



EDUCACIÓN SECUNDARIA

Fichas de buenas prácticas para la atención a problemas de salud mental

Una herramienta de ayuda para los centros educativos

uniR ITEI

emooti CENTRO AVANZADO DE BIENESTAR EMOCIONAL



ics
Universidad
de Navarra

Fichas de buenas prácticas para la atención a problemas de salud mental en Educación Secundaria. Una herramienta de ayuda para los centros educativos.

Material elaborado en el marco del proyecto de investigación orientado a la transferencia del conocimiento, "Revisión y valoración de políticas de prevención e intervención en salud mental infanto-juvenil en centros educativos" (IP, Martiño Rodríguez-González, ICS-UNAV) desarrollado por la Universidad de Navarra en colaboración con la Universidad Internacional de La Rioja UNIR- ITEI.

Se permite la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento siempre que se mencione la fuente y se haga sin fines comerciales.

Producción: María Martín Vivar, Victoria Nieuwenhuys Ruiz, María de los Ángeles Cueli Naranjo, Martiño Rodríguez González.

Con la colaboración de la Asociación de Psicólogos de Niños y Adolescentes de España (APSNAE)



Colaboración: Judith de la Fuente Idígoras, Albert de Santiago Bayona, María Calatrava Martínez, Mercedes Haydon.

Agradecimientos: a todos los docentes que han revisado las fichas y nos han ayudado a crear una versión de ellas que pueda ser de utilidad para su labor educativa.

Diseño y maquetación: Natanael Maudo.

Para más información sobre los temas tratados en este documento, póngase en contacto con smcolegios@unav.es

DOI: <https://doi.org/10.15581/029.00007>

ISBN Título Colección: 978-84-8081-806-3

Depósito legal: NA 1095-2024

ÍNDICE

Introducción	1
---------------------------	----------

Material audiovisual de apoyo a las fichas	5
---	----------

Fichas dirigidas a la Educación Secundaria:

1 Ansiedad	6
2 Depresión	12
3 Trastorno obsesivo compulsivo	19
4 Acoso escolar	26
5 Trastorno del estrés postraumático	33
6 Adicciones	37
7 Autolesión	45
8 Suicidio	51
9 Psicosis	58
10 Trastorno de la conducta alimentaria	65

Introducción

En las aulas, nos enfrentamos con frecuencia a desafíos abrumadores, entre ellos los relacionados con la salud mental de los estudiantes¹: ¿Qué consecuencia tiene la buena o mala salud mental de los estudiantes? ¿Cuáles son las señales de alarma temprana? ¿Cómo abordarlos desde el colegio? Estas son algunas de las preguntas que queremos abordar en estas fichas que pretenden ser una herramienta de ayuda.

Los estudios epidemiológicos revelan que un porcentaje significativo de niños, adolescentes y jóvenes experimentan problemas de salud mental, los cuales pueden tener un impacto considerable en su desarrollo académico. Se estima que aproximadamente la mitad de los trastornos mentales crónicos se manifiestan antes de los 14 años (OMS 2013). Además, existe evidencia de que el malestar psicológico en la infancia a menudo persiste en la adolescencia y la edad adulta (Garaigordobil, 2023).

Según el último informe de UNICEF (2021) sobre la salud mental de niños y adolescentes a nivel mundial, los trastornos mentales representan una causa importante de sufrimiento, frecuentemente pasada por alto, que interfiere negativamente en la salud y educación de los niños y jóvenes, así como en su capacidad para alcanzar su pleno desarrollo. De acuerdo con este informe, aproximadamente el 13 % de los niños y adolescentes entre 10 y 19 años tienen un trastorno mental diagnosticado, siendo los relacionados con la ansiedad y la depresión los más comunes, abarcando aproximadamente el 40% de los casos diagnosticados. Además, el suicidio figura entre las cinco principales causas de muerte en este grupo de edad.

Estas cifras se traducen en desafíos concretos para las escuelas. Pero antes de abordar los problemas de salud mental, hay una **labor de prevención** que puede llevarse a cabo en los colegios a través de la educación social y emocional.

