiguiente, el ciclo se repite.

- **Pica.** Se trata de un trastorno que implica la ingestión de sustancias no comestibles, como tierra o yeso. La ingestión de estas sustancias se considera inadecuada para el nivel de desarrollo del individuo y tiende a variar con la edad; los niños pequeños con frecuencia comen pintura, yeso, cuerdas, cabellos o ropas. El trastorno es más común en la infancia y, en algunos casos, se da en niños con autismo o retraso mental.
- **Trastorno de rumiación.** Se caracteriza porque la persona afectada (sin náuseas ni enfermedades gastrointestinales como el reflujo gastroesofágico) regurgita la comida repetidamente del estómago a la boca para masticarla, tragarla y escupirla. El trastorno es más común en los niños pequeños (entre 3 y 12 meses), pero puede presentarse en adultos, en particular, personas con retraso mental. No se diagnostica cuando se presenta en el contexto de la anorexia nerviosa o de la bulimia nerviosa.
- **Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos.** Se caracteriza por la presencia de comportamientos alimentarios restrictivos como pérdida significativa de peso o retraso de crecimiento en los niños, dependencia de alimentación por sonda o administración de complementos nutricionales por vía oral y dificultades psicosociales. A diferencia de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa, estas personas no manifiestan síntomas como la distorsión de la imagen corporal o el miedo de aumentar de peso.
Se trata por regla general de chicas y chicos en pubertad (con mayor implicación del sexo masculino) que siempre han tenido problemas con la alimentación (a menudo asociados a problemas gastrointestinales) y con un repertorio alimentario muy reducido. Este trastorno se asocia a problemas de ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno del espectro autista.
- **Trastornos nutricionales y alimentarios con especificación.** Esta categoría se aplica a los síntomas característicos de un trastorno nutricional o alimentario que causan un malestar significativo o un daño en el funcionamiento social y ocupacional o que predominan en otros ámbitos, pero que no satisfacen plenamente los criterios que se aplican a la clase diagnóstica de los trastornos nutricionales y alimentarios.
No obstante, esta categoría de Trastornos de la Conducta Alimentaria pone de manifiesto importantes rasgos y síntomas característicos de un problema con la comida y el propio cuerpo. Aunque estos síntomas no encajen en los criterios diagnósticos de los tipos más comunes de trastornos alimentarios, merecen ser escuchados y recibir toda la atención que necesitan para sanarse.
- **Síndrome de la alimentación nocturna.** También conocido por la terminología inglesa como «night eating syndrome» (NES), es un trastorno alimentario que se caracteriza por atracones nocturnos e insomnio. Es un trastorno que hace que la

persona que lo padece coma compulsivamente más por la tarde y por la noche que durante el resto del día. Esto desencadena un círculo vicioso, con consecuencias negativas sobre el reloj biológico tanto en lo que respecta al sueño como a la alimentación. En ocasiones, la patología se presenta en conjunción con estados de depresión y ansiedad, y afecta con frecuencia, aunque no exclusivamente, a individuos obesos.

- Una nueva categoría de trastorno alimentario es la **ortorexia nerviosa** que se manifiesta en una conducta obsesiva por la comida «sana» o «pura». Aunque en los manuales de diagnóstico no está reconocida oficialmente como un trastorno, la ortorexia supone una preocupación excesiva por la calidad y pureza de la comida, con las consiguientes restricciones alimentarias que pueden llevar a deficiencias nutricionales y aislamiento social.

Causas que concurren a los trastornos alimentarios

La causa de los trastornos alimentarios es multifactorial. En su formación intervienen diversos factores biológicos y genéticos, características psicológicas, aspectos socioculturales y factores de estrés ambiental. El peso específico de cada uno de ellos no se ha determinado aún con exactitud.

Estos trastornos inician por regla general en la adolescencia, aunque se observa una frecuencia de aparición cada vez mayor en la etapa de la prepuberal y en la edad adulta. Afectan principalmente la población femenina: 9 casos de 10 aproximadamente son de sexo femenino y 1 de sexo masculino.

Entre los factores que causan los trastornos alimentarios están los siguientes:

[1] Factores biológicos (vulnerabilidad familiar): Los estudios sobre familias muestran una mayor frecuencia de trastornos alimentarios entre los familiares de personas afectadas por estos trastornos respecto de los que no presentan la enfermedad. En el caso de la anorexia nerviosa, la genética parece explicar el 60-70% de riesgo del trastorno.

[2] Factores socioculturales: Algunos estudios identifican la relación entre trastornos alimentarios y modelos familiares hiperprotectores, severos y exigentes, conflictivos y poco cohesionados. Por otra parte, existen factores culturales relacionados con el culto al cuerpo, con un ideal de belleza de extrema delgadez, con la influencia de la moda y de los medios de comunicación y con el impacto de las redes sociales en los jóvenes.

La importancia de los aspectos socioculturales se ha constatado en los países desarrollados en los que la delgadez y belleza estereotipada, influenciadas por las ten-

dencias de la moda, las expectativas sociales y los estándares impuestos por la industria, son sinónimo de éxito social y personal. Hay un bombardeo publicitario masivo de este mensaje en las redes sociales, los medios de comunicación y las imágenes en las calles. Los datos significativos y alarmantes son los siguientes:

- en los últimos 5 años, han aumentado en un 47% los contenidos que fomentan comportamientos alimentarios patológicos en las redes sociales;
- la utilización de continuas imágenes de «motivación a la delgadez» y desafíos virales como (*Iphone-Knees*) – se coloca el *smartphone* a la altura de las rodillas y si estas quedan dentro de la pantalla significa que son adecuadamente delgadas –; como participar en *challenge* -hacer el desafío insólito de contar el número de monedas que caben en el hueco de la clavícula-; o bien (*Headphones around Waist*) el desafío de los auriculares en la cintura, es decir, publicar fotos con los auriculares atados a la cintura para mostrar delgadez.

[3] Factores psicológicos: Se han asociado con los trastornos alimentarios los rasgos de una personalidad de excesiva severidad, perfeccionismo, autoexigencia, retiro social y una historia personal con dificultades en la alimentación. La bulimia, en particular, y el trastorno por atracón (*binge eating*) tienen un perfil de personalidad más compulsivo, con dificultades de persistencia ante la frustración que lleva a una sobrealimentación ansiosa. La baja autoestima es un factor común en la mayoría de los trastornos alimentarios.

[4] Eventos vitales potencialmente estresantes: Se han relacionado con los abusos sexuales y/o físicos en la infancia, críticas sobre el físico de una persona por parte de los demás y una historia de crisis vitales.

5.3

SEÑALES DE ALARMA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

[1] Los disturbios alimentarios con condiciones complejas y potencialmente peligrosas, por ello es fundamental reconocer las señales de alarma para intervenir tempestivamente. Un cambio significativo en el comportamiento alimentario es, a menudo, la primera señal que hay que observar. Esto puede manifestarse con **dietas extremadas, el rechazo de alimentos considerados «no saludables» o una reducción exagerada de las porciones**. Las personas afectadas por trastornos alimentarios pueden comenzar también a saltar las comidas o a comer a escondidas, mostrando un comportamiento de evasión o escondiendo su relación con la comida.

[2] Además, el cuerpo puede comenzar a dar señales físicas evidentes. **La pérdida de peso drástica** es uno de los síntomas más conocidos, sobre todo en casos de ano-

rexia, en la que la persona puede aparecer visiblemente con bajo peso. Al contrario, en el caso de la bulimia, puede haber **fluctuaciones de peso**, con episodios de atracones seguidos de comportamientos compensatorios como el vómito autoinducido o el uso excesivo de laxantes. También otras señales físicas como **debilidad, cansancio, piel seca, pérdida de cabellos e irregularidades menstruales** pueden ser indicadores de un trastorno alimentario en curso.

[3] En el nivel emocional y comportamental, las señales de alarma pueden incluir una obsesión por el peso y formas corporales, con una preocupación constante por la imagen corporal. La persona puede manifestar **insatisfacción por el propio cuerpo**, aunque se encuentre en una situación de peso normal o de bajo peso. También se pueden observar cambios de estados de ánimo como irritabilidad, ansiedad o depresión que a menudo acompañan el deterioro de la salud mental y física. Finalmente, **el aislamiento social** es otra señal significativa puesto que la persona puede comenzar a evitar situaciones sociales relacionadas con la comida, por ejemplo, cenas con amigos o eventos familiares.

[4] Las señales de alarma tanto **en contextos escolares, recreativos, asociativos** son:

- Recreación o momento convivial (tirar la comida, no comer nada).
- Evitar de permanecer en los lugares donde se prepara la comida.
- Alumnos perfeccionistas.
- Ejercicio físico intenso.
- Falta de concentración.
- Agotamiento.
- Cambios en primavera y en verano.
- Trastornos de los estados de ánimo.

5.4

PRINCIPALES MITOS Y FALSAS CREENCIAS ACERCA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Seguidamente se presenta un listado de convicciones erróneas de nuestra sociedad actual acerca de los trastornos alimentarios. Pese a que hoy día, respecto de hace algunos años, se conoce más sobre estos trastornos, todavía hay algunas falsas creencias que deben ser eliminadas a fin de obtener una mejor comprensión de estas enfermedades tan complejas:

Los trastornos de la conducta alimentaria no son una enfermedad. FALSO

Los trastornos de la conducta alimentaria no son simplemente malos hábitos relacionados con la alimentación, sino son enfermedades que tienen una génesis y evolución multifactorial y que requieren un tratamiento específico.

Los trastornos alimentarios son una elección. FALSO

Nadie elige deliberadamente tener un trastorno alimentario, al contrario, la aparición de este lleva a la persona a poner en funcionamiento comportamientos como la reducida ingestión de alimentos, la autoinducción al vómito o episodios de atracones de comida. La persona no controla voluntariamente estos fenómenos y su presencia requiere una intervención especializada.

Los trastornos alimentarios afectan solo a las mujeres. FALSO

En los últimos años se ha notado un considerable incremento de los trastornos alimentarios en la población masculina. Aunque sean más frecuentes en la población femenina, también se dan casos de trastornos alimentarios en los jóvenes y adultos masculinos.

Hacer régimen es un comportamiento normal entre los adolescentes. FALSO

Muchos adolescentes no hacen régimen, otros lo hacen incluso siguiendo el ejemplo de un amigo/a. La atención excesiva al peso y el hecho de hacer dietas sin la prescripción de un especialista puede representar una señal de alarma a la que se debe prestar atención.

La anorexia y la bulimia son los únicos trastornos alimentarios. FALSO

Además de la anorexia y de la bulimia existen otros trastornos como el trastorno nutricional y alimentario con otra especificación y el trastorno nutricional y alimentario sin especificación (cfr. DSM 5-TR).

La anorexia es el trastorno más común. FALSO

Se diagnostican más casos de bulimia y de trastornos alimentarios no especificados que de anorexia.

Cuando una persona tiene un trastorno alimentario, siempre es muy delgada. FALSO

En muchos casos, el aspecto físico de la persona con un trastorno alimentario es normal, es decir, no es necesariamente delgada ni muy delgada. La convicción errónea que todas estas personas son delgadas hace difícil que se diagnostiquen estos trastornos.

Los trastornos alimentarios no se curan nunca completamente. FALSO

Aproximadamente el 50-60% de los casos se cura completamente, el 20-30% se cura parcialmente y solo en el 10-20% de las personas se vuelve crónico. Lo que es fundamental para la recuperación de un trastorno alimentario es un tratamiento médico y psicológico especializado.

Quien tiene un trastorno alimentario es porque se lo ha buscado. FALSO

Son trastornos mentales que nadie elige tenerlos y que producen un intenso sufrimiento tanto en la persona afectada como en su entorno familiar. Siempre tienen

un origen multicausal en el que intervienen diversos factores individuales, familiares y sociales.

La anorexia es una dieta que «ha terminado mal». FALSO

A veces la anorexia puede aparecer en una persona en sobrepeso que ha decidido comenzar una dieta, pero que se ha focalizado excesivamente en la necesidad de adelgazar reduciendo ulteriormente la dieta misma. Asimismo, existen personas con anorexia que comienzan a tener comportamientos de restricción de la comida, autoinducción al vómito o ejercicio físico excesivo, sin haber hecho dietas antes de la aparición del trastorno.

Los trastornos alimentarios solo afectan a las mujeres jóvenes. FALSO

A pesar de que sean más frecuentes en las mujeres (9 de cada 10 casos son mujeres), afecta a ambos sexos. Además, se presentan en personas de todas las edades. Lo que es común es que la edad de su aparición es la adolescencia y, una vez que se presenta, la enfermedad no abandona a la persona hasta que inicia un tratamiento adecuado.

Las comilonas en la bulimia y en el trastorno por atracón (*binge eating*) son un problema de fuerza de voluntad. FALSO

Cuando se habla de bulimia y de trastorno por atracón, se habla de trastornos mentales caracterizados por el hecho de que la persona afectada es incapaz de controlar la propia alimentación. No se trata simplemente de una falta de fuerza de voluntad.

5.5

CÓMO ACOMPAÑAR LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN EL ENTORNO EDUCATIVO

Los principales ámbitos y factores que merecen especial atención

[1] Es indudable que comprender la relevancia de la autoestima en el entorno educativo es de suma importancia. La construcción de una sólida **autoestima** es un factor protector fundamental. Las personas con una buena percepción de sí mismas y en condiciones de afrontar los desafíos de la vida con actitud resiliente están menos expuestas a los trastornos alimentarios. También el apoyo social como las amistades positivas y alentadoras contribuye a crear un ambiente en el que la persona se siente aceptada y valorizada por encima de su aspecto físico.

Finalmente, es crucial **la educación sobre temas de la imagen corporal**. Programas que fomentan la aceptación de la diversidad corporal e incentivan la educación alimentaria pueden ayudar a prevenir el desarrollo de conductas disfuncionales. De este modo, las personas pueden estar mejor equipadas para enfrentar las presiones sociales y mantener una relación sana con la comida y el propio cuerpo.

[2] A este respecto, hay **algunos factores que deben afrontarse** y que pueden ser agrupados como sigue:

- **Factores individuales:**

- Buena autoestima.
- Imagen corporal positiva.
- Suministro de herramientas para desarrollar un sentido crítico contra los estereotipos de belleza difundidos por los medios de comunicación y la información acerca de dietas milagrosas.
- Bienestar emocional.
- Buena adaptabilidad escolar (rendimiento y relación con los coetáneos).
- Asertividad.
- Buenas habilidades sociales.
- Estrategias de resolución de problemas (*problem solving*) y de actitudes de enfrentamiento (*coping*).

- **Factores familiares:**

- Pertenecer a una familia que no da excesiva importancia al peso y a un físico atractivo, todo lo contrario, estimular una imagen corporal positiva aceptando las diferencias entre las personas y respetando a todos independientemente de su aspecto físico.
- Consumir al menos una de las comidas principales en familia: transformar el comer en un acto social y familiar.
- Reforzar la autoestima en casa, es decir, elogiar a los hijos por lo que son y reforzar positivamente su personalidad y capacidades más que su aspecto físico.
- Fomentar hábitos alimentarios y un estilo de vida sanos. La familia debe ser un modelo de salud para los hijos.
- Incentivar la comunicación en familia, escuchar las opiniones, establecer espacios de comunicación con los adolescentes.
- Compartir el tiempo de ocio en familia: practicar deportes juntos, organizar visitas culturales, leer, ver la televisión, navegar en Internet, etc.

- **Factores socioculturales:**

- Pertenecer a una cultura menos occidentalizada que acepta una variedad de formas y dimensiones del cuerpo.
- Participar en deportes y eventos de industrias en los que no se pone el acento en la delgadez o atractivo físico.
- Relaciones sociales de apoyo en las que el peso y el aspecto físico no son una preocupación importante.
- Rechazar ideales estéticos irreales que puedan poner en riesgo la salud de nuestros hijos.
- Ponerlos en guardia frente a los contenidos perjudiciales en Internet y en las redes sociales: sitios web y redes sociales que sostienen la anorexia y la bulimia como estilo de vida.

[3] Trabajo con las familias:

- Evaluación de la estructura y funcionamiento familiar.
- Es importante individualizar eventuales variaciones en su correcto funcionamiento (familias desorganizadas, reglas severas, madres muy críticas respecto del aspecto físico, conflictos familiares, etc.).
- Es necesario establecer desde un principio un buen canal de comunicación con la familia.
- Fomentar la capacidad y voluntad de colaborar en el tratamiento.
- Las familias pueden favorecer los factores de mantenimiento de la enfermedad.

Cómo hablar con la familia

Se recomienda *un primer contacto* de los educadores únicamente con los padres durante el cual se abordan los siguientes temas: encuentro con el hijo y la sospecha de un trastorno alimentario. En un *segundo momento*, incluir al hijo en el encuentro. Confrontación en relación con:

- Problemas familiares.
- Importancia del diagnóstico y tratamiento precoces.
- Recursos sanitarios y sociales existentes.

Por lo que respecta a los menores, en caso de que los padres se nieguen a hablar o bien si se observan actitudes de negligencia, se debe tomar en consideración la posibilidad de comunicarlo a los servicios sociales.

Aspectos de riesgo que pueden complicar la situación familiar

- Negación de la enfermedad.
- Cambios biopsicosociales que mantienen el problema.
- Aislamiento social.
- Protección excesiva.
- Desacuerdo con los padres.
- Minimización del problema.

[4] La importancia del entorno educativo

El rol de los educadores es crucial por cuanto mantienen un contacto directo y permanente con la población en riesgo/afectada. Tres son las tareas educativas que hay que tener en cuenta:

- Individualizar las señales de alarma y los casos posibles.
- Apoyar y acompañar durante el proceso.
- Colaborar con el/la chico/a.

Además, se deben tener en consideración:

- Cambios evidentes.
- Consecuencias físicas y emocionales.
- Relación con la familia.
- Importancia de comunicarlo a los parientes.
- Fomento de la mediación si el/la joven se niega a hablar con los padres.

Sugerencias para el acompañamiento y apoyo

- El obstáculo principal es la dificultad que tiene la persona para dar a conocer los síntomas, por tanto, la empatía y el apoyo que puedan percibir serán de fundamental importancia para inducirle a que manifieste sus propios miedos, preocupaciones y comportamientos.
- Generar un clima de confianza y apoyo.
- Evitar de culpabilizar y de apuntar con el dedo. Evitar el empleo de un tono acusatorio.
- A pesar de que el educador está en contacto con la familia, tratará de que no se lo identifique como su aliado, sino como alguien que se preocupa por la salud y la situación emocional de la familia.
- Se debe tener en cuenta de que la falta de consciencia de la enfermedad, la tendencia a negar el trastorno y la escasa motivación para el cambio, tanto más pronunciada cuanto más breve es la evolución.

[5] Cómo trabajar en grupo

Trabajar con todos los jóvenes las siguientes habilidades:

- Participación en las tareas.
- División de la jornada en partes (estudio, aficiones, amigos, etc.).
- Actividades que favorezcan las habilidades sociales y relaciones interpersonales.
- Búsqueda de nuevos intereses.
- Incentivar la autonomía personal y el proceso decisional.
- Aprender a verbalizar y a identificar problemas, pensamientos y sentimientos.
- Estimular a la reflexión sobre actitudes y comportamientos, y sobre su impacto en los demás.
- Incentivar la espontaneidad en la manifestación de las emociones.
- Incentivar reglas y autoestima más flexibles.
- Evitar la manipulación y las mentiras como un modo de relacionarse.
- Fomentar la evaluación positiva de sus resultados.

[6] Programas de prevención escolar⁸

Los trastornos alimentarios son enfermedades con etiología compleja y su manifestación clínica es variable. En los contextos en los que son afectadas poblaciones en riesgo es esencial una formación adecuada para intervenir tempestivamente actuando como agentes de prevención y detección.

Pese a que el enfoque psicoterapéutico sea el eje central en el tratamiento, **las intervenciones en el entorno educativo y social del niño son determinantes** en la prognosis de la enfermedad. Todos los modelos terapéuticos coinciden en atribuir gran importancia al rol de la familia en la recuperación, por lo que es esencial incluirla en dicho proceso.

Se sugiere que **los diversos profesionales involucrados** (pediatras, educadores, asesores, psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, nutricionistas, etc.) trabajen de forma coordinada, con acciones concordadas e integradas en un plan terapéutico común.

Uno de los criterios educativos fundamentales es el de fomentar **un ambiente de seguridad**, libre de juicio y basado en la confianza, en el que los jóvenes puedan sentirse libres de discutir sobre sus propias dificultades sin el miedo de ser estigmatizados. Por tanto, los educadores deben estar formados para reconocer las señales precoces de un posible trastorno alimentario, como por ejemplo la obsesión por el peso, la evitación de ciertos alimentos, o bien comportamientos anómalos como saltar la comida o comer de un modo compulsivo.

Para responder a las necesidades educativas, las acciones de prevención pueden articularse en **actividades de sensibilización y actividades de educación emocional**. Los educadores pueden organizar seminarios o talleres formativos en los que se discuta sobre alimentación sana, pero, sobre todo, se aborden los temas de la aceptación del propio cuerpo, del manejo del estrés y de las emociones, y de las presiones sociales relacionadas con la imagen corporal. Estos encuentros pueden organizarse utilizando un lenguaje adecuado a la edad y deben fomentar la interacción y participación activas de los jóvenes. Efectivamente, se podría pensar en programas con los objetivos y contenidos siguientes:

- Hábitos sanos – Sentido crítico en relación con los valores estéticos.
- Iniciativa, actitud de enfrentamiento (*coping*) – aceptación, diversidad.
- Contenidos:
 - Hábitos alimenticios sanos: pirámide alimenticia, variedad, 5 en el día, ejercicio diario, falsos mitos, plato Harvard, etc.
 - Impulsividad, resolución de problemas (*problem solving*) racional, autocontrol.

⁸ Programas nacionales (España): ZARIMA, DICTA, AMEMC, otros. Programas internacionales: PROGETTO CORPO, CORPI DEI RAGAZZI, PESO SANO.

- Medios de comunicación: sentido crítico, su influencia en los propios gustos e ideales, diferenciación.
- Asertividad: expresar y respetar la propia opinión.
- Perfeccionismo: riesgos, consecuencias negativas.
- Belleza e imagen corporal: los cambios relacionados con la pubertad, la influencia de nuestra imagen corporal en nuestra autoestima, los cambios del ideal de belleza a través del tiempo, las diversidades, etc.
- Autoestima: consecuencias de la autoestima en nuestras acciones, cómo cuidarla.

Otro criterio educativo crucial es la **personalización de las intervenciones**. Cada joven vive su experiencia de relación con la comida y con el propio cuerpo de manera diferente, por lo que es esencial ajustar las intervenciones a las exigencias individuales. Esto puede requerir la utilización de herramientas como cuestionarios y entrevistas individuales a fin de comprender mejor las vivencias y necesidades de cada joven. Por ejemplo, un cuestionario acerca de la imagen corporal puede incluir preguntas que exploren cómo el joven se siente influenciado por los medios de comunicación o por las expectativas sociales y en qué medida se siente cómodo con su propio cuerpo.



Técnicas para trabajar a fondo en los distintos aspectos relacionados con los trastornos alimentarios

Herramientas Educativas y Materiales Utilizables

[1] Entre las herramientas que se pueden utilizar, **los cuestionarios** pueden emplearse para evaluar la imagen corporal, la autoestima y los hábitos alimenticios de los jóvenes. Existen cuestionarios estándares (*Body Image Questionnaire*; *Eating Attitudes Test*) que permiten detectar los síntomas relacionados con los trastornos alimentarios, como *Body Appreciation Scale* que mide el grado de valoración del propio cuerpo. Estas herramientas pueden aplicarse periódicamente por parte de profesionales para monitorear la evolución de las percepciones que tienen los jóvenes y localizar precozmente las señales de riesgo.

[2] Entre otras herramientas útiles están las **fichas de autorreflexión** que animan a los jóvenes a reflexionar sobre sus propias emociones y relaciones con la comida. Estas fichas pueden incluir preguntas como «¿Cómo te sientes después de haber comido tu plato preferido?», o bien «¿Qué pensamientos tienes hoy respecto de tu cuerpo?». Estos ejercicios son fundamentales para desarrollar la autoconsciencia y comprender la relación entre emociones y alimentación.

[3] Los recursos audiovisuales pueden representar una válida ayuda en las actividades educativas. Vídeos informativos que traten temas sobre trastornos alimentarios, autoestima e imagen corporal pueden estimular el debate y hacer más concreta la comprensión de estos fenómenos. Los educadores pueden utilizar breves documentales, vídeos de testimonios o animaciones que explican de un modo sencillo y directo qué son los trastornos alimentarios y cómo deben ser abordados.

[4] Por último, se recomienda elaborar un **proyecto de sensibilización** que involucre activamente a los jóvenes en la creación de campañas de prevención. Ello puede incluir la realización de pósteres, tarjetas o contenidos digitales (mensajes en las redes sociales) dirigidos a fomentar la difusión de una visión positiva del cuerpo (*body positivity*) y su aceptación. Los jóvenes involucrados en estas actividades no solo aprenden a transmitir mensajes, sino refuerzan también la propia autoestima y capacidad de comunicación.

Materiales Educativos y Test

Para completar las actividades, los educadores pueden buscar y descargar una serie de materiales educativos y test online. Por ejemplo, *The Body Image Workbook*, que contiene ejercicios de autorreflexión y actividades para mejorar la imagen corporal, o el *Manuale di Educazione Alimentare*, que puede incluir información práctica sobre una correcta alimentación. Además, existen varias pruebas para la evaluación del desarrollo psicomotor como *Eating Disorder Inventory (EDI)* o el *Questionario dell'Autostima* de Rosenberg, disponibles en línea para fines educativos y de prevención. Estas herramientas ayudan a monitorear la autoestima y los comportamientos relacionados con la alimentación.

Es importante subrayar que estas herramientas deben ser interpretadas por profesionales calificados y que su correcta aplicación requiere una formación específica a fin de garantizar resultados precisos y significativos.

Talleres de Imagen Corporal y Autoestima

En estos talleres se trabaja sobre el concepto de autoestima e imagen corporal a través de actividades de reflexión y discusión. Los objetivos principales son el mejoramiento de la autopercepción y el incentivo a dialogar abiertamente sobre las presiones sociales relacionadas con el aspecto físico.

[1] Ejercicio del espejo. Se invita a que los participantes se miren al espejo y describan tres partes de su aspecto que aprecian. Seguidamente se discute en grupo sobre cómo han elegido esas partes y qué emociones han experimentado. Este ejercicio permite que los jóvenes se focalicen en los aspectos positivos del propio cuerpo y desarrollen un lenguaje de apreciación hacia sí mismos.

[2] Actividad de collage. Se pide a los jóvenes que realicen un collage utilizando recortes de revistas e imágenes que para ellos representen una imagen saludable y realista del cuerpo. A continuación, se analiza el collage entre todos, poniendo de relieve las diferencias entre el cuerpo ideal impuesto por los medios de comunicación y la imagen de un cuerpo real y saludable. Este ejercicio favorece un conocimiento crítico de los mensajes mediáticos.

Grupo Focal de Discusión (*focus group*) y de Compartir en grupo

Los grupos focales son útiles para animar a los jóvenes a que hablen abiertamente sobre las propias experiencias y sentimientos respecto de la comida y del cuerpo. Los educadores pueden facilitarles la conversación planteando preguntas que estimulen la reflexión y confrontación.

[1] Preguntas guía para el grupo focal. Algunas preguntas pueden ser, por ejemplo: «¿Cuáles son los principales factores que influyen en tu modo de ver tu cuerpo?», «¿Qué presiones sientes respecto de tu aspecto físico o del modo de comer?», «¿Cómo te sientes a causa del comentario de los demás sobre tu cuerpo?». Este tipo de discusión ayuda a normalizar ciertas preocupaciones y hacer comprender que muchos de los participantes comparten las mismas dificultades.

[2] Actividades de escucha activa. Se invita a cada participante a que comparta una experiencia o pensamiento mientras los demás escuchan en silencio, sin juzgar. Tras cada intervención, los participantes pueden hacer preguntas o compartir reflexiones con respeto. Esta técnica favorece la creación de un ambiente de escucha y apoyos recíprocos.

Juegos de Rol para la Gestión de las Emociones

El juego de roles es una técnica excelente para ayudar a los jóvenes a que exploren los propios sentimientos y desarrollen estrategias para enfrentarse a situaciones de estrés o de presión social.

[1] Simulación de una conversación difícil. Los educadores pueden crear escenas en las que los jóvenes deben abordar situaciones de estrés como responder a un comentario negativo sobre el propio cuerpo o decir «no» a presiones externas para perder peso. Se invita a los jóvenes a interpretar los roles alternando los personajes entre el que hace el comentario y el que responde. Tras cada simulación, juntos reflexionan sobre cómo se han sentido y sus posibles respuestas alternativas. Este tipo de actividad ayuda a desarrollar habilidades sociales y resiliencia emocional.

[2] Ejercicios de reestructuración cognitiva. Se introduce el concepto «pensamientos automáticos negativos» (como «No soy lo bastante delgado/a» o «No valgo para nada») y se trabaja para transformarlos. Por ejemplo, se pide a los participantes que escriban un pensamiento negativo y luego lo sustituyan por uno alternativo más positivo y realista. Esto ayuda a reducir la autocrítica y a fomentar una mentalidad más positiva.

Talleres de Educación Alimentaria y Consciencia Nutricional

Un objetivo importante es desarrollar una relación sana con los alimentos, libre de reglas restrictivas o compulsiones. Los educadores pueden introducir el tema de la alimentación consciente a través de actividades prácticas.

[1] Simulación de la compra consciente. Se crea una actividad en la que los jóvenes representen una escena en el supermercado donde tienen que seleccionar una serie de alimentos equilibrados. A continuación, se debate sobre las diferentes opciones hablando de su valor nutricional y de la importancia de la variedad alimenticia. Esta actividad ayuda a realizar una elección consciente y comprender la importancia de una dieta equilibrada.

[2] Taller de cocina. Durante el taller, los participantes preparan juntos platos sencillos y nutritivos. Durante la preparación, el educador habla de los grupos de alimentos, de la importancia de las porciones y del placer de comer juntos y de forma relajada. Esta actividad hace más concreta la idea de una alimentación sana y equilibrada, fomentando el placer de comer, sin ansiedades ni restricciones.

Actividad de Arteterapia y Escritura

Técnicas artísticas como el dibujo, la pintura o la escritura pueden ayudar a los jóvenes a que exploren sus propios sentimientos de forma creativa y menos directa.

[1] Dibujar el propio «Yo ideal y Yo real». Se les pide a los participantes que dibujen en dos hojas de papel distintas la imagen de sí mismos que ven realmente y la imagen que desearían tener. Luego se analizan las diferencias entre las dos imágenes y se debate sobre los motivos por los que tales diferencias existen. Esta actividad ayuda a que los participantes exploren la discrepancia que hay entre el propio cuerpo real y la imagen ideal, subrayando la influencia de las expectativas sociales.

[2] Escritura emocional. Los educadores pueden proponer la escritura de una carta a sí mismo o al propio cuerpo, expresando sentimientos de gratitud o explorando emociones dolorosas relacionadas con el aspecto físico. La carta podría iniciar, por ejemplo, «Mi querido cuerpo, quiero darte las gracias por...», o bien «Mi querido cuerpo, me gustaría que tú supieras que...». Esta actividad ayuda a entablar un diálogo más indulgente con el propio cuerpo.

Proyectos de Sensibilización

Involucrar a los jóvenes en proyectos de sensibilización les permite reflexionar sobre lo que se ha aprendido y transmitir mensajes positivos a los demás.

[1] Campaña para fomentar una visión positiva del cuerpo (*body positivity*). En este sentido, los jóvenes pueden idear pósteres, vídeos o contenidos en las redes sociales para fomentar la aceptación del cuerpo y la diversidad corporal. Durante la preparación del proyecto, se trabaja en mensajes de inclusión y se analizan las maneras para contrarrestar los mensajes tóxicos de los medios de comunicación.

[2] Jornadas de información. Los educadores pueden organizar jornadas de sensibilización acerca de los trastornos alimentarios y la visión positiva del cuerpo (*body positivity*), un movimiento social centrado en la burla y ridiculización del cuerpo, fomentando la aceptación de todos los aspectos físicos prescindiendo de la talla, forma, color de la piel, género y habilidad física, y centrado en la protesta contra los estándares de belleza como un constructo social que es necesario desatender. Los jóvenes participan activamente en encuentros, debates y presentaciones. En este contexto, se puede invitar a expertos como nutricionistas o psicólogos para profundizar en el tema y responde a las preguntas.





CAPÍTULO

6

Adicciones comportamentales

6.1

CÓMO RECONOCER LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES

Toda adicción esconde una gran insatisfacción

[1] Hasta hace unas décadas, **el concepto de adicción estaba relacionado solo con el consumo de drogas**, pero en los últimos años las adicciones que no comportan ingestión de sustancias psicoactivas, como por ejemplo el uso excesivo de videojuegos, han comenzado a ser objeto de estudio y solicitud en las consultas clínicas:

- Uso excesivo de videojuegos.
- Compra compulsiva.
- Juegos de azar.
- Adicción al sexo.
- Etc.

Las adicciones comportamentales se definen como **la pérdida de control** de un comportamiento que provoca la aparición de consecuencias negativas y la incapacidad de resistir al impulso de realizar un acto nocivo.

Además, la ejecución de estos comportamientos genera una disminución de la ansiedad o una sensación de euforia y, por consiguiente, **un alto nivel de interferencia** en todas las esferas de la vida diaria de la persona.

Estas adicciones se conocen como **adicciones comportamentales** (*Behavioral Addictions*, BA, en inglés). Se trata, en general, de actividades humanas placenteras e ino cuas, pero que, según su utilización y en determinadas circunstancias, pueden llevar a:

- **Pérdida de autocontrol.** Se pierde el control sobre el comportamiento o la actividad problemática por más que se sepa que puede tener consecuencias negativas para la persona (problemas familiares, sociales, económicos, académicos, laborales, legales...).
- **Dependencia** de la acción o del comportamiento. La persona siente cada vez más la necesidad de realizar la acción para obtener el efecto logrado originariamente.
- **Interferencias peligrosas en la vida cotidiana**, pues induce a abandonar ciertas actividades anteriormente agradables (por ejemplo, un niño 'enganchado' a un videojuego puede dejar de salir con sus amigos, jugar a la pelota, etc.).
- **Abstinencia.** La persona no es capaz de controlar su propio malestar (nerviosismo, irritabilidad, etc.) cuando trata de abandonar el hábito de realizar el comportamiento problemático.

Aunque la solicitud de tratamiento sea cada vez más frecuente en las consultas clínicas, el principal manual de diagnóstico de los trastornos de la salud mental (DSM-5) reconoce solo el trastorno de juego de azar (como 'juego de azar') y la adicción a los videojuegos online como adicciones comportamentales.

Cabe señalar que, si bien la comunidad científica sostiene la existencia de las adicciones comportamentales, existe en la actualidad un debate abierto respecto de algunos aspectos, como, por ejemplo, el hecho de que la generalización del uso de este concepto puede llevar a una **excesiva 'patologización' de las actividades cotidianas realizadas en exceso**. Por ello, hay dos elementos clave por los que se considera un comportamiento como patológico y, por tanto, como un trastorno:

- Cuando a este comportamiento se acompaña una alteración del funcionamiento cotidiano de la persona.
- Cuando este comportamiento persiste en el tiempo.

Prevalencia

[1] Varios informes han mostrado **un aumento de las adicciones comportamentales durante y después de la pandemia**. Serían más de 1,1 millones de menores de 35 años en riesgo elevado de adicción a las redes sociales, con los más jóvenes expuestos a las insidias comportamentales de la red que representarían casi el 40% del total. Es lo que surge de una investigación de Demoscopia que, utilizando la *Bergen Social Media Addiction Scale*, ha detectado algunos comportamientos alarmantes: la necesidad impelente de usar cada vez más las redes sociales y la incapacidad de dejar de usarlas. Más aún, desde comportamientos de ansiedad y agitación por la falta de uso de las redes sociales hasta la disminución de las horas dedicadas al estudio o trabajo a causa del excesivo empleo de las mismas.

El análisis de los investigadores de Demoscopia revelaría una relación inversamente proporcional entre la edad de los jóvenes y la incidencia del nivel de alto riesgo de adicción a las redes sociales. En otras palabras, al disminuir la edad, aumentan los posibles factores comportamentales alarmantes. En particular, los jóvenes en el rango de edad comprendido entre los 18 y 23 años, reincidentes en el área de Alta Adicción (*High Addiction*), que indica un alto riesgo de nivel patológico de adicción, serían más de 430 mil, igual al 38% del total, seguidos de los 390 mil individuos de edad comprendida entre 24 y 29 años (34,5%) y, finalmente, los adultos menores de 35 (30-35) que superarían en poco a los 308 millones de individuos mayormente expuestos.

[2] Algunas características:

- Las redes sociales derrotan a los amigos reales: el 85,7% contra el 36,6%.
- Primacía: Instagram destaca entre todas.
- Redes sociales-consumos: un joven de cada 10 en el túnel de la más alta probabilidad de sumisión.
- Odio en la red: prevalece la condena (81,6%), pero los legitimadores se hacen escuchar (40,6%).

6.2

TIPOLOGÍA DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES

Las diferentes caras de las adicciones comportamentales

[1] Una primera reflexión se centra en las adicciones comportamentales **en entornos digitales**. ¿Qué tipo de relación tienen los niños y adolescentes con las nuevas tecnolo-

gías? ¿Qué diferencia hay entre uso excesivo, uso problemático y adicción? ¿Qué podemos hacer para prevenirlas en el entorno educativo, familiar o social? ¿Cuál es el tratamiento más adecuado en estos casos? Quisiéramos responder a estas y otras preguntas que podemos plantearnos cuando hablamos de adicciones comportamentales que, en el caso de niños y adolescentes, aparecen en su mayoría en los entornos digitales.

El uso de dispositivos móviles y de Internet tiene muchos aspectos positivos, pero un uso constante puede ocasionar problemas de salud, empeorar la calidad del sueño, tener dificultades de interacción cara a cara y hasta empeorar el rendimiento escolar.

La difusión de las tecnologías digitales en las últimas décadas ha producido grandes cambios en la sociedad y su rápida incorporación en la vida diaria ha revolucionado nuestro modo de comportarnos. Esta conectividad ha condicionado la forma como nos presentamos socialmente y nos relacionamos con los demás, así como la elaboración de la información, la memorización, los procesos de aprendizaje y hasta los mecanismos clásicos de participación en nuestro entorno. Una de las principales preocupaciones es el impacto que toda esta realidad ha tenido en los niños y en los jóvenes.

[2] Mientras que en los últimos años el uso de estas tecnologías se asociaba a los dispositivos o al hecho de poseer perfiles en las redes sociales como un rito del paso a la adolescencia –que coincidía al mismo tiempo con el acceso a la secundaria-, **su uso es cada vez más precoz** y ya forma parte de la vida diaria de chicos y chicas.

Esta generación convive con los dispositivos digitales como si fueran objetos integrados desde el minuto cero de su vida. De esta manera, el *smartphone* o la conexión misma a Internet se convierten en un mecanismo cotidiano que les suministra una lógica complementaria cara a cara del mundo físico. Se observan diferencias también respecto del género: en el caso de los chicos, el uso de pantallas está relacionado con las actividades de ocio, y en el caso de las chicas con su función relacional y de conversación.

[3] Los niños y adolescentes utilizan dispositivos tecnológicos muy poderosos, preferiblemente portátiles y dotados siempre de conectividad, al mismo tiempo son multifuncionales: conversación, archivo de imágenes, agenda y organización, juegos, mensajería, deberes en casa, etc. Y pese a que el mercado sea muy dinámico e imponga constantemente nuevas fórmulas, existen aplicaciones 'star': Instagram, Tik-Tok y Youtube acabaron por afirmarse como canales habituales. Por otra parte, **están permanentemente conectados** (las 24 horas del día y 7 días a la semana) por lo que en una época de 'hiperconectividad' esencial uno de los retos mayores debe ser el de definir la desconexión y la disponibilidad.

El *smartphone* o la conexión misma a Internet se están convirtiendo en un mecanismo cotidiano que proporciona una lógica complementaria cara a cara del mundo físico.

[4] De esta manera, se **configuran nuevas dimensiones** (nuevas formas de conocimiento), se construyen tendencias y nuevas **influencias** (de mercado, profesionales, referenciales, etc.) que se convierten en **nuevos receptáculos** (de malestar, de manejo del tiempo, etc.) y se crean **nuevas fuentes de relación**, de entretenimiento y de gestión de la rutina (con todos sus derivados).

Con los años, en la construcción personal, lo digital ‘desempeña’ diversas funciones: existencia (yo existo), participación (en grupos, en asociaciones), estar enterado (aprender, y descubrir), relacionarse (interactuar), reconocimiento (‘yo gusto’, entre otras posibilidades), reconocimiento por parte de los demás (‘yo gusto’, confirmando). En esta historia, se cuentan (narran) y se convierten en autores y protagonistas de la propia vida.

Al mismo tiempo, la posibilidad de hacer varias cosas simultáneamente se vive como algo normal, por ejemplo, estudiar mientras se controla el móvil. A pesar de esta supuesta capacidad de ‘multitarea’ (*multitasking*), la rapidez de pasar de una tarea a otra no se debe confundir con la capacidad de atención profunda.

[5] En conclusión, se ha observado un aumento de consecuencias negativas y de problemáticas relacionadas con el **uso excesivo de algunas aplicaciones**: malestar emocional, aislamiento en casa o presencia de otros comportamientos de riesgo. En la práctica clínica, en los centros de salud mental para niños y adolescentes se ha detectado un aumento progresivo de las peticiones de tratamiento a causa del abuso de estos entornos (sin que quede claro si el problema está en los dispositivos, en las redes sociales, en los videojuegos, etc.). Las preocupaciones más reiteradas de los profesionales y de los educadores son las siguientes:

- **Las consecuencias del uso excesivo** y de la probable adicción.
- **La falta de tiempo** dedicado a otras actividades, incluidas las interacciones cara a cara. Por una parte, *el uso excesivo corresponde al uso que supera en frecuencia e intensidad* lo que razonablemente se espera conforme a la edad y al tiempo. Se encuadra dentro de una lógica más comportamental y episódica en la que aspectos como horarios, límites y reglas son los principales reguladores y, por lo general, están relacionados con el aburrimiento de la persona o con la relación *online* con amigos conocidos. Por otra parte, *el uso problemático está relacionado con una actividad más específica*, no necesariamente por número de horas, sino por su impacto en la calidad de las relaciones y en la propia identidad: ciberacoso (*ciberbullying*), problemas relacionales, etc.
- **El impacto en aspectos fundamentales como el ejercicio físico y el sueño.** Aunque las pruebas de las relaciones causales están aún en vías de desarrollo, los estudios sugieren correlaciones con el peso, estado de ánimo e imagen corporal.

- **El control sobre el acceso** y visionado de algunos contenidos, en particular los relacionados con las 'nuevas' pornografías.
- Nuevas representaciones del **ciberacoso**.
- Nuevos medios de comunicación para algunos **problemas comportamentales**: juegos de azar, adicción al sexo, etc.
- El impacto en **comorbilidades psiquiátricas y psicológicas**, y los riesgos relacionados con la sobreexposición.
- Aspectos relacionados con la **privacidad** y **seguridad**.

[6] Para terminar, nos referimos al **trastorno por juego de azar**. A pesar de la amplia aceptación de las adicciones comportamentales por parte de la comunidad científica, solo el trastorno por juego de azar (como juego de azar) se ha incluido entre las adicciones a sustancias en la última versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*.

Entre las denominadas «adicciones tecnológicas», solo el trastorno por causa de juego en Internet ha merecido hasta ahora ser incluido en este mismo manual, en particular, en el apéndice dedicado a los «Trastornos que requieren ulteriores investigaciones». Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la *Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD-11)* (2019), incluye por primera vez el trastorno por juego en la sección «Trastornos mentales comportamentales o del neurodesarrollo», inmediatamente después del *trastorno por juego de azar*. Efectivamente, la OMS ha incluido oficialmente en esta conceptualización, el 1º de enero de 2022, el trastorno por adicción a videojuegos en la presentación de este manual.

Causas que concurren a las adicciones comportamentales

[1] Se ha notado un aumento de consecuencias negativas y problemáticas relacionadas con el abuso de algunas aplicaciones: malestar emocional, aislamiento en casa o presencia de otros comportamientos de riesgo. La evidencia investigativa explica la presencia de dos perspectivas principales: trastornos exteriorizados (comportamentales) o interiorizados (afectivos y ansiosos). De la experiencia resulta claro que, para estos últimos trastornos, el entorno digital desempeña la función de «refugio» o «válvula de escape»: ansiedad social, depresión y soledad emocional se presentan como factores explicativos principales. El chico o chica utiliza Internet como **mecanismo de autoeficacia para compensar las carencias o las vivencias negativas**.

[2] Por lo tanto, si partimos de la hipótesis de que la adicción -a videojuegos, a las redes sociales, etcétera- cumple con algunos criterios que la clasifican como un trastorno en sí misma, el entorno digital y el uso específico con él relacionado resultarían un ele-

mento causal en la aparición de determinados problemas. Al mismo tiempo, si existe un trastorno subyacente que conduce a un uso problemático de Internet, este sería un síntoma de otra psicopatología o problema de salud mental que lo precede (aislamiento, falta de relaciones sociales, dificultades de comunicación). No se excluye que, con el tiempo, se aplique el **modelo de «patología dual»** (conocido en el campo de las adicciones con sustancias): los trastornos de la salud mental y el trastorno de adicción a Internet se influyen mutuamente durante su desarrollo. Esto será de particular importancia puesto que es muy probable que el síntoma colapse y se vuelva tan relevante que es necesario abordarlo solo.

[3] El trastorno de adicción a Internet es algo complejo. Si es verdad que existen numerosos ejemplos de uso problemático (sobre todo desde el punto de vista de la adicción), también existen **perspectivas diferentes sobre lo que es o no es un comportamiento de adicción asociado a su uso**. Hay cierto consenso acerca de conceptos como uso excesivo, adicción o habituación, pero hay que investigar aún a fin de comprender si estos problemas se convierten en causa o en síntoma de un trastorno subyacente.

Aun cuando desde el punto de vista social vivimos entre discursos que giran entre normalización absoluta y relación patológica, no todos los excesos acaban en adicción ni todas las adicciones tienen que ver exclusivamente con el uso excesivo.

Aunque hay cierto consenso sobre conceptos como uso excesivo, adicción o habituación, hay que investigar aún más a fin de comprender si estos problemas se convierten en una causa o en un síntoma de un trastorno subyacente.

6.3

SEÑALES DE ALARMA DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES

[1] Por lo general, la aparición de la adicción es un proceso más o menos gradual que va desde los primeros contactos esporádicos en los que la persona experimenta algo agradable que fomenta la repetición (refuerzo positivo) a la necesidad de repetir con más frecuencia el comportamiento para aliviar el malestar (refuerzo negativo).

También es importante tomar en consideración la etapa de desarrollo de la evaluación. Efectivamente, en algunos momentos se producen naturalmente cambios en las relaciones con los coetáneos y con la familia e incluso en las rutinas diarias, como por ejemplo los hábitos de dormir. En este sentido, en las etapas iniciales de cualquier proceso puede ser **difícil distinguir entre el comportamiento normal de adolescente y el causado por una adicción incipiente**.

[2] Por tanto, en este caso las señales de alarma son pequeños cambios que el adolescente incorpora de un modo sutil, aunque constante y que, en algún momento, pasan de ser insólitos y justificables -tanto para él/ella como para su entorno- a dejar de serlo. Algunos de estos indicadores, recurrentes y permanentes en el tiempo son:

- **Trastornos del ritmo del sueño**, sucesivos a un cambio en los hábitos del sueño y a una disminución de las horas de dormir para seguir con el comportamiento de adicción. Por ejemplo, permanecer conectados toda la noche, ir tarde a la cama, dificultad para levantarse por las mañanas.
- **Alteraciones del apetito**. Se come rápidamente y mal para ahorrar tiempo, incluso se pueden saltar las comidas.
- **Menor atención a la higiene**. Debe acordarse de los hábitos higiénicos básicos que tenía antes (lavarse los dientes, ducharse, cambiarse de ropa, etc.).
- **Descuidar aspectos importantes de su vida**, a causa del aumento del tiempo dedicado al comportamiento de adicción o a su preparación.
- **Cambio del tiempo libre**, cambio de intereses, cambio de entorno.
- **Pérdida de amistades** o pérdida de interés por encontrarlas personalmente. Tiene solo amigos online.
- **Irritabilidad** cuando no consigue poner en práctica el comportamiento de adicción. O bien puede permanecer inactivo, acostado durante horas.
- **Estado de ánimo fluctuante** y tendencia a la tristeza. No son muy comunicativos, se retiran en su mundo o se sienten molestos cuando se les hace preguntas sobre su vida cotidiana.
- **Alteraciones en el rendimiento escolar**, ausentismo escolar, aumento de los avisos para informar a los padres acerca de actitudes no colaborativas o de reprimendas, aumento de la suspensión de asignaturas o de las expulsiones de clase.
- **Búsqueda de productos o aplicaciones económicamente costosas**. Puede robar por lo general pequeñas cantidades de dinero sobre todo a los familiares más cercanos.
- **Alta concentración o excitación por la actividad** que produce adicción, sin responder a los estímulos exteriores. Por ejemplo, no responden cuando se los llama, levantan la voz o usan un lenguaje soez cuando interactúan con la pantalla.
- **Comienzo de los robos**, que suelen ser pequeñas sumas de dinero, sobre todo a los familiares más cercanos.

En un contexto como este, para detectar estas señales podemos plantearnos las siguientes preguntas:

- ¿Qué nos preocupa de lo que vemos?
- ¿Qué observamos en sus interacciones que no vemos en casa?

- ¿Cuáles son los cambios que no son normales?
- ¿Qué actitudes son típicas de la adolescencia y cuáles no lo son?
- ¿Se trata de una experiencia negativa, de un malestar o de una conducta destructiva?