Invertir en **educación emocional** no solo mejora la calidad educativa, sino que también promueve el desarrollo de habilidades necesarias para enfrentar las tareas y retos propios de la vida cotidiana. La educación emocional busca atender a una serie de necesidades sociales que a menudo quedan desatendidas en el ámbito educativo formal. El día a día en el contexto escolar y educativo está intrínsecamente vinculado a las emociones, tanto de profesores como de alumnos. Entre exámenes, libros de texto, reuniones de claustro, programaciones y clases, encontramos la vida emocional de profesores y alumnos, que muchas veces tienen que enfrentar dificultades de disciplina en clase, manejo de la frustración, afrontamiento del estrés, o problemas de gestión emocional asociados con el conflicto, la agresividad, la impulsividad, la violencia o una autoestima desajustada (Bisqueira & García, 2018).

Los colegios desempeñan un papel crucial en la promoción del bienestar social y emocional de los estudiantes, así como en su salud, y su educación cívica, al tiempo que fomentan su desarrollo académico (Durlak et al., 2011). La educación emocional se concibe como un proceso continuo y permanente que tiene como objetivo el desarrollo integral de la persona, capacitándola para enfrentar los desafíos cotidianos y promoviendo su bienestar personal y social (Bisqueira, 2009).

¹ Con el fin de facilitar la lectura de la ficha, se utilizarán los términos “profesores”, “estudiantes”, “alumnos”, “niños”, “orientadores”, “psicólogos”, “compañeros”, y “menores” para hacer referencia tanto al sexo femenino como al masculino.

Para formar a los educandos de manera integral, se debe atender a su desarrollo emocional, social y moral, además del cognitivo, a través de una educación emocional continua, transversal y adaptada a cada etapa evolutiva, que permita al alumnado adquirir las competencias emocionales básicas que le capaciten para la vida adulta (Bisquerra & García, 2018). Se trata de adquirir competencias que permiten gestionar una gran variedad de situaciones, tanto intrapersonales (p. ej., malestar por como me siento al no ser capaz de aprobar un examen) como interpersonales (p. ej., conflicto con el profesor o con un compañero por mi comportamiento e impulsividad), y que se ha demostrado que, por ejemplo, previenen la aparición de trastornos como la ansiedad y la depresión.

A tal efecto, prevención y desarrollo son dos elementos centrales en la educación emocional. Cuando hablamos de desarrollo humano, también nos referimos a la prevención. En términos médicos, el desarrollo de la salud tiene como reverso la prevención de la enfermedad. En términos educativos, el desarrollo humano tiene como contrapartida la prevención, en sentido amplio, de los factores que lo pueden dificultar: prevención de la violencia, prevención de la ansiedad, estrés, depresión, consumo de drogas, comportamientos de riesgo, etc. La educación emocional es una forma de prevención primaria inespecífica, que tiene la capacidad de minimizar la vulnerabilidad de la persona a través del desarrollo de competencias básicas para la vida cuando todavía no hay disfunción. La prevención primaria tiende a confluir con la educación, para maximizar las tendencias constructivas y minimizar las destructivas (Berastegui et al., 2023).

La evidencia científica respalda la importancia de la educación emocional en la mejora del clima escolar, el rendimiento académico y la convivencia. Desde la neurociencia, se destaca el papel fundamental de las emociones en los procesos de aprendizaje y toma de decisiones (Berastegui et al., 2023). Es crucial que las prácticas educativas de educación emocional estén respaldadas por evidencia empírica, porque con frecuencia se aplican programas o iniciativas que carecen de evidencia sobre su efectividad (Bisquerra & García, 2018).

En el ámbito legislativo y educativo, se reconoce cada vez más la necesidad de integrar la educación emocional en el currículo escolar. La reciente reforma educativa en España, la Ley Orgánica de Modificación de la LOE (LOMLOE), otorga mayor importancia a la educación emocional, reconociéndola como una responsabilidad de todos los niveles educativos y subrayando su relevancia en las primeras etapas del desarrollo.

Además, los jóvenes pueden enfrentar dificultades para reconocer sus propios problemas de salud mental (Jorm, 2012) e incluso, si lo hacen, pueden mostrar resistencia a buscar ayuda profesional. Por lo tanto, la intervención de un adulto puede ser crucial en estos casos (Rickwood et al., 2007).