6.4

PRINCIPALES MITOS Y FALSAS CREENCIAS ACERCA DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES

Las adicciones comportamentales no son verdaderas adicciones porque no involucran sustancias químicas. FALSO

Las adicciones comportamentales (como juego de azar patológico, compra compulsiva o adicción a las redes sociales) activan los mismos circuitos de recompensa del cerebro que las adicciones a sustancias. La dopamina y otros neurotransmisores juegan un papel crucial también en estas formas de adicción.

Las personas con adicciones comportamentales pueden dejar de tenerlas cuando quieran, basta un pequeño esfuerzo de voluntad. FALSO

Lo mismo que en las adicciones a sustancias, las adicciones comportamentales implican una pérdida de control y alteraciones neurológicas que hacen difícil la posibilidad de superarlas sin ayuda. La fuerza de voluntad por sí sola no es suficiente.

Solo quien tiene problemas económicos o sociales desarrolla adicciones comportamentales. FALSO

Las adicciones comportamentales pueden afectar a cualquier persona, independientemente de su clase social, edad o nivel de instrucción. Son afectadas por una combinación de factores genéticos, del entorno y psicológicos.

Las adicciones comportamentales no tienen consecuencias graves como las adicciones a sustancias. FALSO

Las adicciones comportamentales pueden tener impactos graves en la vida de las personas, incluso problemas financieros, dificultades relacionales, pérdida de empleo o deterioro de la salud mental.

Las adicciones comportamentales son solamente modas pasajeras relacionadas con nuestra época. FALSO

Aunque algunas adicciones (a las tecnologías, por ejemplo) hoy día son más evidentes, los mecanismos que están en la base de las adicciones comportamentales tienen sus raíces en la neurobiología y en el comportamiento humano, y han existido siempre.

Intervenciones educativas y asistencia para desarrollar competencias sociales y comportamentales

La edad de la infancia y de la adolescencia son etapas fundamentales en la maduración y evolución de los individuos. Estos ciclos de vida son particularmente vulnerables al desarrollo de problemas de adicción, tanto a sustancias como adicciones comportamentales.

Las adicciones comportamentales implican trastornos de dependencia que influyen en la vida diaria de la persona afectada, sin posibilidad de controlarlos. Se habla de adicción cuando el juego o uso de Internet o de videojuegos es prioritario respecto de situaciones consideradas de mayor importancia para el joven. Su utilización se vuelve prioritaria y está asociada a graves consecuencias para el individuo y su entorno.

El debate acerca del uso de las tecnologías digitales, los problemas que comporta y cómo abordarlos es permanente y genera preocupaciones en la sociedad. ¿Utilizamos estos dispositivos de forma correcta? ¿Todos los cambios producidos en el comportamiento están dentro de la normalidad? ¿Qué entendemos por uso normal, uso impropio o uso excesivo o problemático?

[1] Algunas estrategias de trabajo preventivo en varios aspectos relacionados con las adicciones a sustancias o adicciones comportamentales en los jóvenes:

- Mantener un estilo de vida sano (alimentación, ritmo del sueño, deporte) y de hábitos en el tiempo libre.
- Entablar relaciones sanas con los adultos de referencia.
- Fomentar las redes comunitarias para que los jóvenes cuenten con un apoyo adecuado a sus exigencias.
- Usar y gestionar de forma razonable la tecnología y fomentar un tiempo libre responsable.
- Formar habilidades sociales y sensibilizar acerca de las consecuencias del consumo de droga.
- Establecer límites claros y aplicar la disciplina de una manera consciente.
- Disponer de opciones motivadoras y saludables para el tiempo libre.
- Fomentar en la sociedad valores positivos.
- Igualdad de acceso a los recursos y servicios.
- Sentido de pertenencia a la comunidad y fuertes lazos sociales.

[2] Las emociones son reacciones subjetivas al contexto. Es importante enseñar a los niños a que expresen, elaboren, regulen y encanalicen sus emociones de forma adecuada, un proceso continuo durante su desarrollo evolutivo. **Hay que fomentar una buena educación emocional.** Toda la familia y los educadores deben aprender a expresar los propios sentimientos y a ser coherentes con su modo de sentir y actuar:

- **Empatizar.** Ponerse en el lugar del niño o del adolescente, tratar de comprender su punto de vista, aunque sin compartirlo.
- **Reforzar su autoestima.** Crear expectativas positivas y de confianza, animarlos que logren sus objetivos, dar valor a su esfuerzo y perseverancia.
- **Enseñarles modos de expresión positivos.** A través de una comunicación asertiva, respetando sus derechos sin vulnerar los derechos de los demás.
- **Dedicar tiempo a la creación de vínculos afectivos.** Expresar nuestros sentimientos y nuestro afecto. Ninguna persona es tan grande para no decirle que la queremos.

[3] **La adicción a los videojuegos y a Internet** es una problemática compleja que requiere enfoques diversos para abordarla. La prevención es fundamental e implica la promoción de actitudes y hábitos sanos en las diversas esferas de la vida de nuestros hijos, lo cual empieza con la revisión de nuestro rol como modelos. He aquí algunas sugerencias básicas:

- **Somos ejemplos para nuestros hijos:** los niños aprenden principalmente por imitación. Utilizar las tecnologías informáticas de manera responsable, comunicar, dejarse ver durante un entretenimiento en otras actividades.
- **Establecer reglas claras para regular el uso de pantallas conforme a la edad.** Establecer un horario, elegir los contenidos apropiados, utilizar filtros de control parental. Involucrar a toda la familia en la creación de reglas ayudará a mejorar el autocontrol y la corresponsabilidad.
- **Tiempo en familia:** promover el tiempo libre sin pantallas. Mejora la cohesión familiar y es un factor de protección para la salud en general (actividad física, cultural o social).
- **Urgencia de alfabetización digital:** mantenerse actualizados en el uso de las tecnologías informáticas permite el acercamiento a los hijos, conocer sus riesgos y potencialidades y, de esta manera, poder acompañarlos mejor en su utilización (protección de datos, responsabilidad y respeto en las redes sociales).
- **Incentivar el diálogo y el espíritu crítico** ayuda a tomar mejores decisiones y a compartir posibles dudas o problemas que puedan surgir.
- **Detectar rápidamente que «algo no va bien»** ayuda a frenar la espiral negativa y a corregir la situación. Si se detectan señales de alarma, pedir consejo en la institución escolar, en el centro de asistencia primaria o en un centro especializado.

Estrategias de trabajo preventivo en varios aspectos relacionados con las adicciones

[1] Sugerencias para prevenir la adicción en familia

Se entiende por prevención un conjunto organizado de estrategias para anticipar la aparición de comportamientos de adicción. Estas intervenciones se proponen reducir los factores de riesgo y aumentar los factores protectores contra estos comportamientos. Este objetivo se logra mediante la aplicación de estrategias en diversas áreas y en tres niveles, conforme a la población objetivo a la que se dirige:

- **Prevención universal.** Dirigida a toda la población, es decir, se trata de una prevención más general.
- **Prevención selectiva.** Se enfoca sobre la población de riesgo.
- **Prevención indicada.** Dirigida a la población que ya tiene problemas de comportamiento.

La familia (o adultos, tutores o entorno en el que viven) es un elemento clave en la educación digital de niños y adolescentes. Educar significa acompañar, guiar, dirigir, proteger... Su rol en este nuevo contexto es fundamental para acompañarlos en el viaje digital. Sin embargo, se trata de un reto que requiere tiempo y dedicación.

Comencemos por los valores de la **parentalidad digital positiva**. Según la Convención de la ONU sobre los derechos de la infancia, se trata de «un comportamiento de los padres basado en el interés superior del menor, un comportamiento que sea atento, protector, no violento y que brinde estimación y guía, incluido el establecimiento de normas y límites que le permitan al niño desarrollar al máximo sus potencialidades». Los padres tienen la responsabilidad fundamental de educar a sus hijos, facilitar su desarrollo y cuidar sus intereses, por tanto, el bienestar y desarrollo del niño deben ser la prioridad.

Sobre la base de estas premisas, se aconseja:

- **Dar el ejemplo.** Los niños aprenden por imitación, por eso es importante ser coherentes entre lo que hacemos y lo que decimos. Albert Einstein dijo «*Dar el ejemplo no es el principal modo para influir en los demás, es el único modo*» La familia debe dar el ejemplo de uso responsable de las TIC (Tecnologías de la Información y Comunicación).
- **Establecer normas y límites**, coherentes y adecuados a su edad. Limitar el tiempo, uso de las pantallas y lugar en el que se realiza la actividad. ¿Cómo hacerlo?
 - Incentivando los momentos de desconexión: no utilizar los dispositivos durante las comidas (aprovechar de estos espacios para conversar con ellos) ni antes de ir a dormir porque estimulan la actividad mental y dificultan el dormir.

- Dar prioridad a los lugares comunes de la casa para utilizar los dispositivos y tratar de compartirlos.
- Racionalizar el tiempo de uso, dando prioridad a las responsabilidades y obligaciones cotidianas: académicas, domésticas, etc.
- **Fomentar una comunicación positiva entre padres e hijos.** Es de suma importancia establecer una buena comunicación con los niños, que nos cuenten «sus cosas», pero debe tratarse de una comunicación bidireccional y recíproca:
 - Escuchar a los niños con interés, con sus ojos, con una escucha activa, teniendo en cuenta y respetando sus opiniones.
 - Buscar espacios y ocasiones para entablar una conversación.
- **Incentivar el pensamiento crítico.** Enseñarles a poner en discusión la información y a identificar las fuentes. No todo lo que se publica en Internet es verdadero y exacto.
- **Practicar la netiqueta.** Incentivar capacidades como la empatía y el respeto. El uso de las redes sociales debería estar regulado por las mismas normas de comportamiento y de respeto que la comunicación cara a cara.
- **Compartir las actividades del tiempo libre y del tiempo libre en familia:** deportivas, culturales, etc. Hacer un listado de actividades e intereses comunes y crear lugares de encuentro para compartirlos en familia.
- **Enseñarles a proteger sus datos personales** y privacidad, y a comprender la importancia de la reputación digital. También deberían limitar la publicación de imágenes de sus hijos e las redes sociales. Muchos padres practican, a menudo, el *Sharenting* (compartir fotos de sus hijos en Internet y las redes sociales), un uso excesivo de las redes sociales para documentar constantemente el progreso de sus hijos.

Intervenciones

- *Workshop* (reunión de un grupo de personas con intereses y conocimientos comunes) de familias para fomentar un uso sano de la tecnología por parte de los hijos. Grupo Focal de familias con niños de 0 a 3 años.
- *Workshop* de padres y niños para reflexionar juntos acerca del uso de las tecnologías.
- Creación de espacios en los sitios web acreditados en información específica y servicio de asesoramiento.
- Elaboración y difusión de material informativo y preventivo.

[2] Sugerencias de prevención en el entorno escolar

Aunque la familia sea el principal agente involucrado en la educación de sus hijos e hijas, las instituciones educativas desempeñan un rol primordial como espacios de

aprendizaje y socialización. Es decir, son lugares muy apropiados para trabajar sobre la prevención. Podemos dar por supuesto que, a medida que los chicos crecen, mayor es la presencia de pantallas, abren más cuentas en las redes sociales, tienen más dispositivos y mayor es su acceso a Internet. Por otra parte, el entorno escolar nos permite trabajar la prevención tanto a nivel universal como selectivo, añadiendo un nivel más profundo a la labor de prevención.

Uno de los retos que se pueden presentar en muchos centros es la coexistencia de pantallas (ordenador, tableta, televisores, redes sociales escolares, etc.) con la prohibición de uso de otros (móviles o consolas portátiles).

Otro desafío lo representan los mensajes ambivalentes que pueden existir con la familia, por lo que la prevención escolar debería incluir también el trabajo con los adultos como punto de referencia de estos chicos y chicas a fin de realizar una propuesta de prevención completa.

Intervenciones:

- Talleres para los chicos con el propósito de incentivar el desarrollo del sentido crítico respecto de las pantallas.
- Talleres para los chicos a fin de trabajar sobre cómo influye el uso de pantallas en las emociones.
- *Workshop* de los adultos para fomentar el sentido crítico respecto de las pantallas.

[3] Sugerencias de prevención comunitaria de las adicciones

La experiencia de prevención nos enseña que son necesarias diversas esferas de actuación de la comunidad. Y no se trata de iniciativas aisladas, sino es necesario integrarlas en una propuesta unitaria y amplia, mediante el involucramiento activo de los diversos agentes sociales, uniendo los esfuerzos, estableciendo una comunicación horizontal, compartiendo objetivos comunes y la definición de estrategias preventivas:

- **Educadores del deporte y del tiempo libre.** Estos profesionales representan un punto de referencia de los jóvenes, desempeñan un rol clave como formadores y pueden detectar situaciones de riesgo y de uso problemático.
- **Los medios de comunicación.** La información y noticias que transmiten y su tratamiento tienen un impacto en los ciudadanos, deberían, pues, ser utilizados para difundir buenas prácticas, recomendaciones, recursos, etc.
- **Los profesionales de la asistencia primaria y de la salud.** Como promotores de la salud, pueden desempeñar la labor de transmitir hábitos sanos y diagnósticos precoces.

Debemos estandarizar e integrar la prevención en las diversas esferas de la comunidad con un enfoque global y transversal.

Intervenciones:

- Actividades de prevención entre coetáneos, jóvenes formados en la transmisión de mensajes saludables.
- Realizar campañas de información y sensibilización, y utilizar los medios de comunicación y las TIC para abordar problemas de salud.
- Fomentar la formación técnica de los agentes sociales en materia de prevención y detección del uso problemático de las pantallas en los adolescentes.
- Elaborar protocolos de actuación y de referencia acerca del uso problemático de las pantallas en los adolescentes y jóvenes.
- Elaborar documentos técnicos y guías metodológicas sobre la prevención e intervención en el uso y abuso de las TIC.

[4] Sugerencias para prevenir la adicción en el nivel ambiental o estructural

Se trata de un tipo de prevención que ha mostrado ser muy eficaz, pero que, al mismo tiempo, sus estrategias a menudo se han mostrado impopulares y han encontrado una notable resistencia entre los jóvenes y los diversos grupos. Se trata de cambiar el entorno cultural, social y físico. Estas estrategias incluyen:

- Reglamentar el número de establecimientos de juegos de azar y de apuestas.
- Reglamentar el acceso a los juegos de azar.
- Cambiar la forma de los juegos de azar y de los premios.
- Aumentar la edad de acceso a las salas de juego.
- Aumentar el régimen sancionatorio por falta de respeto a la normativa vigente.
- Advertir a propósito del juego de azar problemático en los locales de juego y apuestas.





CAPÍTULO

7

Psicosis

7.1

CÓMO RECONOCER LA PSICOSIS

Una sensación extraña, como si algo llegara desde dentro

A continuación, se presenta la información más relevante sobre la psicosis: ¿Qué es? ¿Cuál es la causa de su desarrollo? ¿Cuáles son los síntomas y señales de alarma? ¿Cuál es el tratamiento para la psicosis y el proceso de recuperación? ¿Cómo se pueden prevenir las recaídas?

La psicosis es un trastorno de la salud mental caracterizado por una **percepción distorsionada de la realidad** y por un **deterioro significativo del funcionamiento mental** (pensamiento, emociones, comportamiento). Un ejemplo: «He comenzado a oír voces en la televisión, en la publicidad, en Internet... Un monitoreo de Internet, espías... todo estaba relacionado conmigo».

Aunque los síntomas de la psicosis varían de persona a persona, algunos de los más comunes son: pensamientos delirantes o ideas falsas acerca de lo que está ocurriendo, alucinaciones, cambios repentinos de estados de ánimo, pensamientos confusos y cambios de comportamiento. La presencia de estos síntomas puede implicar un cambio en el funcionamiento cotidiano de la persona afectada en todas las esferas de su vida (es-

tudios, trabajo, relaciones sociales...) y un impacto molto importante en la familia. La aparición de los síntomas es conocida como episodio psicótico o pausa psicótica.

Los síntomas de la psicosis

[1] La psicosis es un estado mental que se caracteriza por una ruptura o pérdida de contacto con la realidad (Organización Mundial de la Sanidad, 1992). Además, se presentan también una serie de síntomas más específicos que interfieren en el funcionamiento cotidiano de la persona, alteran su comportamiento y requieren ayuda médica (Volkmar, 1996).

[2] Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de American Psychiatric Association (American Psychiatric Association, 2013), los síntomas clínicos principales de los trastornos psicóticos son:

- **Alucinaciones.** Se trata de percepciones imaginarias que se producen sin la presencia de estímulos externos. Son involuntarias, se viven intensamente y producen una intensa ansiedad en el individuo. Las personas pueden escuchar, percibir, oler o ver cosas que no son reales. Las alucinaciones más frecuentes son las auditivas.
- **Delirios.** Se trata de ideas falsas o fijaciones, vividas con convicción y que no se modifican con la argumentación lógica. Su contenido puede ser muy variado. Las más comunes son las manías persecutorias y los delirios referenciales.
- **Pensamiento desorganizado.** Se trata de la pérdida de las asociaciones lógicas en el pensamiento, de la relación entre las ideas. La persona puede saltar de un tema a otro o incluso perder el hilo del discurso y hacerlo incomprensible.
- **Comportamiento motor o movimientos altamente desorganizados o anormales (incluida la catatonía).** Comportamientos motores variados o movimientos insensatos que obstaculizan la actividad cotidiana de la persona, que puede volverse extremadamente activa o, por el contrario, permanecer inactiva todo el día.
- **Síntomas negativos.** Son aquellos que indican un empobrecimiento de la personalidad, con repercusiones en el estado de ánimo y en las relaciones sociales. Entre los síntomas negativos predominantes se encuentran la disminución de la expresión emocional, el retiro social, la falta de energía para hacer las cosas (abulia), la ausencia o capacidad reducida para experimentar placer (anhedonia) y la indiferencia emocional.

Además de los síntomas señalados, pueden presentarse también otros, como por ejemplo **los cognitivos** (dificultad de concentración, lentitud en el pensamiento y procesamiento de la información, vacíos de memoria...) y **los afectivos**, como la depresión y el ansia.

Todos estos síntomas no son siempre estables, pueden variar en un individuo y entre un individuo y otro, tanto por lo que se refiere a la aparición y transcurso del trastorno como a su duración, con una gran variabilidad inter e intraindividual (Heckers et al., 2013).

Prevalencia

Los trastornos psicóticos suelen aparecer al final de la adolescencia o en la primera adultez. La edad más común de aparición de los síntomas es entre los 18 y 24 años, pero en la mayoría de los casos ocurre entre los 13 y 30 años. Aproximadamente 3 de 100 jóvenes adultos experimentan un episodio psicótico durante su vida. La detección y el tratamiento durante las primeras etapas son fundamentales para la recuperación de las personas afectadas.

7.2

TIPOLOGÍA DE LA PSICOSIS

Las diferentes caras de la psicosis

[1] La presencia de síntomas determinantes y su duración configuran sus diferentes caras. Los principales estudios de referencia⁹ describen los siguientes diagnósticos:

- **Trastorno psicótico breve.** La persona afectada presenta uno o más de los siguientes síntomas: aparición de ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada y conducta francamente desorganizada o catatónica. Y al menos uno de los tres síntomas siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada. Los síntomas duran al menos 1 día, pero menos de 1 mes, con retorno final a la funcionalidad normal previa a la enfermedad.
- **Trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos.** La persona afectada presenta delirios y/ o alucinaciones. La anamnesis, el examen físico o los exámenes de laboratorio deben mostrar que los síntomas se han desarrollado durante y poco después de la intoxicación o la abstinencia de sustancias, o después de la intoxicación de un medicamento, y que la sustancia o el medicamento involucrados pueden producir los síntomas que se presentan. El trastorno provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras esferas importantes.

⁹ Como es sabido, los dos manuales más utilizados para el diagnóstico de los trastornos mentales son el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-V) de la Asociación Americana de Psiquiatría y la *Clasificación de trastornos mentales y comportamentales* (ICD-10) de la Organización Mundial de la Sanidad.

- **Esquizofrenia.** La persona afectada presenta dos o más de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, habla desorganizada, conducta altamente desorganizada o catatónica y/o síntomas negativos. Debe presentar al menos uno de los tres síntomas siguientes: delirios, alucinaciones o habla desorganizada. El nivel de funcionamiento de la persona está alterado o deteriorado en una o más esferas principales como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal. Los síntomas del trastorno duran al menos 6 meses.
- **Trastorno esquizofreniforme.** La persona afectada presenta dos o más de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, habla desorganizada, conducta altamente desorganizada o catatónica y/o síntomas negativos. Debe presentarse al menos uno de los tres síntomas siguientes: delirios, alucinaciones o habla desorganizada, y el episodio dura por lo menos un mes, pero menos de seis meses.
- **Trastorno delirante.** La persona afectada presenta una o más creencias falsas firmemente asentadas que persisten durante al menos un mes. Las alucinaciones no están presentes, y si lo están, no son significativas y están relacionadas con el tema delirante.
- **Trastorno esquizoafectivo.** La persona afectada presenta dos o más de estos síntomas: delirios, alucinaciones, habla desorganizada, conducta altamente desorganizada o catatónica y/o síntomas negativos. Además, deben cumplirse los criterios diagnósticos de un episodio de estado de ánimo (episodio maníaco o episodio depresivo mayor).
- **Trastorno psicótico compartido.** Ocurre cuando dos o más personas comparten el mismo tema o sistema de ideas delirantes y se apoyan recíprocamente en sus convicciones. Las dos personas comparten una relación interpersonal extraordinariamente estrecha. Existen pruebas temporales y circunstanciales que los desengaños se pueden inducir en la persona pasiva (dominada) por el contacto con la persona activa (dominante).
- **Trastorno psicótico debido a otra afección médica.** La persona afectada presenta alucinaciones o ideas delirantes. Debe ser demostrado por su historia clínica, examen físico o exámenes de laboratorio que los síntomas del trastorno son la directa consecuencia fisiopatológica de otra afección médica. El trastorno no se explica mejor por otro trastorno mental y provoca malestar y deterioro claramente significativos en la esfera social, laboral en otras áreas importantes del funcionamiento.
- **Trastorno psicótico no especificado.** Se aplica esta categoría cuando los síntomas característicos de un trastorno del espectro esquizofrénico y de otro trastorno psicótico son predominantes y causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro del funcionamiento social, profesional o de otro tipo, pero que, sin embargo, no cumplen con todos los criterios de los trastornos de la categoría diagnóstica. Se utiliza en las situaciones en las que el clínico opta por

no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de las categorías diagnósticas. Incluye también situaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

Es importante tener presente que al comienzo del trastorno puede ser difícil formular un diagnóstico específico y que este diagnóstico puede cambiar con el tiempo y el desarrollo del trastorno. Además, tales diagnósticos no pueden ser elaborados si el trastorno o los síntomas pueden atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia (droga o medicamento) o de otra afección médica.

Causas que concurren a la psicosis

Las psicosis son condiciones mentales caracterizadas por **una percepción alterada de la realidad**, y comprender las causas que pueden llevar a estas experiencias es de suma importancia para el diagnóstico y tratamiento.

Las causas de las psicosis se pueden clasificar según los ámbitos biológico, psicológico y ambiental, todos interconectados y, a menudo, solapados.

[1] En primer lugar, **los factores biológicos** que desempeñan un papel crucial en el desarrollo de las psicosis. La genética es uno de los aspectos más estudiados; las investigaciones señalan que las personas con una historia familiar de trastornos psiquiátricos, en particular la esquizofrenia o trastornos afines, tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar psicosis. También las anomalías neuroquímicas, en particular las relacionadas con los neurotransmisores como la dopamina y la serotonina, se asocian a experiencias psicóticas. Por ejemplo, la hiperactividad de la dopamina en ciertas áreas del cerebro se ha relacionado con síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones.

[2] A las influencias genéticas y neuroquímicas, se añaden **factores estructurales** que pueden contribuir a la aparición de las psicosis. Algunos estudios han constatado que las personas con esquizofrenia pueden presentar diferencias estructurales en el cerebro como, por ejemplo, un agrandamiento de los ventrículos cerebrales y una reducción del volumen de la materia gris. Estas anomalías pueden influir en el modo como el cerebro elabora la información y reacciona a los estímulos externos, contribuyendo a una percepción distorsionada de la realidad.

[3] Asimismo, los **factores psicológicos** son significativamente importantes. Las experiencias traumáticas, en particular durante la infancia, se han relacionado con el desarrollo de psicosis en la edad adulta. Traumas como el abuso físico, emotivo o sexual pueden deteriorar la salud mental y desencadenar trastornos de la personalidad que aumentan el riesgo de experiencias psicóticas. Por otra parte, condiciones como la ansiedad y la depresión pueden predisponer una persona a desarrollar psicosis, sobre todo, si estos trastornos no son tratados.

[4] Otro aspecto psicológico por considerar es la presencia de **esquemas cognitivos disfuncionales**. Personas que tienden a interpretar de forma errónea la información o que desarrollan pensamientos paranoicos pueden ser más susceptibles a experiencias psicóticas. Estos esquemas pueden estar influenciados por factores relacionales o de estrés ambiental que exacerban la vulnerabilidad.