Por lo tanto, consideramos que, en el contexto actual, donde la carga de enfermedades mentales está aumentando (Whiteford et al., 2013), fomentar un mayor conocimiento sobre salud mental en los docentes es una prioridad.

Esta guía pretende proporcionar al profesorado un marco de comprensión sencillo acerca de los problemas de salud mental en la etapa de secundaria, así como identificar señales de alarma y ofrecer pautas para un primer abordaje con los estudiantes que puedan estar experimentando tales problemas. La guía busca promover y prevenir la salud mental, pero en ningún caso diagnosticar u orientar sobre la forma de intervenir. El objetivo de este documento es prevenir y detectar los problemas de salud mental, además de planificar el acompañamiento, cuidado y, en caso necesario, derivación a los servicios especializados de salud mental. Ayudar al alumno es, en gran medida, conseguir coordinarse y colaborar con las familias y otros profesionales externos al centro educativo.

Para cada una de las fichas incluidas en este documento, se sigue la misma estructura: primero, una introducción sobre el problema de salud mental o el trastorno en cuestión; segundo, se detallan las principales señales de alarma que pueden ser observadas por el docente en diferentes espacios y situaciones escolares; finalmente, se proporcionan sugerencias sobre su abordaje, ¿qué puede hacer el profesorado ante esto?

La introducción busca brindar una explicación general del problema de salud mental o trastorno en cuestión, buscando que el contenido sea comprensible para personas sin formación sanitaria o clínica especializada.

Las señales de alarma representan cambios en el comportamiento del alumno que el docente puede observar. Son distintas manifestaciones de los problemas de salud mental en el contexto escolar. No queremos hacer una descripción clínica de los síntomas de un trastorno mental, ya que estas fichas no van dirigidas a profesionales de la salud mental y no todos los síntomas se manifiestan visiblemente en el colegio. Pretendemos ayudar al profesor a saber que observar, atender y, así, poder identificar posibles problemas en sus alumnos.

Finalmente, el abordaje propuesto en las fichas incluye una serie de acciones concretas, comenzando por los profesionales en el colegio a los que acudir en caso de detectar múltiples señales de alarma en un alumno. Además, se ofrecen recomendaciones sobre cómo interactuar con el estudiante, así como sugerencias para intervenir con el resto de compañeros o en situaciones de crisis, dependiendo del tema específico tratado en cada ficha.

Referencias bibliográficas

Berastegui Martínez, J., López-Cassà, È., Miralles Pascual, È., & Pérez-Escoda, N. (2023). *El desarrollo de la competencia emocional en la Educación Primaria. Programa del GROPE revisado y evaluado*. (È. López-Cassà, Ed.; Primera edición). LA LEY, Soluciones Legales, S.A.

Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Síntesis.

Bisquerra, R., & García, E. (2018). La educación emocional requiere formación del profesorado. *Participación Educativa*, 5(8), 13–28.

Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Development*, 82(1), 405–432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>

Garaigordobil, M. (2023). Educational Psychology: The Key to Prevention and Child-Adolescent Mental Health. *Psicothema*, 35(4), 327–339. <https://doi.org/https://doi.org/10.7334/psicothema2023.1>

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *The American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>

LOMLOE (2020). Ley Orgánica de Modificación de Ley Orgánica de Educación. BOE (Boletín Oficial del Estado) núm. 340, de 29 de diciembre de 2020. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2020/12/30/pds/BOE-A-2020-17264.pdf>

OMS. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. <https://iris.who.int/handle/10665/97488>

Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *The Medical Journal of Australia*, 187(Suppl. 7), S35–S39.

UNICEF. (2021). *Estado Mundial de la Infancia. En mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. <https://www.unicef.es/publicacion/estado-mundial-infancia-salud-mental>

Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575–1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)

Material audiovisual de apoyo a las fichas

Se ha creado un video para cada ficha con el fin de hacer más accesible la información que deseamos transmitir. Los videos están disponibles en el canal de YouTube del proyecto: @SaludMentalColegios, o puede acceder a ellos a través del siguiente enlace:

<https://youtube.com/@SaludMentalColegios?feature=shared>

ANSIEDAD



Introducción

La ansiedad es una consecuencia de la activación de nuestro cuerpo para adaptarnos al medio. Una señal de alarma frente a posibles peligros presentes en el entorno que nos prepara para emitir una conducta ya sea de evitación, huida o afrontamiento.