[5] En el nivel del **ambiente emocional**, varios elementos pueden actuar como factores desencadenantes de la psicosis. Situaciones de estrés intenso, como, por ejemplo, la pérdida de un ser querido, cambios significativos en la vida (separación o despido laboral) o dificultades económicas pueden activar episodios psicóticos, especialmente en individuos ya vulnerables. El uso de sustancias psicoactivas como alcohol, drogas recreativas o medicamentos es otro factor que puede desencadenar episodios psicóticos. En particular, el uso de sustancias relacionadas con los cannabinoides –como el THC presente en la marihuana- se ha relacionado con un aumento del riesgo de psicosis, sobre todo en individuos con predisposición.

Un contexto social de aislamiento o estigmatización puede agravar las condiciones de una persona predispuesta a psicosis. La falta de apoyo social y relaciones significativas puede contribuir a sentimientos de soledad y desesperación, aumentando la probabilidad de episodios psicóticos. En este sentido, el apoyo de amigos, familiares y de la comunidad desempeña un papel fundamental en la protección de la salud mental.

[6] Por último, es importante considerar que las psicosis pueden ser también el resultado de **condiciones médicas generales** como infecciones, enfermedades neurológicas o metabólicas. Trastornos como el delirio o la encefalitis pueden llevar a síntomas psicóticos, haciendo hincapié en la importancia de una evaluación médica completa para excluir otras causas.

7.3

SEÑALES DE ALARMA DE LA PSICOSIS

La psicosis no es siempre fácil de detectar. Algunos días, o incluso semanas antes de la aparición de síntomas psicóticos, pueden manifestarse otros síntomas más inespecíficos o señales de alarma. Las señales de alarma son todos aquellos indicadores de falta de normalidad, recurrentes y constantes en el tiempo, que pueden ser detectados en algunos de los puntos siguientes:

- Sentirse más tenso, temeroso o ansioso.
- Tener muchos pensamientos simultáneamente, no poder concentrarse en nada.
- Volverse más silencioso y aislado.
- Sentirse de mal humor, menos dispuesto a hacer algo o más irritable.
- Estar más cansado.

- Experimentar extrañas sensaciones que provocan confusión.
- No tener mucho apetito, perder peso.
- Frecuentes olvidos.
- No tener sueño de repente.
- Descuidar el aspecto físico.

La detección del trastorno y su tratamiento en las primeras fases son esenciales para la recuperación de las personas afectadas. Por eso **es muy importante consultar con un profesional** en cuanto aparecen los síntomas que alteran la actividad diaria o causan malestar.

7.4

PRINCIPALES MITOS Y FALSAS CREENCIAS ACERCA DE LA PSICOSIS

Algunos de los mitos acerca de la psicosis son:

No hay un tratamiento eficaz para la psicosis. FALSO

Existen varios tratamientos: psicológicos, sociales, de apoyo... Y los medicamentos son útiles para tratar los síntomas, lograr estabilidad y ayudar a la persona afectada para que lleve una vida «normal».

Las personas con psicosis son peligrosas. FALSO

Las personas con un trastorno psicológico tienen muchas más posibilidades de ser víctimas de agresiones o abusos por parte de otras personas. Solo en algunos casos en los que la persona afectada no ha recibido ningún tratamiento o no lo sigue adecuadamente puede tener graves alucinaciones o ideas delirantes que le hacen creer cosas que en realidad no existen y, por tanto, puede hacerse daño a sí misma o a algún otro.

Las personas con trastorno psicótico han hecho algo anteriormente. FALSO

Todos pueden desarrollar un trastorno psicótico, independientemente del sexo, edad o estatus social. Aunque a veces su origen puede estar relacionado con un factor de estrés muy intenso o con la ingestión de toxinas, la causa de la psicosis no es una sola, sino se produce por la aparición e interacción de varios factores, algunos de ellos biológicos, es decir, que existe una predisposición genética, mientras que otros son ambientales y están relacionados con el estilo de vida.

Todos los medicamentos tienen efectos colaterales negativos y anulan la voluntad de la persona. FALSO

No todos los tratamientos tienen el mismo efecto ni tratan de anular la voluntad de la persona ni producen los mismos efectos indescriptibles. Efectivamente, existen siempre tratamientos farmacológicos bien tolerados y con menores efectos colatera-

les negativos. Con un control correcto y monitoreo por parte de profesionales, deberían ser mínimas las probables repercusiones.

Las personas que han tenido un trastorno psicológico no pueden recuperarse y tienen que estar confinadas en un centro de salud mental. FALSO

Las investigaciones sobre la psicosis han aumentado exponencialmente y esto ha llevado a un mejoramiento de los tratamientos farmacológicos y psicológicos para ayudar su curación. Las personas afectadas de psicosis pueden curarse completamente, estudiar o trabajar, formar una familia, mantener sus actividades sociales, etc. En algunas ocasiones, cuando la recuperación no es total, el objetivo es lograr una calidad de vida similar a la que tenía antes del episodio psicológico. En este proceso, la inclusión de la comunidad desempeña un rol importante.

Las personas afectadas de psicosis son extravagantes y se comportan de manera rara. FALSO

Los medios de comunicación y las películas de Hollywood usan impropriamente las palabras «psicótico» y «esquizofrénico» para referirse a alguien que comete acciones depravadas o extrañas o se diferencia de los demás. La mayor parte de las personas afectadas de psicosis no se diferencia de nosotros o de otras personas y pasa inobservada en las calles de nuestras ciudades.

La psicosis es hereditaria. FALSO

Tener padres o hermanos afectados de psicosis no significa que se pueda desarrollar el trastorno. De hecho, la mayor parte de las personas con psicosis no tienen parientes con el mismo trastorno. Aunque es verdad que existe un componente genético en el desarrollo de la psicosis, no existe un solo gen que explique su aparición dado que están involucrados diversos factores biológicos y ambientales.

Consumir cannabis no genera el desarrollo de la psicosis. FALSO

Aunque no todas las personas que consumen cannabis desarrollan una psicosis, el principio activo que está presente en esta sustancia está estrechamente relacionado con el desarrollo de síntomas psicológicos. Cada vez más se constata la relación entre el consumo de cannabis, sobre todo entre los más jóvenes, y el aumento del riesgo de desarrollar un trastorno psicológico.

La psicosis está relacionada con el tipo de educación que se recibe de los padres. FALSO

Contrariamente a uno de los mitos más difundidos en el siglo pasado, la psicosis no tiene nada que ver con la educación, la instrucción o la conducta de los padres. Esta convicción ha generado entre los padres un gran sentimiento de culpa y ha causado un mayor malestar en las familias de las personas afectadas de psicosis. Las causas de la psicosis son multifactoriales, genéticas y ambientales.

Una intervención educativa eficaz: empatía, escucha activa y asistencia emocional

Para abordar de forma extremadamente detallada los criterios y acciones educativas respecto de los trastornos psicóticos en los jóvenes es de suma importancia considerar las estrategias y actividades prácticas que pueden implementar los educadores.

Una intervención educativa eficaz para la psicosis juvenil debe basarse en una combinación de empatía, escucha activa y asistencia emocional en un entorno seguro y acogedor, pero también en **herramientas y metodologías de los profesionales** que les permitan a los jóvenes comprender y manejar la propia experiencia psicótica.

Seguidamente se presenta una guía completa para trabajar en los entornos educativos y en la comunidad, basada en actividades específicas, herramientas de asistencia y recursos prácticos.

[1] Creación de un ambiente de apoyo y comprensión. Ante todo, el educador debe establecer una relación de confianza en la que los jóvenes se sientan acogidos y no juzgados. Esto implica un acercamiento que normalice la conversación sobre los trastornos psicóticos, creando un ambiente donde los jóvenes puedan hablar libremente de sus experiencias sin temor de ser estigmatizados. Un ejemplo concreto es el de organizar momentos semanales de «espacio abierto» en el que los jóvenes puedan expresar libremente sus emociones y pensamientos. Este espacio puede ser realizado mediante un «rincón de las emociones» con pizarras en las que se describan los propios estados de ánimo o palabras clave que describan las propias vivencias. El propósito es facilitar la comunicación y compartición de las experiencias, estimulando a los jóvenes para que reconozcan y enfrenten los propios problemas psicológicos.

[2] Actividades de grupo basadas en el diálogo y en la confrontación. El grupo focal (*focus group*) representa una herramienta poderosa para favorecer la compartición y confrontación entre pares. El educador puede organizar sesiones temáticas en las que se exploren aspectos específicos de la experiencia psicótica, por ejemplo, «comprender las voces interiores» o «manejar la sensación de aislamiento». Estos encuentros se pueden gestionar con mucha sensibilidad, permitiéndoles a los participantes que cuenten las propias experiencias de forma espontánea y auténtica, sin la coerción de tener que obtener respuestas «correctas». Para incentivar la discusión, se puede proponer una serie de preguntas-guía, como por ejemplo «¿Qué significa para ti sen-

tirte comprendido?», «¿De qué manera te ayudaría hablar sobre lo que sientes?». Además, pueden ser muy útiles el dibujo o la escritura para expresar las emociones en aquellos que tienen dificultad de hacerlo verbalmente.

[3] Proyectos de empoderamiento (*empowerment*) y resiliencia. El objetivo de un proyecto de empoderamiento es brindar a los jóvenes con trastornos psicóticos las habilidades y confianza necesarias para gestionar los retos cotidianos. Los educadores pueden crear itinerarios de autoayuda personalizados en los que cada joven defina los objetivos prácticos y reales que lo ayuden a mejorar el propio bienestar mental. Por ejemplo, un itinerario podría incluir la definición de objetivos a corto plazo como «hacer una rutina de sueño» o «practicar técnicas de respiración para manejar la ansiedad».

[4] Creación de materiales educativos y de autoayuda. Productos educativos como folletos, guías y vídeos informativos son recursos valiosos que los jóvenes pueden consultar libremente. Los materiales deben explicar, de manera sencilla y directa, qué son los trastornos psicóticos, cuáles son sus síntomas comunes y cómo se pueden enfrentar. Por ejemplo, una guía podría incluir apartados como «¿Qué son los delirios?», «¿Cómo enfrentar las alucinaciones?» y «Estrategias para disminuir el aislamiento social». Los materiales deben ser interactivos y atractivos, incluso con ejercicios de autorreflexión como «escribe una carta a tu ansiedad», o preguntas abiertas para reflexionar como «¿En qué momentos del día te sientes más tranquilo?». Es útil, además, crear una versión digital de estos materiales, fácilmente accesible a través de los móviles.

[5] Actividades prácticas para mejorar las habilidades sociales y el manejo del estrés. En los contextos comunitarios es esencial proponer actividades prácticas que refuercen las habilidades sociales y reduzcan los niveles de estrés. El educador puede organizar juegos de roles o simulaciones de situaciones sociales donde los jóvenes puedan aprender a gestionar conversaciones e interacciones cotidianas. Por ejemplo, una simulación puede ser una conversación telefónica, un momento de conflicto con un coetáneo o una situación molesta en un contexto público. En estas simulaciones, los jóvenes aprenden a reconocer y regular las propias reacciones emocionales, recibiendo retroalimentación (*feedback*) constructiva del educador y de sus pares. Otros ejercicios pueden incluir actividades de «relajación muscular progresiva», o sesiones de meditación para ayudarles a disminuir la ansiedad y mejorar el propio bienestar general.



Técnicas para trabajar a fondo en los distintos aspectos relacionados con la psicosis

Estas actividades se centran en técnicas de gestión emocional, mejora de las habilidades sociales y refuerzo de la consciencia y control de la propia experiencia psicótica. Cada una de estas actividades contiene objetivos claros, la descripción de la actividad y las modalidades prácticas para su implementación.

[1] Proyectos artísticos para expresar emociones y pensamientos. Ofrecer un canal de expresión no verbal para ayudar a que los jóvenes expresen emociones complejas y experiencias psicóticas en un ambiente seguro. Concretamente, el educador propone actividades de dibujo, pintura, escritura creativa o collage para explorar emociones, pensamientos e imágenes mentales. Estas actividades permiten enfrentar y reelaborar experiencias interiores difíciles de verbalizar. Hay dos modalidades prácticas:

- **Dibujo de las emociones.** Invitar a los jóvenes a que representen visualmente las emociones principales que experimentan. Pueden usar colores y formas que para ellos representan estados de ánimo como ansiedad, miedo o esperanza. Terminado el dibujo, pueden optar por compartir o reflexionar sobre su obra.
- **Escritura de una carta dirigida a ti mismo/a.** En este ejercicio se pide a los participantes que escriban una carta al propio «sé futuro» o «sé pasado». Este ejercicio les permite expresar con palabras los propios deseos, preocupaciones o pensamientos recurrentes y, de este modo, favorecer la autorreflexión y una mayor comprensión de sí mismo/a.

[2] Grupo focal (*focus group*) para la confrontación entre pares. Facilitar el apoyo recíproco, la compartición de experiencias y la disminución del estigma externo y del estigma internalizado respecto de la propia condición psicológica. El grupo focal crea, en particular, un espacio en el que los jóvenes pueden discutir sus experiencias psicóticas en un contexto seguro. Los encuentros se estructuran alrededor de temas como «comprender las propias voces interiores» o «superar el sentimiento de aislamiento». Hay dos modalidades prácticas:

- **Compartición guiada sobre un tema específico.** Cada encuentro inicia con un tema sobre el que se discute, por ejemplo, «¿Qué estrategias te ayudan a tranquilizarte cuando sientes ansiedad?» o «¿Qué significa para ti escuchar 'voces'?».
- **Actividad de grupo para explorar el estigma.** El educador puede proponer actividades como escribir frases negativas en un cartel para luego destruirlo simbólicamente o sustituirlo con frases de autoaceptación, incentivando la creación de una narrativa positiva y de pertenencia.

[3] Proyectos de autonomía y objetivos personales. Reforzar la autoeficacia aumentando la confianza en las propias capacidades y la motivación a través del logro de pequeñas metas. Es decir, los educadores ayudan a los jóvenes a fijar objetivos sencillos y concretos, como, por ejemplo, establecer una rutina diaria o mejorar las habilidades del cuidado personal. Cada joven puede elegir un objetivo personalizado, planificar los pasos necesarios y monitorear los progresos. Hay dos modalidades prácticas:

- **Elaboración de un diario de los objetivos.** Cada joven tiene un diario en el que apunta sus propios objetivos, las dificultades que encuentra y los progresos. Por ejemplo, si el objetivo es despertarse cada día a una hora determinada, tomar nota de los éxitos y dificultades le permite controlar los resultados y reflexionar sobre las mejoras por realizar. Cada semana, el educador puede dedicar un momento para revisar juntos el diario, suministrando una retroalimentación (*feedback*) constructiva y refuerzos positivos.
- **Planificación y revisión de los objetivos.** Al inicio de cada mes, el educador guía a los jóvenes en la planificación de objetivos específicos y reales. Por ejemplo, un joven podría fijar el objetivo de «participar en una actividad de grupo», o bien «disminuir el tiempo transcurrido en aislamiento». Periódicamente se efectúa una revisión para monitorear los adelantos y adaptar el plan de acción según sea necesario. Los educadores deben animar a los jóvenes a celebrar cada progreso, aunque sea pequeño, para reforzar su confianza en las propias capacidades.

[4] Actividad de escritura reflexiva. Desarrollar la capacidad de análisis y consciencia personal, explorando los propios pensamientos y sentimientos relacionados con la experiencia psicótica. En la práctica, la escritura reflexiva es una técnica poderosa que les permite a los jóvenes expresar con palabras sus experiencias, favoreciendo un proceso de introspección y reelaboración emocional. Se pueden utilizar cuadernos personales, sin la obligación de compartir, o bien actividades de grupo en las que se discute libremente. Hay dos modalidades prácticas:

- **Diario cotidiano o semanal.** Invitar a que los jóvenes tengan un diario en el que escriban acerca de sus propias emociones, los momentos difíciles y los positivos. Pueden guiar la escritura preguntas de reflexión como «¿Qué he aprendido hoy sobre mí mismo/a?», «¿Cuál ha sido el momento más significativo de mi jornada?», «¿Qué es lo que me ha hecho sentir mejor?».
- **Cartas dirigidas a los propios miedos o a los pensamientos intrusivos.** Esta actividad consiste en la escritura de una carta dirigida a una emoción como el miedo, o a una experiencia como las voces. El objetivo es enfrentar los propios temores o pensamientos sin sentirse juzgados, explorando las emociones de forma distanciada y racional.

[5] Programa de psicoeducación en colaboración con las familias. Educar tanto a los jóvenes como a las familias para que comprendan mejor la psicosis, reduciendo el estigma y mejorando el apoyo familiar. Desde un punto de vista práctico, el educador organiza periódicos encuentros educativos con las familias durante los cuales se explican los mecanismos de la psicosis, las modalidades de comunicación y las técnicas del manejo del estrés en familia. Involucrar a las familias es sumamente importante para crear un ambiente de apoyo completo. Hay dos modalidades prácticas:

- **Sesiones informativas acerca de las características de los trastornos psicóticos.** Durante estos encuentros se explican síntomas, causas y técnicas de gestión, haciendo referencia a casos concretos o ejemplos prácticos, respetando siempre la privacidad.
- **Discusión acerca de comunicación empática y apoyo positivo.** Se sugieren maneras de abordar conversaciones difíciles, explicando la importancia de la escucha activa y de las palabras para infundir ánimo. Ejemplos prácticos como «Estoy aquí para escucharte sin juzgar» pueden ser útiles para ofrecer modelos de comunicación positiva.

[6] Actividades de construcción de la rutina y manejo del tiempo. Suministrar estructuras y modelos para ayudar a que los jóvenes construyan una rutina estable, esencial para el manejo de ansiedad y síntomas psicóticos. Por consiguiente, se trata de construir una rutina que ayude a mejorar la estabilidad y reducir el estrés, incrementando la capacidad de gestión del tiempo. Se pueden planificar actividades por jornada o semanales que tengan en cuenta los intereses y exigencias de los jóvenes. Hay dos modalidades prácticas:

- **Creación de un calendario semanal personalizado.** Los jóvenes construyen el propio calendario, subdividido entre actividades de rutina (ej. despertarse, comidas, institución educativa) y actividades personales o de ocio. Este calendario puede ser actualizado cada semana y adaptado a las necesidades, favoreciendo el sentido de control y previsibilidad.
- **Sesiones de revisión de la rutina.** Al finalizar la semana, el educador puede proponer una reflexión sobre la rutina semanal, destacando las actividades que mejor han funcionado e identificando eventuales áreas de mejoramiento.

[7] Actividad de apoyo para la autoaceptación y reducción del estigma. Favorecer una actitud positiva hacia uno mismo/a y la propia experiencia, reduciendo el estigma interiorizado e incentivando una visión más compasiva de sí mismo/a. Eso implica que el educador debe guiar a los jóvenes mediante una actividad de reflexión, sensibilización y autoaceptación, ayudándoles a reducir el juicio de sí mismos/as y fomentando una imagen positiva y auténtica. Hay dos modalidades prácticas:

- **Creación de un «cuaderno de éxitos»:** Invitar a los jóvenes a que tengan un cuaderno en el que anoten los pequeños éxitos cotidianos, las habilidades que van mejorando o los momentos positivos. Este cuaderno será un memorando visible de sus progresos y de su valor.
- **Afirmaciones positivas y autorreflexión.** Durante cada encuentro, los jóvenes pueden elegir o crear una afirmación positiva de sí mismos. (ej. «Soy capaz de enfrentar las dificultades» o «Voy mejorando cada día»). Los educadores guían la reflexión sobre estas afirmaciones, ayudando a interiorizar una narrativa más positiva.





CAPÍTULO

8

Conducta autolesiva

8.1

CÓMO RECONOCER LA CONDUCTA AUTOLESIVA

Cortes y quemaduras como llamada de auxilio para comunicar el sufrimiento

[1] ¿Qué se entiende por conducta autolesiva? ¿Cuántas tipologías de conducta autolesiva conocemos y cuáles son las señales de alarma? Además de responder a estas preguntas, vamos a analizar también a continuación cuáles son los factores desencadenantes y los factores protectores, qué estrategias hay que seguir en caso de conducta autolesiva, cuando y a quién pedir ayuda.

La **conducta autolesiva**, específicamente la conducta autolesiva no suicida, se define como **la destrucción directa y deliberada del propio tejido corporales sin la intención de suicidarse**. Tras decenios de aumento de la incidencia de autolesión no suicida entre adolescentes y adultos jóvenes, y el creciente interés científico por el tema, el trastorno se ha incluido en la quinta edición del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5) como un problema que requiere atención clínica cuando reúne los criterios de gravedad establecidos.

Sin embargo, estos comportamientos no siempre ocurren en el contexto de un trastorno mental y **no siempre requieren atención clínica** puesto que se observan

cada vez más en la población en general y, en muchos casos, se puede intervenir en un entorno no sanitario. De hecho, en las últimas décadas hay un aumento de autolesión sin diagnóstico de salud mental entre los chicos y chicas como una **manera de expresar el propio malestar**.

[2] Los tipos más comunes de autolesión no suicida incluyen: el **daño directo** (cor-tarse, morderse, rasguñarse, quemarse, golpearse contra objetos) y el **daño indirecto** (sobre ingesta de fármacos, comilonas, consumo excesivo de alcohol o exposición a situaciones peligrosas como el deporte extremo, la conducción imprudente, etc.). Se excluyen las formas de protesta contra las normas sociales o religiosas establecidas. Pero el concepto actual de **autolesión no suicida**, tanto en el nivel clínico como en las investigaciones, se refiere a la autolesión directa y no a la indirecta, por ello, cuando hablamos de autolesión nos referimos, en la mayoría de los casos, a este primer tipo¹⁰.

[3] Según el DSM-5, los criterios de diagnóstico del trastorno de autolesión no suicida incluyen:

- Cinco o más días de conducta autolesiva repetida en el último año (en curso de revisión pues algunos autores proponen subir el umbral a diez días).
- La conducta autolesiva debe responder a alguna función:
 - Liberarse de pensamientos o sentimientos negativos.
 - Solucionar un conflicto interpersonal.
 - Generar un estado positivo.
- La conducta autolesiva debe ser producida por:
 - Pensamientos o sentimientos negativos.
 - Preocupación recurrente por la autolesión.
 - Impulso a practicar la autolesión.
- Se excluyen las conductas que no son sancionadas socialmente como las acciones de protesta y las marcas de identificación.

Los síntomas del comportamiento autolesivo

La conducta autolesiva es una manifestación compleja de malestar emocional y psicológico, y puede asumir diversas formas y modalidades.

Comprender los síntomas asociados a este tipo de conducta es crucial para identificar su presencia e intervenir de forma adecuada.

¹⁰ A partir de 2013, el DSM-5, el sistema de clasificación internacional de los trastornos mentales, incluye la conducta autolesiva directa y repetida (cinco o más veces) como una nueva categoría objeto de estudio: el trastorno de conducta autolesiva no suicida (a menudo indicado con el acrónimo *non-suicidal self-injury*, NSAB).

[1] En primer lugar, uno de los síntomas más evidentes es la **autoagresión física** que puede manifestarse de varias maneras, como, por ejemplo, cortes, quemaduras, moretones o golpes en algunas partes del cuerpo. Estas acciones pueden realizarse en zonas del cuerpo que se pueden ocultar fácilmente, como brazos o muslos, para disimular las cicatrices o las señales de lesiones. La persona podría efectuar estas acciones de un modo ritualizado, utilizando objetos específicos o siguiendo un procedimiento particular para obtener una sensación de control o de alivio temporal de las emociones oprimientes.

[2] La conducta autolesiva está relacionada con frecuencia con las **emociones intensas y difíciles de gestionar**, como, por ejemplo, ansiedad, rabia o sentimiento de vacío. Quien cumple estas acciones puede describirlas como una especie de descarga emocional sucesiva a la autolesión, como si la lesión física fuese un modo para expresar dolor emocional interior. Esta conducta puede brindar una sensación de alivio temporal o control, y crea en la persona un ciclo en el que se siente forzada a repetir la acción para enfrentar el malestar emocional.

[3] Por otra parte, es común que la conducta autolesiva esté relacionada con **la baja autoestima y con el sentimiento de autodesprecio**. Quien se daña físicamente podría alimentar una visión negativa de sí mismo, sentirse sin derecho al amor y a las atenciones, y la autorreferencia se convierte en una manera de castigarse por lo que se percibe como errores o fracasos. Este autocastigo puede ser visto también como una forma de manifestar el dolor en situaciones en las que la persona se siente impotente para comunicar a los demás los propios sufrimientos.

[4] Además de las señales físicas, los síntomas emocionales y comportamentales desempeñan un papel crucial en la manifestación de la conducta autolesiva. Es posible observar un **cambio en las relaciones sociales**, con el individuo que tiende a aislarse de amigos y familiares y crea una barrera que impide a los demás comprender su estado de ánimo. Esta reticencia puede derivar del miedo de ser juzgados o mal interpretados. La persona puede mostrar también señales de **ansiedad y depresión**, estado de ánimo cambiante, dificultad de concentración y sentimientos de desesperación.

[5] Hay casos de personas de conducta autolesiva que pueden utilizar el dolor físico como una forma de afrontamiento (*coping*), es decir, el dolor exterior se convierte en **una forma de manejar el dolor interior**. Esta estrategia puede manifestarse como un intento de transformar la angustia en un dolor tangible, que parece más fácil de enfrentar. Sin embargo, esta solución es temporal y, a menudo, lleva a ulteriores complicaciones emocionales y físicas.

[6] Es importante notar que, aunque la conducta autolesiva pueda parecer una manera de enfrentar el dolor, no enfrenta las causas subyacentes y puede llevar a complicaciones como infecciones, cicatrices permanentes y un aumento del riesgo de comportamientos suicidas. Las personas que perseveran en estas acciones a menudo

no tienen la intención de provocar la propia muerte, sino, más bien, buscar una vía de escape del dolor. Sin embargo, la falta de un apoyo adecuado y la continua experiencia de malestar pueden conducir a pensamientos suicidas o a intentos de suicidio.

Prevalencia

[1] La **conducta autolesiva directa** se difunde, en particular, entre los adolescentes y jóvenes adultos. Las investigaciones indican que la incidencia de esta conducta en estas etapas de edad oscila entre el 18% y el 45%, con un pico de inicio entre los 12 y 14 años. Pese a que la prevalencia efectiva de la **conducta autolesiva indirecta** sea desconocida y pueda ser mucho más alta, los estudios longitudinales muestran una evolución natural desde las formas directas a las indirectas de autolesión con la edad. De hecho, entre los adultos la prevalencia de la conducta autolesiva es inferior, alrededor del 6%. Todos pueden ser comportamientos esporádicos (menos de cinco episodios al año), sin factores de riesgo anteriores ni síntomas clínicos de un trastorno mental ni el deterioro de la capacidad de funcionamiento de la persona.

Sin embargo, en un número mucho menor de casos, expuestos a factores de riesgo específicos, los comportamientos se repiten en el tiempo y están relacionados con la presencia de síntomas psiquiátricos comórbidos, incluidos los comportamientos suicidas, durante o en una fase sucesiva. Los estudios sobre la población muestran que el 9-11% de los jóvenes y hasta el 3% de los adultos cumplen con los criterios diagnósticos de la conducta autolesiva no suicida repetida. Y en la población con problemas de salud mental, el 60% puede ser asociado a cualquier diagnóstico psiquiátrico, con una mayor prevalencia de los trastornos alimentarios en las personas de edad inferior a los 18 años y de trastornos de personalidad en las de edad superior a los 18 años, en particular, el trastorno límite de la personalidad.

[2] La conducta autolesiva ha sido considerada tradicionalmente un fenómeno sobre todo femenino. Hay muchos estudios sobre la prevalencia e incidencia que apoyan este punto de vista, pero hay también estudios recientes que desacreditan los datos de los estudios anteriores y algunas investigaciones que señalan diferencias menores en la incidencia respecto del sexo y el género. Un aspecto que se ha demostrado ampliamente es el **uso de métodos diferentes por parte de chicos y chicas** en su conducta autolesiva no suicida. Mientras las chicas tienden más a los cortes, rasguños y acciones que provocan sangrado, los chicos tienden más a los golpes y quemaduras.

Las diferentes caras de los comportamientos autolesivos

[1] Los comportamientos autolesivos pueden manifestarse de varias formas, cada una con sus características específicas. He aquí un panorama de los principales tipos de conducta autolesiva:

- **Cortarse la piel.** Es uno de los más comunes y consiste en hacer grabados en la piel con objetos afilados como cuchillos, cuchillas de afeitado o vidrios.
- **Hacerse quemaduras.** Algunas personas se queman con cigarrillos, encendedores u otros objetos calientes.
- **Rasguñarse o morderse.** Estos comportamientos incluyen rasguños profundos en la piel o morderse hasta provocar heridas.
- **Golpearse.** Abofetearse o darse puñetazos, golpearse la cabeza contra la pared u otras superficies duras son otras formas de autolesión.
- **Tirarse el pelo.** Este comportamiento, conocido como «tricotilomanía», consiste en tirarse el pelo hasta arrancarlo.
- **Ingerir Sustancias Tóxicas.** Por ejemplo, medicamentos en dosis no letales u objetos no comestibles.
- **Auto envenenamiento deliberado.** Esto incluye el uso de sustancias como drogas o alcohol con el propósito de provocar daños en el propio cuerpo.
- **Comportamientos compulsivos.** Algunos comportamientos de la conducta autolesiva pueden ser compulsivos, como, por ejemplo, comerse las uñas hasta hacerlas sangrar o introducir objetos punzantes o agujas bajo la piel.
- **Auto daño indirecto.** Este tipo de autolesión incluye comportamientos como la sexualidad promiscua, el juego de azar o el abuso de sustancias.

Causas que concurren a la conducta autolesiva

[1] El 27,6% de los adolescentes europeos declara que se ha autolesionado intencionalmente al menos una vez en la vida (Brunner et al., 2014). ¿Pero por qué una vez que se ha iniciado la autolesión los adolescentes tienden a seguir esta conducta?

Es importante tener presente que cuando una persona se autolesiona no es un intento de poner fin a su vida, sino se trata de un mecanismo para enfrentar un problema o una dificultad. Muchas personas que se autolesionan explican que lo hacen porque **se sienten incapaces de enfrentar una emoción intensa** (como la tristeza o la rabia) y re-

curren a la autolesión para tratar de disminuir, manejar o huir de estos sentimientos. El dolor físico puede distraer del dolor emocional brindando un alivio temporal.

El hecho de que se experimente un alivio emocional después de la autolesión puede llevar a utilizar la misma estrategia en el futuro para manejar las emociones difíciles. Sin embargo, este efecto no dura a medio y largo plazo pues es muy probable que surjan aún peores sentimientos, como, por ejemplo, el sentimiento de culpa o el miedo. Otra causa podría ser la del **autocastigo**, es decir, recurrir a la autolesión como una forma de expiación debido a los sentimientos de culpa o excesiva autocrítica.

[2] Además, las personas que se autolesionan tienden a experimentar al mismo tiempo **un mayor malestar emocional, dificultades relacionales y un rendimiento escolar inferior**. En algunos casos, la autolesión puede representar una manera de llamar la atención y pedir ayuda.

[3] En resumen, los comportamientos autolesivos pueden comenzar después de:

- **Refuerzo negativo.** El adolescente podría haber aprendido que este comportamiento es una manera eficaz para evitar en el futuro inmediato las emociones negativas (ansiedad, tristeza, sentimiento de culpa, rabia, desesperación, etc.) que causan un gran malestar psicológico, o bien para obtener una regulación emocional aparentemente eficaz cuando se manifiestan estas emociones. Algunos de los traumas que pueden originarlos son de tipo emocional (acontecimientos traumáticos como la pérdida de un ser querido, abusos emocionales o experiencias de abandono), físico (experiencias de violencia física o abusos sexuales) o mediático (exposición a contenidos que normalizan o elogian la autolesión a través de las redes sociales, la televisión o los videojuegos).
- **Refuerzo social positivo.** El adolescente podría haber aprendido que con este comportamiento obtiene un mayor e inmediato nivel de atención social o de refuerzo social por parte del grupo de pares o de los adultos respecto de lo que obtiene con otros comportamientos o cuando no se autolesiona. Dicho de otra manera, siente que este comportamiento produce cambios sociales percibidos por él como positivos (por ejemplo, recibe más afecto, apoyo o aceptación de grupo desde que se autolesiona).
- **Evocación de cambios en el entorno.** El adolescente puede haber aprendido que cuando persevera en este comportamiento ocurren cambios en su entorno que lo hacen sentir bien o son de su agrado. En este caso, el refuerzo obtenido con la autolesión no es la atención social de parte de los demás, sino los beneficios reactivos secundarios del entorno (por ejemplo, después de la autolesión, los adultos deciden que el adolescente ya no debe enfrentar las obligaciones adecuadas a su edad como asistir a clase y hacer los exámenes, o bien está eximido del cumplimiento de sus responsabilidades).

- **Construcción de la identidad.** El adolescente puede encontrar en este comportamiento una forma de identidad y un sentido de pertenencia al grupo. En este caso, el comportamiento transmite una ideología de vida o se identifica con las subculturas urbanas (por ejemplo, la subcultura emo), o bien difunde discursos filosóficos y emocionales que transmiten una visión trágica de la existencia humana. Se trata de una autolesión practicada en un contexto de grupo y se refuerza socialmente por las otras personas que participan en esta forma de identidad.

8.3

SEÑALES DE ALARMA DEL COMPORTAMIENTO AUTOLESIVO

En muchos casos, la conducta autolesiva puede ser esporádica y, por tanto, no cumplir con los criterios de gravedad para establecer un diagnóstico clínico o médico. Sin embargo, el aumento de la frecuencia y el uso de diversas formas de autolesión pueden ser variables de una prognosis negativa. Por lo tanto, la **detección e intervención precoces pueden ser muy útiles** para evitar que una conducta autolesiva esporádica se convierta en un problema de salud.

En este sentido, es fundamental para identificar el problema en sus etapas iniciales prestar atención a algunas **señales de alarma** que puedan hacernos pensar que una persona se autolesiona. Algunas de estas señales son:

- Tener lesiones continuas inexplicables (cortes, quemaduras, rasguños, moretones injustificados).
- Vestir ropa no adecuada a la estación o a la temperatura como pulóveres en verano.
- Rechazar la práctica de actividades que impliquen un cambio de ropa (gimnasia, natación).
- Usar vendas regularmente.
- Mostrar o manifestar ideas relacionadas con la autolesión (dibujos, conversaciones con los coetáneos, etc.).
- Frecuente necesidad de privacidad.
- Llevar o esconder objetos que corten (cuchillas de afeitar, trozos de vidrio, tijeras, cuchillos, etc.).
- Transcurrir mucho tiempo en el baño o en la habitación.
- Encontrar huellas de sangre en el cesto de basura.

Es importante notar que las señales de alarma son útiles para detectar probables situaciones de autolesión, pero su presencia no indica necesariamente que la persona tenga una conducta autolesiva. Se considera un problema solo cuando la conducta autolesiva se convierte en una rutina frecuente.

Algunas de las falsas creencias que existen sobre la conducta autolesiva son:

La conducta autolesiva es un intento de manipulación. FALSO

Si bien algunas personas han aprendido que el único modo de obtener la atención de los demás es el de perseverar en formas de autolesión no suicida, el hecho de practicarlas no significa que sean manipuladoras. Significa, en cambio, que necesitan un cierto tipo de atención, pero que no han aprendido todavía estrategias más adecuadas que los ayude a obtenerla.

La autolesión no suicida es una conducta patológica e irracional. FALSO

Aunque la autolesión pueda parecer incomprensible para algunas personas, siempre tiene un objetivo importante en el momento en que ocurre y por ello no es una acción irracional. Las personas que se autolesionan suelen hacerlo para sentirse mejor o para obtener un alivio emocional inmediato pese a que puede tener consecuencias negativas a largo plazo.

La autolesión es una señal de alarma que indica que una persona quiere suicidarse. FALSO

Para empezar, la autolesión no suicida es un comportamiento que se pone en funcionamiento sin intención personal, es decir, sin la intención de provocar la muerte. Se trata de una forma malsana de enfrentar el malestar en ausencia de estrategias más saludables y benéficas. Sin embargo, es verdad que hay muchos estudios que corroboran que la autolesión no suicida es un factor de riesgo del suicidio, es decir, cuando una persona se autolesiona gravemente con frecuencia está en riesgo, por lo general, de desarrollar pensamientos suicidas que pueden llevarla a un intento de suicidio.

La autolesión comporta un trastorno mental. FALSO

Esta conducta no ocurre siempre en el contexto de un trastorno mental. De hecho, es cada vez más frecuente en la población no clínica y, en muchos casos, se puede intervenir en un contexto, aunque no sea de salud mental. En las últimas décadas ha habido un aumento de conducta autolesiva no suicida entre los chicos y chicas sin ningún diagnóstico de salud mental, sino como una manera de expresar el malestar.

La autolesión no es un problema, muchas personas la practican. FALSO

Muchas personas pueden autolesionarse –quizás conozca alguna–, pero no tienen ningún trastorno o problema de salud mental. Sin embargo, la autolesión no es una manera saludable de enfrentar el malestar. Aunque pueda parecer que funcione a cor-

to plazo, recurrir a esta estrategia a mediano o largo plazo puede tener consecuencias muy problemáticas e impide que la persona aprenda otras estrategias más sanas.

Es de suma importancia solucionar los problemas del pasado para dejar de autolesionarse. FALSO

No hay motivo alguno para pensar que se deba esperar a que se superen todas las experiencias negativas del pasado antes de dejar de autolesionarse. En efecto, dejar de autolesionarse puede ayudar a la persona a que comience a solucionar el resto de sus problemas.

La autolesión no suicida es una manera de llamar la atención. FALSO

Las personas se autolesionan por muchos motivos y muchas de ellas esconden los daños físicos para no mostrarlos. Incluso en una misma persona los motivos de autolesión pueden variar con el tiempo.

La autolesión es típica de los adolescentes. FALSO

No, la autolesión como mecanismo de afrontamiento (*coping*) puede presentarse en cualquier edad, aunque es verdad que es más común entre adolescentes y adultos jóvenes.

La conducta autolesiva no tiene consecuencias a corto plazo. FALSO

Las consecuencias de la autolesión pueden presentarse tanto a corto como a largo plazo, y estas últimas pueden ser las más graves. A corto plazo, se trata de un comportamiento que puede ser estigmatizador, además de repercutir en las relaciones sociales e interpersonales pues comporta, entre otros, aislamiento, sentimientos de incompreensión, preocupación y malestar en el entorno social y familiar. Entre las consecuencias a largo plazo, además de la cronicidad de las consecuencias inmediatas, está el hecho de que la autolesión puede convertirse en la forma habitual de enfrentar el malestar, lo cual impide el aprendizaje de estrategias más adaptativas y todo lo que comporta. Por otra parte, existe el riesgo de que este comportamiento de autolesión puede estar relacionado con problemas más graves, como, por ejemplo, las ideas de muerte.

8.5

CÓMO ACOMPAÑAR EL COMPORTAMIENTO AUTOLESIVO EN EL ENTORNO EDUCATIVO

La importancia de incrementar la resiliencia en los adolescentes

[1] Los factores protectores de la conducta autolesiva son los mismos de cualquier trastorno o problema emocional y se refieren **a las capacidades o a las habilidades**

de las personas para enfrentar acontecimientos negativos o estresantes de la vida sin desarrollar comportamientos disfuncionales o patológicos.

En este sentido, hablamos de **resiliencia** como la capacidad de hacer frente a eventos negativos de la vida (Dray et al., 2017). Se ha definido también como la capacidad de una persona para adaptarse a situaciones difíciles y perseverar ante la adversidad, o como la capacidad de recuperarse tras un evento traumático o estresante (Norris et al., 2009). El desarrollo de la resiliencia durante la adolescencia (entre los 12 y 18 años) se considera una alternativa de *coping* (mecanismo de afrontamiento) eficaz para algunos de los trastornos mentales de la sociedad actual.

Se ha comprobado que no todos los adolescentes que viven situaciones adversas desarrollan problemas de salud mental. Según algunas investigaciones, la clave parece encontrarse en la resiliencia, que es **fundamental para recuperarse de traumas y eventos adversos**. Con frecuencia se define también como la capacidad de recuperarse después de un acontecimiento traumático o estresante. Esta resiliencia puede actuar como un factor de protección contra el desarrollo de trastornos mentales y, por consiguiente, su ausencia podría ser un factor de riesgo de una serie de patologías clínicas (Srivastava et al., 2019).

La resiliencia se relaciona directamente con el bienestar psicológico. El bienestar emocional y la resiliencia son conceptos estrechamente ligados. Más resilientes somos, menor es la probabilidad de desarrollar problemas de salud mental y mayor es la posibilidad de tener un bienestar psicológico.

La resiliencia es la capacidad de enfrentarse a nuevas situaciones y adaptarse a ellas. Las personas resilientes se adaptan a los cambios y son capaces de hacer frente a las dificultades, frustraciones y estrés que forman parte de la vida cotidiana. Es por ello por lo que la resiliencia es considerada por muchos expertos como un antídoto contra la epidemia de salud mental y como un camino hacia el bienestar psicológico.

[2] ¿Sobre qué competencias podemos trabajar para fomentar la resiliencia en los adolescentes?

Las competencias que constituyen el **aprendizaje emocional** serán algunos de los componentes clave sobre los que hay que trabajar. Hay algunas habilidades específicas que los estudios han identificado fundamentales para fomentar la resiliencia:

- Autorregulación emocional.
- Capacidad de autoconsciencia (*intuición*).
- Consciencia social (ligada a la capacidad de ponerse en el lugar de los otros y comprender sus emociones y pensamientos).
- Habilidades relacionales (establecer y mantener relaciones, escucha activa, brindar y pedir ayuda, etc.).
- Capacidad de tomar decisiones responsables.

Además, en esta sociedad caracterizada por la sobreestimación, los ayudará a adquirir la capacidad de conectarse con el momento presente y con las emociones sin juzgarlas, es decir, **adquirir la práctica de la consciencia**. Esto comportaría el entrenamiento para mantener la atención en el presente, observando simplemente la experiencia, describiéndola con palabras y dejándose llevar por ella; lo cual ayudaría, a su vez, a evitar la impulsividad cuando se actúa o se toma decisiones.

Otro aspecto sobre el que es necesario trabajar es la autoeficacia. La autoeficacia es la percepción de la capacidad de sí mismo para ejecutar las tareas que se desea. Cuando trabajamos sobre la autoeficacia, los adolescentes se perciben a sí mismos más capaces de alcanzar sus objetivos. Para ello, tendrán que actuar y, para hacerlo, será de suma importancia sentir que pueden realizar lo que desean. Cuando no se sienten capaces de alcanzar sus objetivos, ellos mismos crean sus propios límites y 'tiran la toalla' incluso antes de intentarlo. Por eso es importante generar en todo adolescente la convicción de «Soy capaz de lograr el objetivo, lo intentaré, ¿por qué no?».

«Nunca sabes lo fuerte que eres hasta que ser fuerte es tu única opción»,
Bob Marley.

A este respecto, vemos la importancia de la relación entre la resiliencia y nuestra autoestima. Si tenemos una autoestima sólida, seremos capaces de superar mejor las dificultades que se nos presentan y la resiliencia, por tanto, implicará una mayor capacidad de superación. Por otra parte, si tenemos actitudes resilientes, nuestra autoestima seguramente será reforzada y mejorará la percepción que tenemos de nosotros mismos como persona.

En consecuencia, ¿cómo podemos volvernos resilientes? Sembrando las siguientes actitudes y cuidándolas podremos lograrlo:

- No dejarse asustar por los cambios que consideramos necesarios.
- Comprender que las crisis que seguramente tendremos se pueden superar.
- Ser determinados, tomar decisiones sin temor; el fracaso debido a nuestras acciones no debe detenernos.
- Recordar las experiencias nuestras que nos han permitido superar las dificultades.

Nosotros, nuestras decisiones, nuestro optimismo en enfrentarlas serán decisivos para seguir creciendo y asegurarnos que los obstáculos no nos detengan.

También enseñarles **estrategias de afrontamiento (coping)** eficaces será fundamental para los adolescentes, teniendo en cuenta que les toca hacer frente a numerosas situaciones –desafíos y novedades constantes–.

[3] ¿Qué podemos hacer los profesionales de la educación para fomentar la resiliencia?

Los contextos educativos pueden hacer mucho para fomentar el bienestar psicológico de sus alumnos. Además, son contextos privilegiados puesto que son espacios que brindan oportunidades para implementar programas universales de prevención (es decir, dirigidos a todos los jóvenes y no solamente a los que presentan dificultades) a fin de fomentar el bienestar psicológico de los adolescentes suministrándoles competencias para favorecer su resiliencia. El aula escolar puede convertirse en el lugar ideal para poner en práctica todas las competencias arriba señaladas.

Desde los centros educativos, además de la implementación de programas universales de prevención que fomentan la resiliencia, se podría realizar otras acciones que promuevan la resiliencia y, por consiguiente, el bienestar psicológico. Acciones como:

- Suministrar pautas para establecer relaciones saludables.
- Modelar y reforzar comportamientos y actitudes apropiadas.
- Brindar oportunidades para fijar objetivos de vida.
- Crear espacios de discusión y reflexión acerca de temas que atañen a los adolescentes.
- Construir relaciones positivas tanto entre adolescentes como entre profesionales adultos y adolescentes.
- Sensibilizar acerca de la salud mental y reducir el estigma.
- Promover el sentido de pertenencia de los adolescentes a la comunidad educativa.
- Promover la participación activa de los adolescentes en actividades que favorezcan una cultura escolar resiliente.



CAPÍTULO

9

Suicidio

9.1

SUICIDIO: RECONOCERLO COMO UN GRAVE PROBLEMA

El suicidio es una elección personal y un problema de todos

Este capítulo recoge la información más relevante acerca del suicidio: las señales de alarma, los factores de riesgo y los factores protectores en los adolescentes, adultos y ancianos; las diferentes intervenciones educativas; las principales recomendaciones para los supervivientes durante el duelo; y los mitos más difundidos que sobre este grave problema debemos enfrentar juntos.

[1] Hablar de suicidio es el gran asunto pendiente a fin de comprender el fenómeno, conocer las causas, cómo ayudar a prevenirlo y contribuir a poner fin a su estigma. El suicidio es un grave problema de salud pública y, por lo general, la principal causa externa de muerte. Según los datos de 2019 de la Organización Mundial de la Sanidad (OMS), una persona muere por suicidio cada 40 segundos, equivalente a aproximadamente 700.000 muertos evitables por año en todo el mundo. El tema del suicidio se asocia aún al estigma y se estima que las cifras están subestimadas puesto que muchos fallecimientos no se registran como suicidios. Para no hablar de las consecuencias de muchos intentos de suicidio que no terminan con la muerte y para los que no existen o no existirán registros.

[2] La prevención del suicidio se considera una prioridad de salud pública y una de las condiciones prioritarias del Programa de acción para la brecha de salud mental, instituido en 2008. En el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020, los Estados miembros de la OMS se han comprometido a trabajar para alcanzar el objetivo global de reducir el 10% las tasas de suicidio nacionales, pero los números apenas han cambiado.

Para hablar de suicidio, antes que dar una definición precisa, podemos establecer una gradación de comportamientos que, de una menor a una mayor intensidad, constituyen el comportamiento suicida; la realización de estos determinará pues el perfil de gravedad y de peligrosidad del comportamiento del individuo.

Los síntomas del suicidio

[1] El comportamiento o conducta suicida incluye:

- **Ideación suicida.** Pensamientos, planes y actos preparatorios para el suicidio. Hay un consenso amplio sobre el hecho de que la planificación del suicidio identifica a la persona con un alto riesgo de suicidio. Cuando hablamos de ideación suicida, nos referimos a personas con una ideación suicida activa, un deseo de morir y, por consiguiente, un alto riesgo de cometer un suicidio. Este alto riesgo es evaluado por un psiquiatra o por un psicólogo tanto en el consultorio clínico como en los departamentos de emergencia de los hospitales.
- **Amenazas de suicidio.** Entendidas como la verbalización de estos pensamientos y, por tanto, como indicadores de alto riesgo.
- **Gesto de suicidio.** Todos los actos preparatorios al intento de suicidio sin que este se realice. Sabemos que se trata de un gesto suicida cuando nos damos cuenta de lo que está ocurriendo, aunque la persona no nos informe verbalmente sobre lo que está haciendo.
- **Intento de suicidio.** Acto autolesivo con intención de provocar la muerte, pero que finalmente no resulta mortal. La persona realiza una secuencia de actos destinados a poner fin a su vida, pero sin llegar a realizarlo.
- **Suicidio consumado.** Es el intento que concluye con la muerte de la persona.

Prevalencia

[1] En los últimos diez años, la prevalencia del suicidio ha mostrado globalmente tendencias significativas bajo la influencia de varios factores, entre ellos, la edad, el género y las características socioeconómicas. Los datos indican que el suicidio es una de las

principales causas de muerte en el mundo, con 700.000 suicidios cada año, según las estadísticas de la Organización Mundial de la Sanidad (OMS).

[2] La franja de edad más afectada por el suicidio es la de los adolescentes y adultos jóvenes, en particular, entre los 15 y 29 años. Esta franja etaria presenta tasas de suicidio en crecimiento, a menudo, relacionadas con factores como la salud mental, la presión social y las experiencias de discriminación. Es interesante notar que las tasas de suicidio entre los ancianos, en particular mayores de 70 años, también son significativas y evidencian los desafíos asociados al aislamiento social, la pérdida de seres queridos y condiciones de salud deterioradas.

[3] Por lo que se refiere al género, se observa una neta diferencia en la prevalencia suicida. Los hombres tienen tasas de suicidio significativamente más altas que las de las mujeres, con un promedio global de muerte por suicidio con frecuencia casi tres veces más que las mujeres. Sin embargo, estas tienden a manifestar comportamientos suicidas de manera diferente, con índices más elevadas de intentos de suicidio que pueden ser atribuidas a varios factores, entre ellos, el uso de métodos menos letales.

[4] Desde el punto de vista geográfico, presenta una incidencia variable en todo el mundo. Las regiones con tasas más elevadas de suicidio incluyen el Asia oriental, países como Corea del Sur y Japón, donde factores culturales como presión laboral y expectativas sociales contribuyen con este fenómeno. También en algunos países como Letonia y Lituania, las tasas de suicidio son altamente preocupantes, a menudo relacionadas con crisis económicas, desempleo y estilos de vida problemáticos.

Por el contrario, algunas zonas de África y del Oriente Próximo muestran tasas de suicidio relativamente más bajas, pero esto no significa que el problema no exista, más bien, podría ser subestimado a causa de estigmatizaciones y tabúes culturales respecto del suicidio. En muchos de estos contextos, la falta de acceso a los servicios de salud mental y el temor de represalias sociales dificultan la detección y el tratamiento de los problemas de salud mental.

9.2

CAUSAS QUE CONCURREN AL SUICIDIO

Hay experiencias que ponen a los adolescentes y jóvenes ante situaciones de vulnerabilidad, tanto por la gravedad de la situación como por su naturaleza a largo plazo y porque durante la infancia han acumulado una serie de experiencias de vida estresantes o de sufrimiento. Las situaciones pueden ser varias y diferentes al mismo tiempo:

- conflictos relacionales con los coetáneos, problemas de conexión y aceptación en los grupos de pertenencia;
- problemas familiares conflictuales o ruptura de la familia;
- problemas académicos;
- problemas financieros;
- problemas relacionados con enfermedades orgánicas o mentales;
- muerte de familiares o de personas significativas;
- experiencias de soledad, discriminación, violencia o abuso.

En estos adolescentes en una situación de vulnerabilidad pueden ocurrir con más frecuencia estos comportamientos relacionados con la muerte. Cuando hablamos de comportamiento suicida, nos referimos a cualquier acto que tenga que ver de alguna manera con la intención de morir. Esto puede manifestarse de diferentes maneras: tener ideas relacionadas con la muerte, planificar el modo en el cual morir, hacer cualquier tipo de preparación o incluso llevar a cabo el acto con la intención suicida.

9.3

SEÑALES DE ALARMA DEL SUICIDIO

[1] Las señales que nos advierten el riesgo de suicidio son diferentes. Por un lado, **cualquier verbalización de una visión negativa de sí mismos**. Esto se traduce en expresiones como: «No valgo nada», «Mi vida no tiene sentido». También debemos prestar atención a los **cambios comportamentales** que denotan una pérdida de interés por lo que antes se solía disfrutar.

La muerte por suicidio es **la causa principal de muerte innatural entre los adolescentes y los jóvenes**, y el número de intentos de suicidio y de suicidios que conocemos han hecho activar la alarma en todo el mundo. El suicidio siempre es una muerte incómoda y silenciosa, sobre todo cuando se trata de adolescentes y de jóvenes. Los datos epidemiológicos sobre muertes por suicidio dicen mucho: en todo el mundo se estima que un cuarto de los suicidios se comete por parte de personas de edad inferior a los 25 años.

En el caso de los adolescentes, indicamos algunas señales de alerta:

- Falta de esperanza en el futuro, pensamientos catastróficos como «la vida no merece la pena de vivirla» o «nada va a cambiar».
- Falta de proyectos de vida a breve/medio plazo.
- Estado de ánimo bajo, sentimientos de tristeza, hándicap, autoestima baja.
- Alteración de los hábitos del sueño y de la alimentación, disminución del rendimiento escolar.
- Dificultad para compartir el malestar o el sufrimiento con la familia y los amigos.

- Aislamiento en casa y escasa comunicación con la familia y amigos.
- Interrupción de actividades anteriormente realizadas o incapacidad de disfrutar de ellas.
- Autolesión (cortes en los antebrazos, en los muslos) que suele ser efectuada para regular las emociones negativas.
- Sufrimiento ligado a la intimidación o dificultad para establecer relaciones sociales duraderas.
- Haber descubierto o manifestado experiencias traumáticas (abusos sexuales, maltratos...) que producen un gran sufrimiento.
- Emocionalidad excesiva y desmedida en situaciones conflictuales o falta de recursos para enfrentarlas.

9.4

PRINCIPALES MITOS Y FALSAS CREENCIAS ACERCA DEL SUICIDIO

En el inconsciente colectivo se anida toda una serie de mitos, falsas creencias y prejuicios asociados al tabú y al estigma acerca del suicidio que debemos combatir; no ayudan ni protegen y son únicamente intentos poco útiles de explicar por qué es tan terrible.

La persona que se suicida quiere morirse. FALSO

Las personas que intentan y cumplen un acto suicida con frecuencia son ambivalentes frente a la vida o a la muerte. Algunas personas mueren durante el intento de suicidio, pero habrían preferido seguir viviendo. Quieren liberarse definitivamente del malestar emocional que están experimentando.

Todos los que han intentado suicidarse no dejarán nunca de volver a intentarlo. FALSO

Es verdad que algunas personas intentan varias veces el suicidio en un breve periodo de tiempo, pero los pensamientos suicidas no son permanentes y, en algunos casos, ya no se repiten.

Las personas que dicen que quieren matarse no lo harán. FALSO

Alrededor del 75% de las personas que se suicidan han dado alguna advertencia antes de hacerlo. Estas personas no quieren llamar la atención. No deberían ignorarse nunca estos mensajes. Hablar sobre esto puede ser una manera para pedir ayuda.

Hablar de suicidio puede animar a alguien a suicidarse. FALSO

Hay mucho estigma acerca del suicidio. La mayoría de las personas que meditan el suicidio no saben con quién compartirlo. Hablar sobre él puede ser una ocasión para prevenirlo, para ofrecer una visión nueva y alternativa de la situación.

El suicidio no se puede prevenir porque es un acto impulsivo. FALSO

Es muy bajo el porcentaje de casos en los que no se observaron con anterioridad síntomas, factores de riesgo o indicadores. Estos casos son seguramente muy difíciles de prevenir, pero en la mayoría de ellos hay numerosos indicadores de comportamiento suicida. Por tanto, la prevención es la mayor contribución posible para ayudar a estas personas.

9.5

CÓMO ACOMPAÑAR LA IDEACIÓN DE SUICIDIO EN EL ENTORNO EDUCATIVO

Promover las habilidades y los espacios seguros de vida socio-emocional

[1] Una de las acciones educativas más importantes es la creación de **un espacio seguro y acogedor** en el que los jóvenes puedan hablar libremente sobre sus emociones y dificultades sin miedo al juicio. En este contexto, el educador actúa como figura de escucha activa, empatía, confianza y comprensión sin juicio. Para lograr este objetivo, puede organizar sesiones de diálogo individuales o de grupo, estructuradas de manera informal, si fuera posible en un ambiente acogedor y sin juicio.

Por ejemplo, el educador puede establecer una «Semana de la Escucha» durante la cual los jóvenes pueden reservar coloquios individuales en un ambiente confortable, como por ejemplo una biblioteca o sala común, para hablar de sus experiencias y desafíos emocionales. Durante estas sesiones, el educador podría plantear preguntas abiertas del tipo «¿Hay algo sobre lo que te gustaría hablar hoy?», o bien «¿Cómo te has sentido esta semana?», para favorecer la comunicación y estimular una reflexión auténtica.

[2] Es importante valorizar **los factores que puedan preservar de la ideación suicida**, como, por ejemplo:

Reducir el dolor o aumentar las capacidades y estrategias de afrontamiento (coping):

- Aumentar las capacidades de solución de conflictos.
- Conectarse al tratamiento para la salud mental, sobre todo en caso de abuso de alcohol y drogas.

Pertenencia religiosa activa o fe religiosa:

- Ante tanto sufrimiento, la esperanza del creyente ayuda a descubrir la belleza de la propia vida y la belleza de vivirla junto a los demás.

- Mantener prácticas religiosas individuales o de grupo.
- Confianza en la curación de los trastornos.

Mejorar la vinculación con grupos o proyectos de pertenencia (aunque sean individuales):

- Aumentar las capacidades de relación social.
- Una buena comunicación familiar y la participación en las actividades de la familia.
- Autoconfianza.
- La presencia de hijos dependientes.
- Contar con apoyo familiar y social, es decir, la sensación de sentirse útiles y apreciado por las personas importantes, tanto de la familia como de los grupos de pares.
- Sensación de tener proyectos o tareas aún por realizar.



Técnicas prácticas para trabajar a fondo en los distintos aspectos relacionados con el suicidio

Las actividades tienen como objetivo proporcionar herramientas concretas para manejar las emociones difíciles y establecer relaciones de confianza. A continuación, se describen algunas acciones prácticas y técnicas específicas que se pueden utilizar en contextos educativos o comunitarios.

Grupos de Apoyo entre Pares. Crear un espacio de confrontación y de apoyo donde los jóvenes puedan hablar libremente de sus experiencias, sentirse menos solos y comprendidos. Concretamente, los educadores organizan encuentros de grupo, dirigidos por un facilitador o tutor, en los que se invita a los jóvenes a que compartan pensamientos y experiencias de forma respetuosa y anónima si lo desean. Se dará una importancia particular a la escucha y al apoyo recíproco, sin juicio.

Materiales. Sillas colocadas en círculo para favorecer la interacción. El educador puede proporcionar papel con preguntas o estímulos, como, por ejemplo, «Habla sobre un momento en el que te has sentido bajo presión», o bien «¿Qué es lo que te hace sentir orgulloso de ti mismo?».

Frecuencia. Encuentros semanales o quincenales, con una duración de una hora aproximadamente.

Juego de roles (*Role-Playing*) para Enfrentar los Conflictos. Desarrollar capacidades de gestión o manejo de los conflictos y dificultades cotidianas a través de situaciones problemáticas. A los participantes, divididos en parejas o pequeños grupos, se les proponen escenas o acciones dramáticas que reproducen situaciones comunes de conflicto (por ejemplo, un desacuerdo con un amigo o una crítica que se recibe). Durante la actividad, se interpretan varios roles y se buscan soluciones, posteriormente el educador guía una discusión para analizar las estrategias utilizadas.

Materiales. Fichas con escenas conflictuales, eventuales utilerías (atrezos) para perfeccionar la ambientación.

Frecuencia. Encuentros mensuales o quincenales, de una hora de una duración.

Ejercicio del Árbol de la Vida. Reforzar la autoestima y promover la autoconsciencia, ayudando a que los jóvenes visualicen sus propios recursos y objetivos. El método consiste en el dibujo de un árbol que los representa a sí mismos: las raíces representan los propios recursos personales (por ejemplo, familia, amigos, cualidades personales); el tronco describe sus valores y puntos de fuerza; las ramas indican objetivos futuros y los frutos simbolizan las experiencias positivas y logros alcanzados.

Materiales. Papel y lápices de colores, algunos croquis para ayudar a dibujar el árbol.

Frecuencia. Actividad única o periódica para repetir cada 3-6 meses a fin de monitorear los cambios.

Proyección y discusión sobre películas con el tema de las emociones. Fomentar el diálogo y la reflexión sobre temas relacionales y emocionales a través de películas que traten temas sobre las emociones, las dificultades de los adolescentes y la superación de los momentos difíciles. Se invita a los jóvenes a que sugieran películas que traten estos temas. Los educadores organizan el visionado de películas sobre el tema de las emociones (por ejemplo, la amistad, la valentía, el dolor), luego inicia una discusión dirigida durante la cual se plantean preguntas del tipo «¿Qué personaje te impresionó más?», o bien «¿Cómo evolucionó la historia respecto del problema inicial?».

Materiales. Proyector o televisor, listado de películas adecuadas que hacen pensar, preguntas de reflexión para proponer a los participantes.

Frecuencia. Una vez por mes, duración total de 2 horas (película + discusión).

Propuestas de películas:

«Scialla!» («¡Tómatelo con calma!» en español) (2011) de Francesco Bruni. Esta película trata sobre las dificultades de la relación padre-hijo, los desafíos de la adolescencia y las opciones de vida. Puede ser útil para iniciar el diálogo sobre temas relacionados con el crecimiento personal y sobre cómo enfrentar conflictos familiares y sociales.

«Intouchables» («Intocable» en España; «Amigos intocables» en Hispanoamérica) (2011). La película aborda temas sobre discapacidad y amistad, y muestra cómo las diferencias pueden enriquecer y conducir a descubrimientos personales.

«Bianca come il latte, rossa come il sangue» («Blanca como la nieve, roja como la sangre» en español) (2013) de Giacomo Campiotti. Narra la historia de un adolescente que se enamora de una muchacha enferma. La película explora el descubrimiento del amor, del dolor y de la superación de las dificultades, temas importantes para los jóvenes en su etapa de crecimiento.

«*The Perks of Being a Wallflower*» («*Las ventajas de ser un marginado*» en España; «*Las ventajas de ser invisible*» en Hispanoamérica) (2012) de Stephen Chbosky. La película trata sobre la amistad, los traumas y la salud mental a través de la vida de un adolescente que lucha contra sus propios demonios interiores. Es ideal para hablar sobre autoestima resiliencia y poder de los vínculos personales.

«*Good Will Hunting*» («*El indomable*» en España; «*Mente indomable*» en Méjico; «*En busca del destino*» en el resto de Hispanoamérica) (1997) de Gus Van Sant. Es la historia de un joven genio atormentado por traumas e inseguridades. A través del encuentro con un terapeuta, enfrenta sus miedos y descubre su propio valor. Es útil para hablar sobre autoestima y crecimiento personal.

«*It's Kind of a Funny Story*» («*Una historia casi divertida*» en España; «*Una historia singular*» en Hispanoamérica) (2010) de Anna Boden y Ryan Fleck. Ambientada en un hospital psiquiátrico, la película narra la historia de un adolescente en busca de ayuda contra sus pensamientos suicidas. Es una obra interesante para explorar el tema de la depresión y de la importancia de encontrar apoyo.

Cuestionario sobre la Autoevaluación del Bienestar Emocional. Evaluar periódicamente el bienestar emocional y detectar ocasionales signos de malestar en los jóvenes permite monitorear su estado de ánimo e intervenir en caso de necesidad. Para ello, los educadores distribuyen un cuestionario anónimo con preguntas que les ayuden a reflexionar sobre el propio bienestar emocional. Las preguntas pueden incluir «¿Cuántas veces te sientes triste o frustrado?», o bien «Cuando te sientes incómodo, ¿qué haces para sentirte mejor?».

Materiales. Cuestionarios en formato papel o en formato digital, respuestas anónimas para respetar la privacidad.

Frecuencia. Cada tres meses, conforme a las necesidades.

Sesiones de Arte de contar (*Storytelling*) Personal. Fomentar la compartición de experiencias personales en un ambiente de seguridad y respeto en el que los jóvenes puedan escuchar y compartir historias de progreso y superación de las dificultades. En pequeños grupos, se invita a los jóvenes a que cuenten una historia personal significativa, por ejemplo, la superación de un momento difícil o una situación en la que se han sentido apreciados. Tras cada compartición, el grupo expresa comentarios positivos y preguntas de apoyo, siempre respetando el límite impuesto por cada participante.

Materiali. Ambiente acogedor, grabadora vocal (si lo permiten los participantes) para escuchar y luego discutir.

Frecuencia. Encuentros mensuales o según la petición del grupo.

Actividad de Visualización del Futuro (representación visual o panel) (*Vision Board*). Ayudar a los jóvenes a crear una visión positiva y motivante del futuro, mejorando la esperanza y la motivación para el logro de sus propios objetivos. Esto significa que los participantes construyen un panel con imágenes, palabras o símbolos que representan sus sueños y objetivos futuros. Pueden recortar imágenes de revista o dibujar símbolos que representen lo que desean alcanzar.

Materiali. Revistas, tijeras, pegamento, cartulina, marcadores y material de dibujo.

Frecuencia. Actividad anual o semestral, útil para reevaluar y actualizar las propias aspiraciones.



CAPÍTULO

10

Acoso escolar

10.1

CÓMO RECONOCER EL ACOSO ESCOLAR

El acoso escolar es una manifestación de violencia

La Declaración Universal de los Derechos del Niño afirma en sus artículos que el niño tiene derecho a la instrucción y a la protección contra toda práctica que pueda incentivar la discriminación racial, religiosa o de cualquier otro tipo ..., tiene derecho a la educación dentro de un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, etc. La sana convivencia escolar es un derecho y un deber de todos los miembros de la comunidad educativa, cuya base fundamental es la dignidad del individuo.

La intimidación o el acoso escolar (*bullying*) puede definirse como un **comportamiento negativo (desagradable, ofensivo) repetido e intencional, por parte de una o varias personas, dirigido a una persona que tiene dificultades para defenderse.**

Según esta definición, el fenómeno del acoso puede ser descrito como:

- Comportamiento agresivo o tenso destinado para dañar a alguien intencionalmente.
- Comportamiento repetido durante un tiempo.

- En una relación interpersonal caracterizada por un desequilibrio de poder o fuerza percibido y real.

Parece que el acoso escolar se produce sin una aparente provocación por parte de la persona que es la víctima (*target*). Esta definición deja claro que el acoso puede ser entendido como una forma de abuso entre pares. Lo que lo diferencia de otras formas de abuso es el contexto donde se produce y las características de la relación entre las partes que interactúan.

El acoso es cualquier intimidación o agresión física, psicológica o sexual de manera repetida dirigida a una persona en edad escolar, producida para causar daños, miedo y/o angustia a la víctima o a un grupo de víctimas (W.H.O. y ONG internacional Bullying Without Borders).

Los actores involucrados en situaciones de acoso escolar

Además del acosador y la víctima, hay otras personas que participan, aunque sea indirectamente. A continuación, describimos brevemente a los actores involucrados:

[1] La tipología de *víctima* más frecuente es la de las víctimas pasivas o sumisas que suelen tener las siguientes características:

- Son cautelosas, sensibles, tranquilas, encerradas en sí mismas y tímidas.
- Son ansiosas, inseguras, infelices, y tienen baja autoestima.
- Son deprimidas y cultivan ideaciones suicidas con mucha más frecuencia que sus coetáneos.
- A menudo no tienen amigos y se relacionan mejor con los adultos que con sus pares.
- Si son varones, por lo general, son físicamente más débiles que sus pares.

Hay también otro grupo de víctimas menos numeroso: las víctimas agresivas o víctimas del acoso, caracterizadas por una combinación de modelos de respuesta tanto ansiosa como agresiva. Estos jóvenes tienen, a menudo, problemas de concentración, pueden tener dificultades de aprendizaje y se comportan de tal manera que crean irritación y tensiones a su alrededor. Algunos se caracterizan por ser hiperactivos y no es infrecuente que su comportamiento sea provocador para muchos estudiantes de la clase.

[2] Por otra parte, hablemos un poco sobre el *acosador o matón*, que presenta con frecuencia las siguientes características:

- Impelente necesidad de comportarse a su manera, de dominar y someter a los otros estudiantes.

- Son impulsivos y se enfadan fácilmente.
- Muestran poca empatía hacia sus compañeros, convertidos en víctimas.
- A menudo son rebeldes y agresivos con los adultos, incluidos educadores y padres.
- Con frecuencia están implicados en otras actividades antisociales o transgresivas como el vandalismo, la delincuencia y el consumo de droga.
- Si son varones, por lo general, son físicamente más fuertes que sus víctimas.

Se pueden detectar algunas características psicológicas subyacentes al acoso escolar. En primer lugar, los acosadores tienen una marcada necesidad de poder y dominio: controlan y someten a los demás. En segundo lugar, si se consideran las condiciones familiares en las que han crecido muchos de ellos (Olweus, 1993), pueden que hayan desarrollado cierto grado de hostilidad hacia el entorno; dichos sentimientos e impulsos pueden llevarlos a obtener satisfacción en infligir daño y sufrimiento en los otros. En tercer lugar, hay un componente instrumental o beneficioso en su comportamiento: los acosadores obligan con frecuencia a las víctimas a que les proporcionen dinero, cigarrillos, cervezas y otros objetos de valor.

[3] *Los testigos:*

- Son espectadores que pueden ponerse del lado del agresor o bien defender a la víctima.
- Podrían reforzar las molestias.
- Podrían ignorar la situación.

[4] *El centro educativo puede ser:*

- La organización interna.
- El escenario.
- El agente activo de abuso.
- Quien asume una posición.
- Quien implementa políticas de prevención y gestión de los casos.
- Quien es capaz de solucionar los conflictos.

[5] *La sociedad tiene responsabilidades por cuanto:*

- Ser socialmente vulnerables facilita la vulnerabilidad en el centro educativo, que se convierte en un reflejo de la sociedad.
- Niega el problema.

Los síntomas del acoso escolar

La víctima de acoso escolar manifiesta una variedad de síntomas y señales que pueden manifestarse de diferentes maneras: molestias físicas, psicológicas, verbales, se-

xuales o ciberacoso. A continuación, presentamos tres categorías principales: físicas, comportamentales y emocionales.

«No se puede obtener una instrucción inclusiva y equitativa para todos si los niños no pueden aprender en centros educativos seguros y libres de toda violencia, incluida la cometida por alumnos, educadores y otro personal escolar, así como los castigos corporales» (UNESCO 2020).

[1] Las personas víctimas de acoso escolar pueden experimentar efectos físicos (**síntomas físicos**), relacionados a menudo con el estrés crónico y la ansiedad que genera el acoso. Entre los síntomas físicos más comunes se encuentran los frecuentes dolores de cabeza, dolores de estómago y otros trastornos gastrointestinales sin causa aparente. Además, el permanente estado de tensión puede manifestarse a través de trastornos como la insomnio, pesadillas o dificultades para conciliar el sueño. También es común el cansancio crónico relacionado con la falta de horas de sueño o la ansiedad. En algunos casos más extremos, se pueden notar moretones o heridas físicas que el/la chico/chica podría tratar de esconder por miedo o vergüenza.

[2] El acoso escolar a menudo conduce a **síntomas comportamentales**, es decir, cambios significativos en la conducta de la víctima. Se puede notar una caída repentina en el rendimiento académico debido a que la persona puede volverse desinteresada o tener dificultades para concentrarse. La ansiedad y el estrés asociados pueden conducir también a un aumento del ausentismo dado que la víctima trata de evitar el centro educativo u otros entornos donde se producen los episodios de acoso. Otra manifestación comportamental es el aislamiento social: la víctima puede comenzar a evitar las actividades sociales y preferir estar sola, evitando a los amigos y familiares. Algunas víctimas desarrollan una especie de fobia a determinados lugares o situaciones relacionadas con el acoso, como, por ejemplo, acudir al colegio o instituto, o bien coger el autobús.

Por otra parte, es posible observar comportamientos autodestructivos, por ejemplo, el intento de dañarse físicamente o el recurso al consumo de alcohol y drogas para aliviar el sufrimiento emocional. Cambios en los hábitos alimentarios, como pérdida del apetito o comilonas compulsivas, pueden ser otro indicador del malestar psicológico y comportamental.

[3] Las víctimas de acoso desarrollan con frecuencia signos de depresión y ansiedad que pueden variar según la gravedad. Se trata de **síntomas emocionales**. Pueden mostrarse tristes o melancólicas la mayor parte del tiempo, manifestando una fuerte sensación de impotencia y escasa autoestima. Con frecuencia se sienten inadecuadas o culpables y llegan a creer que el acoso sea, de alguna manera, provocado por ellas mismas. En situaciones prolongadas, pueden presentarse pensamientos suicidas que

representan una señal de advertencia grave. La persona puede ser, además, fácilmente irritable, tener arrebatos de ira o explosiones emocionales que parecen no proporcionadas a la situación.

Las víctimas pueden tener también dificultades para expresar claramente sus sentimientos, tratando de disimular su propio dolor. Esto puede conducir a un desinterés aparente o apatía con respecto a muchas actividades que anteriormente le resultaban placenteras, condición denominada anhedonia.

Prevalencia

El acoso escolar se ha convertido en un problema de salud pública que afecta a niños y adolescentes, independientemente de su estatus social, edad, raza, sexo y religión. La Organización de las Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la cultura (Unesco) ha demostrado que alrededor de 246 millones de niños y jóvenes en el mundo sufren alguna forma de violencia escolar, la más común es el acoso.

Según el estudio oficial de la ONG internacional *Bullying Without Borders* para las Américas, Europa, Asia, Oceanía y África (enero de 2022 –abril de 2023):

- 6 de cada 10 niños sufren diariamente alguna forma de acoso y ciberacoso o acoso cibernético.
- El acoso y el acoso cibernético han empeorado en países como México, Estados Unidos de América y España.

Un estudio de la UNESCO en 144 países (2020) muestra que:

- Uno de cada 10 estudiantes en el mundo es víctima de acoso.
- Una de las principales consecuencias para las víctimas se presenta en los resultados escolares: la probabilidad de no asistir a clase es doble.
- El acoso tiene un impacto también en la salud.
- La UNESCO advierte asimismo sobre los probables efectos negativos en el bienestar y la salud.

200.000 niños y adolescentes en todo el mundo pierden la vida cada año a causa del acoso y del acoso cibernético. La agencia ha advertido:

«Los jóvenes que son víctimas de acoso tienen el doble de probabilidades de sentirse solos, de no poder dormir por la noche y hasta de tener pensamientos suicidas».

Además de estos datos sabemos que:

- El 85% de los casos se produce en los centros educativos.
- El 82% de los niños con discapacidad es víctima de acoso escolar.

- El 74% de los niños entre 8 y 14 años ha sido víctima de acoso escolar al menos una vez.
- Más del 90% de los actos de acoso escolar no se comunican a los educadores.
- El 60% o más de los acosadores será protagonista de al menos un episodio criminal en edad adulta.
- 3 millones de niños no acuden a clase cada mes a causa del acoso escolar.
- 9 de cada 10 chicos homosexuales sufren acoso a causa de su orientación sexual.

Respecto del acoso cibernético:

- Según datos de 7 países europeos, entre 2010 y 2014 el porcentaje de chicos entre 11 y 16 años víctima de acoso cibernético ha aumentado del 7% al 21%.
- Aunque se produce en el universo «virtual», el ciberacoso tiene consecuencias muy reales en la salud de los niños...
- El acoso escolar y el ciberacoso son directamente responsables de 200.000 muertes.
- Redes sociales como Facebook, Twitter, Instagram y WhatsApp están creando un entorno enfermo y peligroso entre niños, adolescentes y jóvenes.
- El acoso en las redes sociales es difícil de controlar y no existe una legislación nacional o internacional que proteja a las víctimas.

10.2

CAUSAS QUE CONCURREN A LAS SITUACIONES DE ACOSO ESCOLAR

Los **factores desencadenantes y motivaciones** que empujan a un individuo a realizar actos de intimidación son múltiples y pueden variar de caso en caso. Algunas de las razones principales incluyen:

[1] Necesidad de ejercer poder y control. Muchos acosadores tratan de ejercer poder sobre los demás para sentirse fuertes y dominadores. Esto puede ser el resultado de inseguridades personales o de un entorno en el que se considera el poder como un signo de éxito y superioridad. En estos casos, el acoso se convierte en un medio para afirmar la propia posición social y controlar a los demás.

[2] Conformidad grupal y presión social. El acoso se manifiesta a menudo dentro de un grupo donde sus miembros adaptan sus actitudes, creencias y comportamientos a las normas del grupo para sentirse aceptados y respetados por sus pares. En estos contextos, el acosador actúa para conformarse a las expectativas del grupo, en especial du-

rante la adolescencia cuando la aprobación social es particularmente significativa. Incluso quien no inicia el acoso puede ser inducido a participar para evitar la marginación.

[3] Envidia y celos. Algunos episodios de acoso esconden sentimientos de envidia o celos.

Si un individuo percibe que un compañero tiene más éxito en el entorno escolar, social y hasta familiar, puede utilizar el acoso como una forma para menoscabarlo y sentirse menos inadecuado.

[4] Experiencias personales de violencia y marginación. Muchos acosadores han tenido, a su vez, experiencias traumáticas o de marginación. En estos casos, el acoso puede representar un intento de recuperar el control o desahogar su frustración y rabia en alguien que se percibe como más débil. En ocasiones, quien ha sido víctima de acoso en el pasado puede convertirse en un acosador para no volver a vivir aquellas experiencias o para protestar.

[5] Falta de empatía y problemas emocionales. Algunos individuos acosan porque no consiguen percibir el dolor y sufrimiento que causan en los demás. La falta de empatía, combinada con un escaso manejo de las propias emociones, puede conducir a comportamientos agresivos. En particular, los jóvenes que tienen dificultades para manejar la rabia o frustración pueden actuar de una manera impulsiva y agresiva.

[6] Diversión y ganas de entretenimiento. En algunos casos el acoso puede estar motivado por el simple deseo de divertirse. Algunos acosadores, sobre todo los más jóvenes, pueden ver el dolor y la humillación ajenas como fuente de entretenimiento. Esta motivación está relacionada a menudo con una falta de reconocimiento de las consecuencias de las propias acciones y la ausencia del sentido de responsabilidad.

[7] Sensación de impunidad. Por último, el acoso puede estar motivado por la percepción de poder actuar sin consecuencias. En contextos donde no hay sanciones claras o donde los adultos no intervienen inmediatamente, los acosadores pueden creer que sus acciones no serán castigadas y, de esta manera, los comportamientos agresivos se incentivan ulteriormente.

10.3

SEÑALES DE ALARMA DEL ACOSO ESCOLAR

Las señales arriba indicadas pueden observarse en la manera de comportarse de la persona, en sus relaciones sociales, en los hábitos tecnológicos y en su estado de salud en general.

[1] El uso de la tecnología desempeña un rol crucial en el acoso moderno, en especial con la difusión del ciberacoso. Por ello es posible hablar de **indicadores tecnológicos**. Las víctimas pueden manifestar varias señales relacionadas con la utilización de los dispositivos electrónicos. Por ejemplo, se puede notar un aumento o disminución drástica del uso del teléfono, tableta u ordenador. En algunos casos, la víctima puede obsesionarse con revisar constantemente las notificaciones por el temor de más ataques o mensajes ofensivos. Al contrario, otras personas podrían evitar totalmente el uso de la tecnología por temor a supuestos abusos a través de las redes sociales o plataformas de mensajería.

Otro indicador significativo es el cambio en los hábitos online. La víctima puede de repente dejar de participar en las redes sociales o eliminar totalmente sus propios perfiles. También es común ver que la persona cambia con frecuencia su propio número de teléfono o sus contraseñas en el intento de huir de los agresores. Además, un repentino e inexplicable aumento del tiempo que se transcurre en línea puede sugerir que la víctima esté buscando protección o apoyo, o bien que esté enfrentando nuevos episodios de acoso digital.

[2] A menudo el acoso tiene un gran impacto en las relaciones sociales de la víctima, por lo que los **cambios en las relaciones sociales** son otra señal de advertencia. Muchos individuos afectados comienzan a evitar amistades que anteriormente eran importantes y desarrollan una fuerte desconfianza hacia sus compañeros y las personas en general. Este comportamiento puede ser el resultado del hecho de que la víctima ya no se siente segura en quién confiar, especialmente si sus amigos la han traicionado o se han burlado de ella.

En el entorno familiar, la víctima puede mostrarse distante y no comunicativa, rehúsa hablar de lo que está ocurriendo o minimiza el problema cuando se le pide que hable sobre él. En otros casos, la víctima puede buscar apoyo constante en los padres o familiares por temor a enfrentar sola el contexto escolar o social.

El impacto en las compañías sociales puede ser evidente también cuando la víctima tiende a gravitar en torno de personas más jóvenes o menos populares para intentar desviar la atención no deseada. En algunos casos, la víctima puede optar por frecuentar entornos online para buscar comprensión y apoyo de grupos o comunidades virtuales aun a riesgo de otros episodios de acoso.

Los comportamientos de los compañeros pueden ser, además, los siguientes:

- Chistes desagradables, insultos, humillaciones, etc.
- Mensajes o correos ofensivos o amenazantes.
- Asignación de sobrenombres descalificativos.
- Exclusión de fiestas o actividades fuera del centro educativo.
- Aislamiento.
- Burlas a causa de la ropa, el aspecto, los ademanes, ...

El 75% de los niños y adolescentes que han sufrido y siguen sufriendo actos de acoso escolar y ciberacoso presenta situaciones relacionadas con enfermedades mentales como depresión, ansiedad, bulimia o anorexia.

10.4

PRINCIPALES MITOS Y FALSAS CREENCIAS ACERCA DEL ACOSO ESCOLAR

Cualquier conflicto entre alumnos debe considerarse un acto de acoso. FALSO

Para considerarlo como tal, los eventos deben mantenerse en el tiempo (repetirse), debe existir un desequilibrio de poder entre la víctima y el acosador, debe haber una intención de hacer daño por parte de este último, que se encuentra en una situación de defensa.

Las víctimas son las personas jóvenes. FALSO

El acoso es una situación que puede involucrar a cualquier persona, independientemente del nivel cultural, social o económico.

No es común entre las mujeres. FALSO

Los casos de acoso no difieren entre los géneros. Se trata de una diferencia en el modo de actuar. La persona agresiva masculina utiliza en su mayoría la agresividad física, mientras la persona agresiva femenina utiliza más la agresión verbal o social. Hay una neta diferencia en el comportamiento de las mujeres, que son las más vulnerables.

Los acosadores siempre son «chicos malos». FALSO

Los acosadores pueden ser niños o adolescentes con dificultades relacionales que tratan de manejar inseguridades o problemas personales a través del control sobre los demás. No son «malos», sino necesitan ayuda para comprender y modificar sus comportamientos.

El ciberacoso no es tan grave como el acoso físico. FALSO

El ciberacoso puede ser igual o más devastador. Los contenidos en línea se difunden y permanecen visibles durante largo tiempo, incrementando de esta manera la humillación y aislamiento de las víctimas.

Factores de protección que pueden prevenir la manifestación de situaciones acoso escolar

[1] Para acompañar es necesario hacerlo a partir de algunos factores que pueden *proteger a las posibles víctimas* de este fenómeno:

- Uno de los factores de protección más importantes es una **autoestima fuerte o elevada**. Los niños o adolescentes con una buena percepción de sí mismos y confianza en las propias capacidades tienden a enfrentar mejor las situaciones de conflicto y son menos vulnerables a los ataques de los acosadores.
- Otro factor clave es el **apoyo familiar**. Las víctimas que tienen padres atentos, presentes, que escuchan sus problemas y los apoyan tienen mayores posibilidades de pedir ayuda y superar las dificultades relacionadas con el acoso.
- También **las relaciones positivas con los coetáneos** representan un recurso importante. Contar con un grupo de amigos de confianza o incluso solo una persona de referencia en la red social puede brindar una sensación de seguridad y protección, además de reducir el riesgo de aislamiento que, a menudo, hace que sea más fácil convertirse en objetivo de los acosadores.
- **El respeto recíproco y la empatía**, favoreciendo la comprensión y aceptación de las diferencias. En este sentido se asume la responsabilidad individual y colectiva, animando a cada joven a cuidar de los demás e intervenir en caso de comportamientos agresivos o discriminadores.
- Un **entorno escolar seguro e inclusivo** puede actuar como un factor poderoso de protección. Cuando el centro educativo tiene políticas claras contra el acoso escolar, un personal atento y un clima de respeto e inclusión, los chicos se sienten más seguros y protegidos.
- **La gestión emocional**, brindando herramientas para expresar las propias emociones de una manera sana y positiva, evitando comportamientos violentos.
- La consciencia y la sensibilización puesto que es fundamental que todos los chicos comprendan **lo que es el acoso escolar** y reconozcan sus diferentes formas.

[2] **Factores de protección para los acosadores.** Para prevenir que los chicos se conviertan en acosadores, es esencial intervenir precozmente en varios aspectos.

Uno de los factores más eficaces es la **presencia de modelos positivos**, de padres, educadores o entrenadores que enseñan el respeto, la empatía y el diálogo como he-

ramientas para solucionar los conflictos. Cuando los jóvenes ven comportamientos constructivos en los adultos de referencia, son más propensos a reproducirlos en las relaciones con sus coetáneos.

Otro factor de protección es la **capacidad de manejar las emociones**. Programas educativos que ayuden a los niños y adolescentes a desarrollar competencias sociales y emocionales, como, por ejemplo, la regulación de la rabia y la empatía, pueden reducir la probabilidad de que un joven adopte comportamientos agresivos. La **super-visión atenta de los adultos**, tanto en familia como en el centro educativo, es crucial para prevenir actos de acoso. En contextos donde los adultos monitorean atentamente los comportamientos e intervienen de inmediato, los acosadores tienen menos ocasiones de actuar sin consecuencias.

[3] Por otra parte, prevenir el acoso en los entornos educativos **requiere un enfoque integrado que involucre no solo a los chicos, sino también a los educadores, los padres y la comunidad educativa entera**. Las intervenciones educativas deben fijarse el objetivo de crear un ambiente de respeto e inclusión mediante el desarrollo de competencias sociales y emocionales en los chicos. A continuación, presentamos algunas intervenciones eficaces con sus correspondientes aplicaciones prácticas:

- **Educación socioemocional.** Una intervención educativa fundamental es la integración de la educación socioemocional en el currículum escolar. Este tipo de educación ayuda a los chicos a que reconozcan y gestionen las propias emociones, desarrollen empatía hacia los demás y construyan relaciones positivas. Por ejemplo, los centros educativos pueden implementar programas que incluyan actividades de juego de roles (*role-playing*) donde los chicos desempeñen los papeles de acosador, víctima y observador para iniciar luego una discusión sobre las emociones y consecuencias de los comportamientos agresivos. De esta manera, los chicos aprenden a ponerse en el lugar de los demás y obtienen una comprensión más profunda del dolor que causa el acoso.
- **Formación del personal educativo.** Otro paso crucial es la formación del personal educativo. Los educadores deben estar bien equipados con estrategias que identifiquen y enfrenten los comportamientos de acoso. Las sesiones de formación pueden incluir simulaciones de situaciones de acoso, discusiones sobre cómo intervenir con eficacia y cómo apoyar a las víctimas. Por ejemplo, un docente podría aprender a detectar los signos de malestar en sus alumnos y a intervenir de inmediato hablando en privado con la víctima y, si fuera necesario, involucrando a los padres.
- **Creación de políticas anti-acoso.** Los centros educativos deberían desarrollar e implementar políticas anti-acoso que sean claras y compartidas. Estas políticas deben definir en qué consiste el acoso, las consecuencias para los acosadores y el apoyo a las víctimas. Por ejemplo, un centro educativo podría crear un código

de conducta que todos los alumnos deben firmar al comienzo del año escolar, reconociendo su importancia para crear un entorno seguro y respetuoso. Las políticas deberían estar bien visibles y ser accesibles, por ejemplo, mediante carteles colgados en la clase y en los pasillos.

- **Iniciativas de participación de los jóvenes.** Animar a los jóvenes a ser promotores activos del cambio es otra intervención eficaz. Los centros educativos pueden crear equipos de trabajo o comités anti-acoso formado por alumnos que han demostrado interés y compromiso en ello. Estos grupos pueden organizar eventos, como, por ejemplo, jornadas de sensibilización en las que se aborden temas relacionados con el acoso y se fomenten los valores del respeto y de la inclusión. Un ejemplo concreto podría ser una «Semana de la Amabilidad» durante la cual se anima a los chicos a practicar actos de bondad y a compartir sus propias experiencias positivas.
- **Actividad de construcción de un equipo (*team building*).** Las actividades que tienden a la construcción de un equipo pueden contribuir a fortalecer los lazos entre los alumnos y, de esta manera, reducir el riesgo de acoso. Los centros educativos pueden organizar excursiones, deportes de equipo o proyectos colaborativos en los que los jóvenes trabajen juntos para un logro común. Por ejemplo, un proyecto comunitario de jardinería puede animarlos a que colaboren y desarrollen un sentido de responsabilidad y pertenencia. Estas experiencias compartidas pueden mejorar la cohesión grupal y crear un entorno donde el acoso sea menos probable.
- **Creación de espacios seguros.** Los centros educativos también deberían crear espacios seguros donde los alumnos puedan expresar libremente sus propias preocupaciones. Esto puede incluir la creación de «horas de escucha» durante las cuales los chicos pueden reunirse con un psicólogo o un enseñante de confianza para tratar sobre problemas relacionados con el acoso. Además, la implementación de un sistema anónimo de denuncia de los episodios de acoso puede ayudar a los jóvenes a sentirse más seguros e indicar comportamientos problemáticos sin temor de represalias.
- **Colaboración con las familias.** Involucrar a las familias es esencial para una estrategia de prevención eficaz. Los centros educativos pueden organizar encuentros o talleres (*workshop*) para instruir a los padres sobre cuáles son los signos de acoso y sobre cómo deben apoyar a sus hijos. Un ejemplo podría ser un encuentro dedicado a los padres para reflexionar sobre la importancia de fomentar la empatía y el respeto en la familia, además de suministrar información sobre cómo enfrentar posibles episodios de acoso señalados por sus propios hijos. Crear una línea de comunicación abierta entre el centro educativo y la familia amplía la red de protección.
- **Monitoreo y evaluación.** Finalmente, es de suma importancia monitorear y evaluar la eficacia de las intervenciones educativas implementadas. Los centros educativos pueden realizar encuestas entre los alumnos para recibir retroalimentación (*feed-*

back) acerca de la atmósfera escolar y de la actitud frente al acoso. Esta información puede ser una guía para posibles modificaciones de los programas y de las políticas adoptadas. Por ejemplo, si una encuesta muestra que los alumnos no se sienten seguros cuando señalan episodios de acoso, el centro educativo puede revisar el propio enfoque de información de casos y mejorar los sistemas de apoyo.

Intentemos resumir, de una manera rápida y concisa, en un decálogo lo que deberíamos hacer y pensar ante el acoso:

1. Los acosos no son una «broma».
2. Cualquier persona puede cometer y sufrir acoso y ciberacoso.
3. En las situaciones de acoso todos desempeñan un rol.
4. Los chicos y chicas son diferentes cuando se trata de agresividad.
5. El acoso entre los jóvenes es un problema de salud que afecta a todos.
6. El chico o chica víctimas de acoso necesitan ayuda.
7. También el chico o chica que agrede necesita ayuda.
8. Para interrumpir esta situación se necesita una actitud decisiva.
9. Se trata de derechos fundamentales.
10. La colaboración de la familia es esencial.



Técnicas para trabajar a fondo en los distintos aspectos relacionados con el acoso escolar

Las acciones educativas que pueden llevar a cabo los educadores incluyen varias actividades de grupo e individuales, herramientas de evaluación y recursos educativos específicos:

[1] Encuentros

Encuentro con la víctima:

- Manifestar que se comprende la dificultad para hablar de lo que ha ocurrido o está ocurriendo, pero también la importancia y necesidad de hacerlo.
- Hablad con calma y evitad de echar la culpa a vosotros mismos por lo que ha ocurrido o está ocurriendo.
- No habléis demasiado y escuchad con atención y empatía.
- Dejemos en claro que ¡no queremos agrandar el problema!



Algunas preguntas

¿Cómo te encuentras? ¿Cómo te sientes en la escuela/ centro educativo?
¿Qué te preocupa?

¿Qué ha ocurrido?
 ¿Dónde y cuándo?
 ¿Quién ha sido?
 ¿Por qué crees que lo hacen?
 ¿Alguien ha visto lo que ha ocurrido?
 ¿Quién conoce la situación?
 ¿Se lo has dicho a alguien? ¿A quién?
 ¿Alguien puede ayudarte?
 ¿Desde cuándo ocurren estas situaciones?
 ¿Cómo se siente uno cuando ocurren estas cosas?
 ¿Qué se puede hacer cuando ocurre esto?
 ¿Cómo crees que se puede solucionar este problema?



Mensajes clave

No sois responsables de lo que ha ocurrido.
 No estáis solos.
 Creemos en vosotros.
 Nadie tiene el derecho de haceros sentir en culpa.
 Podemos ayudaros.

Encuentro con el agresor:

- Hablar con calma, usando un tono de voz respetuoso y no agresivo, evitando las discusiones que crean resistencia.
- Evitar las valoraciones morales y los juicios.



Algunas preguntas

¿Cómo te sientes en la escuela/ centro educativo? ¿Qué preocupaciones tienes?
 ¿Te llevas bien con tus compañeros?
 Me han dicho que días pasados ocurrió algo con X.... ¿Que ocurrió? ¿Dónde y cuándo? ¿Por qué crees que ocurrió? ¿Cómo te sientes cuando ocurren estas cosas? ¿Cómo crees que se siente X? ¿Cómo crees que se puede solucionar este problema? ¿Crees que la agresión entre los compañeros es un problema en la escuela? Para ti, ¿cuáles son las formas más frecuentes de acoso entre los compañeros? ¿Ocurren a menudo estas cosas? ¿Por qué crees que algunos chicos y algunas chicas hacen estas cosas? ¿Tú lo has hecho alguna vez? ¿Crees que puede ser considerado un acoso y/ o ciberacoso lo que le ocurrió a X....?



Mensajes clave

Es importante ser conscientes de las propias acciones.
 Prueba a ponerte en lugar de quien sufre acoso.

La aceptación por parte de los demás se puede obtener de otra manera.
Lo que puedes hacer para recuperar y remediar el daño hecho.
La capacidad de cambiar privilegio de los fuertes.

Encuentro con los observadores (*watchers*)

- Sensibilizar a los coetáneos acerca del fenómeno del acoso escolar y del ciberacoso, fomentando la empatía hacia las víctimas.
- Contribuir a romper la ley del silencio para visualizar situaciones de acoso o ciberacoso que permanecen ocultas ante los ojos de los adultos.
- Incentivar a la identificación de quien es víctima de acoso y de quien es acosador.
- Tratar de involucrarlo brindando ayuda para transformar el rol de espectador pasivo en colaborador activo.
- Garantizar la confidencialidad.



Algunas preguntas

¿Cómo os habéis sentido tras asistir al acto de acoso?
¿Cuál fue vuestra reacción en ese momento? ¿Habéis hecho o dicho algo?
¿Qué es lo que impidió vuestra intervención (si no habéis hecho nada)?
¿Habéis pensado cómo se sentía la víctima en ese momento?
Si hubieras estado en lugar de la víctima, ¿qué habrías hecho?
¿Creéis que el acosador si hubiera comportado de otra manera si alguien hubiera intervenido?
¿Habéis tenido ocasión de hablar con la víctima u ofrecerle ayuda después del episodio de acoso?
Si volviera ocurrir un episodio similar, ¿qué creéis que podríais hacer?



Mensajes clave:

Lo que está ocurriendo no es una broma.
Lo que ocurre repercute en vosotros.
Todos somos corresponsables.
¿Qué pensáis que siente quien sufre comportamientos negativos?
La fuerza de cambiar las cosas está en el grupo.

Encuentro con la familia

- Estos coloquios deben tener lugar por separado con las familias de los alumnos involucrados.
- Es importante que se haga una presentación clara y que haya una comunicación serena.
- Es importante utilizar herramientas de comunicación adecuadas (empatía, mensajes en primera persona, etc.) para no alarmar en exceso a la familia.

- Es importante dejar en claro que el centro educativo y la familia tienen el mismo objetivo y que, por este motivo, se requiere el compromiso y colaboración de esta última.
- Se sugiere transmitir la confianza de que las cosas pueden mejorar.
- Se sugiere concentrarse en los hechos y no en la persona, y evitar el juicio y la culpabilización de la familia.

[2] Cuestionarios anónimos para evaluar la percepción del acoso. Los cuestionarios anónimos son una herramienta eficaz para obtener una visión de conjunto del clima escolar y de la presencia de posibles episodios de acoso. Los alumnos pueden responder a preguntas que exploran tanto la percepción del fenómeno dentro del centro educativo como la experiencia directa. Preguntas prácticas sobre varios aspectos podrían incluir:

? Preguntas sobre la percepción del acoso en general

- Para ti, ¿es muy común el acoso en nuestra escuela/centro educativo?
- ¿Qué formas de acoso son para ti las más comunes (¿físico, verbal, online, de exclusión)?
- ¿Crees que el acoso es un problema serio en nuestra escuela/centro educativo?

Preguntas sobre experiencia personal

- ¿Alguna vez has sido víctima de acoso? Si la respuesta es sí, explicar de qué manera.
- ¿Alguna vez has asistido a episodios de acoso? Si la respuesta es sí, ¿cómo has reaccionado?
- En caso de acoso, ¿te sientes cómodo si pides ayuda a un educador o a un adulto?
- ¿Piensas que los educadores intervienen de manera adecuada para impedir el acoso?

Preguntas sobre el clima escolar y social

- ¿Te sientes aceptado y respetado por tus amigos?
- ¿Crees que hay bastante información sobre lo que se debe hacer en caso de episodios de acoso?
- ¿Consideras que en nuestra comunidad hay actividades y proyectos para prevenir el acoso?

Preguntas sobre las dinámicas de grupo y de apoyo entre pares

- ¿Alguna vez has visto que alguien interviene para impedir un episodio de acoso? Si la respuesta es sí, ¿de quién se trata (amigos, otros compañeros, educadores)?

- ¿Alguna vez has apoyado o defendido a un amigo víctima de acoso? Si la respuesta es no, ¿qué te ha impedido hacerlo?
- ¿Consideras que hay un buen sentido de colaboración y respeto entre los alumnos?

Preguntas sobre el uso de las redes sociales y el ciberacoso

- ¿Alguna vez has recibido en las redes sociales mensajes o comentarios ofensivos de parte de amigos?
- ¿Crees que el ciberacoso es más o menos grave que el acoso «tradicional»?
- ¿Te sientes seguro al utilizar las redes sociales sin temor de ser víctima de acoso?

Preguntas sobre nuevas intervenciones y mejoras

- ¿Qué acciones crees que se pueden adoptar para prevenir el acoso?
- ¿Te gustaría tener momentos de reflexión o proyectos específicos para hablar sobre acoso?
- ¿Piensas que una campaña de sensibilización entre los chicos puede mejorar la situación?

[3] Programa de sensibilización en clase. Los educadores pueden dedicar un ciclo de encuentros sensibilizadores sobre el acoso, durante los cuales se examinan argumentos clave como la empatía, la inclusión y el respeto recíproco. Cada sesión podría incluir actividades prácticas, debates y reflexiones de grupo. Un ejemplo concreto: *Actividad «El acosador, la víctima y yo»*. Se les pide a los alumnos que imaginen cómo podrían sentirse en el lugar de la víctima, del acosador y del observador. Ellos pueden escribir sus emociones y compartir lo que sienten en pequeños grupos. Esta actividad ayuda a desarrollar la consciencia emocional y la empatía, y permite una mejor comprensión de las implicaciones del acoso.

[4] Taller sobre las emociones y la comunicación no violenta. Un taller específico dedicado al manejo de las emociones y a la comunicación asertiva puede ayudar a los chicos a expresar sus propios sentimientos sin recurrir a la violencia. Se pueden usar técnicas de comunicación no violenta y de escucha activa para enseñar a los chicos a expresarse sin herir a los demás.

Ejercicio «Yo hablo, tú escuchas». Se divide en parejas a los participantes; uno habla de las propias emociones o de una experiencia difícil y el otro escucha sin interrumpir, haciendo únicamente preguntas abiertas para aclarar. Al final, el segundo participante repite lo que ha entendido para asegurar que ha captado correctamente el mensaje. Esta técnica favorece la comprensión recíproca y refuerza la empatía.

[5] Creación de una Carta de Valores. Una carta de los valores compartida por la clase puede reforzar el sentido de comunidad y el compromiso recíproco de respeto y aceptación. La carta de los valores puede ser elaborada junto a los alumnos para que se sientan parte activa en la definición de normas sociales y de comportamiento.

Ejemplo práctico. Iniciar un debate abierto sobre lo que significa para ellos «respeto» y «aceptación». Los chicos pueden proponer algunos valores fundamentales y pautas que todos escribirán y firmarán para luego colgarlas en el aula como referencia constante. Este proceso les permite sentirse responsables e incentivados para respetar los compromisos asumidos.

[6] Proyectos de grupo para la creación de materiales de sensibilización. Crear proyectos de grupo con la realización de póster, vídeo o breves presentaciones de sensibilización acerca del acoso. Este tipo de proyectos desarrolla la colaboración entre los alumnos, les da voz para expresarse y transmitir mensajes positivos a los compañeros.

Ejemplo práctico. Se divide la clase en grupos y se le asigna a cada uno de ellos un tema diferente, como, por ejemplo, «¿Qué es el acoso?», «¿Cómo frenar el acoso?» y «La importancia de la empatía». Los grupos pueden utilizar carteles, vídeos o presentaciones digitales para transmitir sus mensajes y compartir el trabajo con el resto del centro educativo o de la comunidad.

[7] Programa de tutoría entre pares. Crear un sistema de tutoría en el que los estudiantes de mayor experiencia o formados puedan acompañar y brindar apoyo a los más jóvenes. Estos programas de mentoría (*peer mentoring*) son eficaces para crear un ambiente acogedor e inclusivo, especialmente para los recién llegados que podrían ser más vulnerables a episodios de acoso.

Ejemplo práctico. Formar un grupo de estudiantes con más experiencia y conocimientos (*senior*) que ayuden, orienten y guíen sobre cómo detectar e intervenir contra el acoso. Los tutores pueden organizar encuentros semanales con sus «protegidos» en los que se discutan sobre los desafíos cotidianos y se proporcionen sugerencias sobre cómo enfrentar posibles situaciones de malestar.

[8] Juego de roles (Role-playing). El juego de roles es una técnica práctica que permite que los chicos experimenten diferentes perspectivas del fenómeno: la de la víctima, la del acosador y la del observador. Esta actividad ayuda a los jóvenes a reflexionar sobre las consecuencias del acoso y sobre cómo se puede reaccionar en situaciones reales.

Ejemplo práctico. En una sesión de juego de roles se divide a los participantes en pequeños grupos y se le asigna a cada uno de ellos un guion en el que se describe una situación de acoso. En cada grupo, uno de los participantes interpretará a la víctima, otro al acosador, y uno o más estudiantes a los observadores; otro estudiante interpretará el papel de defensor. Tras la simulación, cada grupo reflexiona sobre lo que ha experimentado cada personaje y sobre probables soluciones alternativas para mejorar la situación. Esta actividad promueve la consciencia y anima a los jóvenes a tomar una postura contra el acoso.

[9] Encuentros periódicos de grupo focal (*focus group*) y discusión guiada. Organizar encuentros periódicos de discusión les permite a los chicos expresarse libremente acerca del clima escolar y de los problemas que perciben, y se les brinda un espacio seguro en el que discutir también sobre posibles episodios de acoso. Estos encuentros son guiados por un educador que modera la discusión y anima a hacer reflexiones constructivas.

Ejemplo práctico. Los encuentros pueden incluir preguntas del tipo «¿Cuáles son las situaciones que en la escuela/centro educativo te hacen sentir incómodo?», «¿Qué esperarías de tus compañeros y de los adultos para sentirte seguro?» y «¿Qué se podría hacer para mejorar el clima escolar?». Tras la discusión, los alumnos pueden formular propuestas concretas para ponerlas en práctica junto a los educadores.

[10] Redacción de un diario de las emociones. El diario de las emociones es una herramienta personal que les permite a los chicos reflexionar sobre sus propios sentimientos y anotar sus experiencias cotidianas. Anima a la autorreflexión y ayuda a desarrollar la conciencia emocional, de importancia crucial para detectar y gestionar situaciones difíciles, incluidos los episodios de acoso.

Ejemplo práctico. Los chicos pueden tener un diario en el que, al final de la jornada, escriban sobre cómo se han sentido, qué les ha hecho sentir de ese modo y qué piensan que se podría hacer para enfrentar situaciones similares en el futuro. El educador puede invitar periódicamente a quien lo desee a que comparta alguna reflexión anónima o general, usando estas ideas para discutir sobre estrategias de manejo emocional y solución de conflictos.

[11] Creación de un grupo de «Embajadores del Respeto». Los «Embajadores del Respeto» son estudiantes voluntarios que se comprometen a monitorear y promover un ambiente escolar positivo. Este grupo puede actuar como recurso para los chicos que se sienten aislados o están en dificultad; puede organizar también eventos y campañas de sensibilización contra el acoso.

Ejemplo práctico. Los embajadores, elegidos entre los chicos más sensibles y respetuosos, pueden recibir formación sobre cómo detectar situaciones de acoso e intervenir de manera segura. Pueden organizar, junto a los educadores, jornadas temáticas, como, por ejemplo, «Jornada de la amabilidad» o la «Semana de la Inclusión» durante las cuales promuevan actividades de grupo y pequeños eventos dirigidos a reforzar el sentido de pertenencia.

[12] Encuentros con expertos y testimonios directos. Invitar a los expertos, psicólogos o asociaciones especializadas en frenar el acoso, puede brindar a los chicos una perspectiva externa y autorizada sobre cómo enfrentar el problema. Los testimonios de ex víctimas o de personas que han superado situaciones de acoso pueden estimular a los jóvenes a pedir ayuda y a tomar una postura respecto del acoso.

Ejemplo práctico. Durante un encuentro con un experto, los chicos pueden hacer preguntas sobre cómo comportarse en caso de acoso y cómo manejar las propias emociones en situaciones difíciles. Un invitado que cuenta su propia experiencia como víctima y cómo ha encontrado el apoyo que necesitaba puede motivar a que los chicos se abran con los adultos en caso de dificultad.

[13] Proyectos interactivos para el respeto hacia las diferencias. Los proyectos que elogian las diferencias, como por ejemplo la creación de un «Muro de la Diversidad» donde cada estudiante escribe un rasgo único de sí mismo, pueden fortalecer la inclusión y ayudar a que los chicos se den cuenta del valor de las diferencias.

Ejemplo práctico. Los chicos pueden realizar un gran póster o mural con dibujos, mensajes e imágenes que representen las diferencias positivas de cada persona; pueden incluir también palabras como «empatía», «solidaridad». Esta actividad ayuda a crear un entorno acogedor en el que las diferencias son elogiadas y respetadas.

[14] Proyecciones y discusiones de películas sobre tema emocional. Favorecer el diálogo y la reflexión sobre temas relacionales y emocionales a través del análisis de películas que tratan temas asociados a las emociones, a las dificultades de los adolescentes y a la superación de momentos difíciles. Más adelante se indicarán algunas películas, aunque también podría ser interesante pedirles a los chicos que busquen otros títulos de películas y series sobre el tema.

Los educadores organizan la proyección de películas que tratan temas relacionados con el acoso o la dificultad de inclusión y luego sigue una discusión guiada. Durante la discusión, se plantean preguntas como «¿Qué personaje te impresionó más y por qué?», o bien «¿Cómo evolucionó la historia respecto del problema inicial?».

«**Come te nessuno mai**» («*Nunca nadie como tú*» en español) (1999) – Dirigido por Gabriele Muccino, narra las dinámicas y los problemas de los adolescentes durante la ocupación de un centro educativo. La película ofrece una visión de los problemas típicos de los adolescentes, de sus inseguridades y del deseo de pertenencia a un grupo.

«**Mean Girls**» («*Chicas malas*» en España; «*Chicas pesadas*» en Hispanoamérica) (2004) – Si bien se trata de una comedia, esta película explora los complejos juegos de poder y las dinámicas de exclusión entre los adolescentes de un centro educativo de Estados Unidos. Es una forma ligera pero efectiva para introducir discusiones sobre el acoso, la influencia de los grupos y la importancia de ser auténticos.

«**Cyberbully**» («*Acoso en la red social*» en español) (2011) – Una película que aborda el tema del ciberacoso a través de la historia de una adolescente víctima de acoso online. Es ideal para hablar sobre los retos y peligros de las redes sociales y sobre la importancia de ser conscientes de las propias acciones online.

«**Después de Lucía**» (2012) – Película dirigida por Michel Franco. Tras la muerte de su mujer Lucía, Roberto se traslada a Ciudad de México con su hija Alejandra de diecisiete años que frecuenta un centro educativo al que asisten los hijos de la alta burguesía. Durante una fiesta, Alejandra tiene relaciones sexuales con un compañero y la filman con un teléfono. Al día siguiente, se hace circular el filmado en el centro educativo y Alejandra se convierte en el hazmerreír de la clase, señalada como una muchacha fácil e insultada. Cada vez más aislada, durante una excursión escolar, Alejandra sufre humillaciones físicas por parte de las compañeras y es violada por los compañeros ante los ojos indiferentes de todos. Al límite de la resistencia, la muchacha huye y Roberto, mientras trata de localizar a su hija, planea una venganza implacable.

«**To This Day Project**» («*Hasta este día*» en español) (vídeo animado, 2013) – Un cortometraje animado basado en un poema de Shane Koyczan, ex víctima de acoso, que cuenta sus experiencias poéticamente y con profundidad. A pesar de su brevedad, es una poderosa herramienta para discutir sobre el impacto emocional del acoso y la importancia de escuchar y apoyar a la víctima.

«**La classe degli asini**» («*La clase de los burros*» en español) (2016) – Dirigida por Andrea Porporati. Basada en una historia real, la película cuenta la historia de una maestra que lucha por la inclusión de chicos marginados y con discapacidades en la escuela pública. Ofrece un punto de vista educativo acerca de la lucha contra la discriminación y permite una reflexión sobre los centros educativos como espacios de inclusión.

«**Wonder**» («*Extraordinario*» en español) (2017) – Basado en el libro homónimo de R. J. Palacio, cuenta la historia de Auggie, un chico con una deformación facial desde el nacimiento y su difícil inserción escolar. Es una película que promueve valores como la aceptación, la empatía y el respeto por las diferencias.

«**I ragazzi dello Zecchino d'Oro**» («*Los niños del concurso de canto*» en español) (2019) – Ambientada en los años '60, la película cuenta la historia de los chicos que participan en el famoso coro y sus experiencias de amistad, solidaridad y desafíos. Representa la importancia que tienen la comunidad y la colaboración, además de la inclusión y resiliencia.

«**Il ragazzo dai pantaloni rosa**» (2024) de Margherita Ferri. Basada en un hecho real, la película cuenta la historia de Andrea Spezzacatena, de quince años, víctima de acoso y ciberacoso homofóbico que se suicidó el 20 de noviembre de 2012.



Conclusiones

[1] Nuestros adolescentes y jóvenes son las señales de alarma de nuestro mundo herido y nos indican que nuestra sociedad y nuestro mundo pasan por graves dificultades. El bienestar de la población juvenil pone de relieve una prioridad en la educación: **la prevención, la detección y el acompañamiento/tratamiento de la enfermedad mental.**

Como hemos visto al comienzo, hay que señalar, además, que el estigma está presente en todas las esferas de una persona con un trastorno de salud mental: en el entorno educativo, pero también en familia, con la pareja, con las amistades, etc. Un estigma que perpetúa comportamientos discriminatorios y que, con frecuencia, se nutre de prejuicios y estereotipos presentes aún en los medios de comunicación, en las películas, en los libros y en las canciones que consumimos. Por lo tanto, se hace necesario activar procesos de **sensibilización en nuestros contextos educativos**, formar para trabajar sobre **atenciones educativas «nuevas»** que involucren a todos nuestros entornos y, sobre todo, a los jóvenes, a fin de que ellos puedan aportar cambios reales para erradicar el estigma social y estructural y, por consiguiente, el auto estigma en salud mental.

Precisamente, para dar comienzo a un proceso de conocimiento y acompañamiento en el entorno educativo, hemos abordado en esta guía algunos de los trastornos prevalentes y fuente de malestar en el mundo juvenil que asiste a nuestros centros educativos. Para nosotros los educadores, es fundamental promover y cuidar el bienestar emocional y mental.

En el cuidado de los chicos, además de la observación, hay algunas estrategias destinadas a fortalecer los lazos y la relación con ellos brindando un clima de confianza. Resumiéndolas como atenciones educativas, señalamos doce de ellas:

Al finalizar cualquier tarea o deber, preguntarles: «¿Cómo te ha ido?» «¿Te ha resultado muy difícil?»

Usar el sentido del humor, sonreír, reír y compartir momentos de relax con los chicos para ayudarles a sentirse más tranquilos y relajados en cualquier contexto.

Prestar atención a sus reacciones para comprender sus situaciones de vida.

Interesarse por sus aficiones y pasiones.

Personalizar las acciones educativas conforme a los destinatarios.

Escuchar sus opiniones y tenerlas en cuenta en los procesos educativos.
Explicar lo más complejo mediante metáforas o anécdotas.
Llamarlos siempre por su nombre.
Comenzar la clase, el encuentro de grupo o catequesis preguntándoles si alguien quiere contar algo que le ha ocurrido (5 minutos)
Comenzar cualquier encuentro con una anécdota graciosa o un chiste (5 minutos).
En caso de tener un mal día, compartirlo con la clase o el grupo.
Poner o compartir la música que gusta.

[2] «Educar la mente sin educar el corazón no es educar». El aforismo de Aristóteles es hoy día más relevante que nunca y respaldado por evidencias empíricas. Efectivamente, no existe ningún proceso de aprendizaje completamente vacío de emociones. La literatura científica de los últimos años ha mostrado que los sistemas emocionales y cognitivos están íntimamente ligados. De hecho, las emociones desempeñan un rol fundamental para determinar la calidad de la cognición.



Bibliografía

CAPÍTULO 2

- American Psychiatric Association (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Giorgio, D. (2015). *Il disturbo d'ansia sociale: Teoria e terapia*. Milano: Franco Angeli.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. L., & Becker, R. E. (2018). *Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder: Evidence and Practice*. New York: Guilford Press.
- Mazzarini, L., & Monteleone, P. (2016). *Ansia e fobia sociale: Comprendere e affrontare il disturbo*. Roma: Edizioni Erickson.
- Nardone, G., & Portelli, C. (2005). *Strategie per affrontare l'ansia sociale*. Roma: Tecniche Nuove.
- Riva, P. (2019). *Ansia sociale: Come affrontarla e superarla*. Milano: Sperling & Kupfer.

CAPÍTULO 3

- Bañuelos M, Planella M, de Giacomí F., *Trastornos afectivos (I): Síndrome depresivo en AAVV, Hospitalización psiquiátrica breve. Manual Clínico*. Editorial Panamericana, Madrid 2019.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. *The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. JAMA. 2003;289(23):3095-105
- Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Rodríguez A, Fernández A, Pinto-Meza A, Vilagut G, et al. *Use of primary and specialized mental health care for a major depressive episode in Spain by ESEMeD respondents*. Psychiatr Serv. 2011; 62(2):152-61.
- Marcus M, Yasamy MT, Ommeren Mv, Chisholm D, Saxena S, WHO *Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern*. Geneva: WHO. 2012.
- World Health Organization. *Mental health action plan 2013 - 2030*. Geneva: WHO; 2018.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 2021. Depresión. [Citado 13 octubre 2021].

CAPÍTULO 4

- Falabella M. (2001). *L'ABC della psicopatologia. Esplorazione, individuazione e cura dei disturbi mentali*. Edizione Magi
- Lalli, N. (2009). *I disturbi somatoformi: aspetti clinici e psicoterapeutici*. Franco Angeli.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina Editore.
- Looper, K. J., & Kirmayer, L. J. (2002). Psychosomatic symptom presentation and somatization in primary care. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(3), 579-602.
- Miniati, M., & Rucci, P. (2019). *Manuale di psichiatria clinica*. Il Pensiero Scientifico Editore
- Rief, W., & Martin, A. (2014). How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: A critical evaluation and a proposal for modifications. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 339-367.

CAPÍTULO 5

- American Psychiatric Association (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing
- World Health Organisation. *The 11th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-11)*. 2018.
- Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. *Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras*. Med Clin (Barc). 2000; 114 (13):481-6.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Lock J, La Via MC, AACAP. *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015; 54(5):412-25.

CAPÍTULO 6

- Bianchi di Castelbianco, F. (2017). *Disturbi del comportamento in età evolutiva: Dalla diagnosi all'intervento*. Edizioni Centro Studi Erickson.
- Canevaro, A., & Trisciuzzi, L. (2019). *Inclusione scolastica e disturbi del comportamento: Strumenti e strategie*. Carocci Editore.
- Di Blasio, P., & Lis, A. (2018). *La psicologia dell'età evolutiva*. Il Mulino.
- Frick, P. J., & Viding, E. (2017). *The Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders*. Wiley.
- Kazdin, A. E. (2021). *Parent Management Training: Treatment for Oppositional, Aggressive, and Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. Oxford University Press.
- Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2019). *Cognitive-Behavioral Interventions for Emotional and Behavioral Disorders: School-Based Practice*. Guilford Press.
- Pietropolli Charmet, G. (2020). *Adolescenti fragili: La fatica di crescere*. Laterza.

CAPÍTULO 7

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* 5th ed. Washington, DC: American psychiatric Association.
- Cardno, A. G., Marshall, E. J., Coid, B., Macdonald, A. M., Ribchester, T. R., Davies, N. J., Venturi, P., Jones, L. A., Lewis, S. W., Sham, P. C., Gottesman, I. I., Farmer, A. E., McGuffin, P., Reveley, A. M., & Murray, R. M. (1999). Heritability estimates for psychotic disorders: the Maudsley twin psychosis series. *Archives of general psychiatry*, 56(2), 162–168. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1001/archpsyc.56.2.162>
- Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
- Heckers, S., Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tandon, R., Tsuang, M., Van Os, J., & Carpenter, W. (2013). Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. *Schizophrenia research*, 150(1), 11–14. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1016/j.schres.2013.04.039>
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación internacional de las enfermedades (10ª ed) (CIE-10)*. Madrid: OMS.
- Khamker, N. (2015). First episode schizophrenia. *South African Family Practice*, 57(5), 29–33.
- Vila-Badia, R., Butjosa, A., Del Cacho, N., Serra-Arumí, C., Esteban-Sanjusto, M., Ochoa, S., & Usall, J. (2021). Types, prevalence and gender differences of childhood trauma in first-episode psychosis. What is the evidence that childhood trauma is related to symptoms and functional outcomes in first episode psychosis? A systematic review. *Schizophrenia research*, 228, 159–179. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1016/j.schres.2020.11.047>
- Volkmar F. R. (1996). Childhood and adolescent psychosis: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(7), 843–851. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1097/00004583-199607000-00009>

CAPÍTULO 8

- Nock, M.K. (2010). Self-Injury. *Annu Rev. Clin. Psychol*, 6, 339–63.
- Jarvi, S., Jackson, B., Swenson, L., Crawford, H. (2013). The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Arch Suicide Res*, 17, 1–19.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet*, 366, 1471–83.
- Ladouceur, C.D. (2012). Neural systems supporting cognitive-affective interactions in adolescence: the role of puberty and implications for affective disorders. *Front Integr Neurosci*, 6, 65.
- Fox, K.R., Franklin, J.C, Ribeiro, J.D., Kleiman, E.M., Bentley, K.H., Nock, M.K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Rev*, 42, 156–67.
- Bresin, K., Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.*, 38, 55–64.
- Yates, T.M., Carlson, E.A., Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Dev Psychopathol*, 20, 651–71.
- Klonsky, E.D., Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 192, 166–70.
- Hankin, B.L., Abela, J.R.Z. (2011). Nonsuicidal self-injury in adolescence: prospective rates and risk factors in a 21/2 year longitudinal study. *Psychiatry Res.*, 186, 65–70.
- Dray, J., Bowman, J., Campbell, E., Freund, M., Wolfenden, L., Hodder, R. K., et al. (2017). Systematic review of universal resilience-focused interventions targeting child and adolescent mental health in the school setting. *J. Am. Acad. Child. Psy.* 56, 813–824. doi: 10.1016/j.jaac.2017.07.780
- Norris, F.H., Tracy, M., Galea, S. (2009). Looking for Resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Social Science Medicine*, 68(12), 2190–8. doi:10.1016/j.socscimed.2009.03.043
- Rutter, M. (2013). Annual Research Review: Resilience in child development. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 474–487.
- Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x>
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C.W., et al. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*, 55(4), 337–48.
- Vega D, Sintés A, Fernández M, Puntí J, Soler J, Santamarina P, Soto À, Lara A, Méndez I, Martínez-Giménez R, Romero S, Pascual JC. Review and update on non-suicidal self-injury: ¿who, how and why? *Actas Esp Psiquiatr*. 2018 Jul;46(4):146-55. Epub 2018 Jul 1. PMID: 30079928.

CAPÍTOLO 9

- Bertolotti, G., Zotti, A. M. (2020). *Il suicidio in adolescenza: Prevenzione e intervento*. Milano: Franco Angeli.
- De Leo, D., & Padoan, L. (2017). *Il suicidio: Comprendere, prevenire e curare*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Forte, A., Vichi, M., Ghirini, S., Orri, M., & Pompili, M. (2021). *Trends in suicides among Italian youth aged 10 to 25: A nationwide register study*. European Psychiatry. (<https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/trends-in-suicides-among-italian-youth-aged-10-to-25-a-nationwide-register-study/1F9F2802D444DC819C9F8487C0541D3F>)
- Ferrara, P., Ianniello, F., Cutrona, C., Quintarelli, F., Vena, F., Del Volgo, V., Caporale, O., Malamisura, M., De Angelis, M. C., Gatto, A., Chiaretti, A., & Riccardi, R. (2014). *A focus on recent cases of suicides among Italian children and adolescents and a review of literature*. Italian Journal of Pediatrics. (<https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-014-0069-3>).
- Pompili, M. (2019). *Prevenzione del suicidio: Un manuale per operatori sanitari e sociali*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Springer, P. (2024). *Global public concern of childhood and adolescence suicide: a new perspective*. Springer. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s12519-024-00828-9>).
- Springer, P. (2024). *Youth Suicide Prevention and Intervention*. Springer. (<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-031-06127-1>).
- Tondo, L., Baldessarini, R. J. (2018). *Suicidio e disturbi dell'umore: Diagnosi, trattamento e prevenzione*. Bologna: Il Mulino.
- Wasserman, D. (2009). *Suicide among Italian adolescents: 1970–2002*. European Child & Adolescent Psychiatry. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-009-0007-x>).

CAPÍTOLO 10

- Ardone R., Gatti C. (2009), a cura di, *Disagio adolescenziale e dispersione formativa dei giovani in obbligo formativo. Una ricerca intervento nei centri di formazione professionale della Provincia di Roma*. Edizioni Kappa.
- Baraldi, S., & Bianchi, M. (2015). *Bullismo e cyberbullismo: Educare alla relazione*. Edizioni La Meridiana.
- Borg, M. (2008). *Il bullismo: un fenomeno in crescita*. Franco Angeli.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at School: What We Know and What We Can Do*. Blackwell Publishing.
- Pellegrini, D. (2010). *Bullismo e Cyberbullismo. La scuola che cambia*. Edizioni Erickson.

Rigby, K. (2010). *Bullying in Schools: ¿How Successful Can Interventions Be?* Australian Council for Educational Research.

Ruggeri, A. (2016). *Il bullismo: percorsi di prevenzione e intervento*. Edizioni Universitarie Romane.

Smith, P. K., & Sharp, S. (2005). *School Bullying: Insights and Perspectives*. Routledge.

Sorrentino, A. (2014). *Prevenzione del bullismo: strategie e interventi*. Carocci.

Save the Children – Ofrece pautas y programas educativos sobre el acoso en los centros educativos.