La forma en la que el cuerpo reacciona es acelerando el latido del corazón, con sudores, y respiración acelerada para facilitar los recursos y responder a la amenaza. Esta reacción es sana en las personas siempre y cuando se dé en niveles normales y proporcionados. Esta respuesta nos ayuda a adaptarnos y protegernos del medio.

La ansiedad es problemática cuando los síntomas son desproporcionadamente intensos o frecuentes para los estímulos externos, o se producen sin que haya desencadenantes específicos. Pueden llegar a impedir al adolescente¹ hacer su vida diaria y le afecta personalmente, a sus relaciones sociales, estudio y familia.

En la etapa de la adolescencia se observan síntomas diferentes, más parecidos a los que viven los adultos. Ánimo bajo, poco interés en actividades que antes les gustaba hacer, rituales o fuertes obsesiones que dificultan su día a día y síntomas físicos como muchos dolores articulares o somatizaciones en la piel. Además, se valoran poco a sí mismos, se pueden percibir débiles y tienden a evitar actividades, piensan lentamente, no toman decisiones y les cuesta concentrarse. Dependiendo de la persona y la intensidad de los síntomas es posible que haya incluso ideas de suicidio.

La ansiedad es una de las clases más comunes de problemas referidos durante la adolescencia (Kessler et al., 2012).

¹ Con el fin de facilitar la lectura de la ficha, se utilizarán los términos “profesores”, “alumnos”, “niños”, “orientadores”, “psicólogos”, “compañeros”, “menores”, “adolescentes” para hacer referencia tanto al sexo femenino como al masculino.



Señales de alarma

La adolescencia es una etapa de grandes cambios a nivel físico, cognitivo y social. Por ello, las señales de alarma de un adolescente que puede tener ansiedad son diferentes de las que se observan en niños o en adultos.

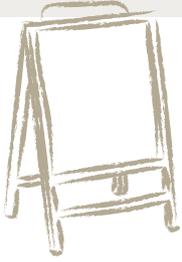
Las señales de ansiedad se dan de manera generalizada en todos los ámbitos del colegio.

- **Queja frecuente de dolores somáticos:** se entiende por dolor somático aquel dolor que el adolescente presenta sin aparente motivo médico. Las más frecuentes son dolores de cabeza y estómago, aunque también articulaciones como cuello, brazos y piernas. Pueden salirle eccemas y movimientos repetitivos como tics motores.
- **Preocupación y autoexigencia excesiva:** se muestra excesivamente preocupado por variables como hacer un ejercicio completamente bien, no fallar ninguna pregunta del examen o responder bien todas las preguntas del profesor.
- **Baja autoestima y pensamientos negativos:** se refiere a sí mismo con faltas de respeto y menosprecio. Presenta frecuentemente una visión negativa de sí mismo y sus capacidades. A menudo se encuentra inquieto e incómodo por anticipar que algo malo le va a ocurrir.
- **Problemas con la alimentación y sueño:** cambio repentino de hábitos alimentarios, o bien por exceso (comer de manera compulsiva, darse atracones) o por defecto (no le apetece comer, solo toma líquidos o un tipo de alimento en particular). Se muestra con frecuencia cansado debido a que no puede dormir o descansar de manera normal.
- **Presencia de tics nerviosos:** se entiende por tic al movimiento o sonido involuntario, rápido y repetitivo. Puede ser morderse las uñas, tirarse del pelo o rascarse de manera compulsiva.
- **Sensibilidad excesiva:** reacciona emocionalmente de manera exagerada en situaciones normales de modo que destaca dentro del grupo de compañeros de clase. Lloro o se enfada por motivos no justificados, se muestra siempre en alerta, irritable y con frecuencia malinterpreta como amenaza situaciones convencionales.
- **Agitación corporal:** acompañado de las dos anteriores señales (presencia de tics y sensibilidad excesiva), se muestra muy nervioso, sudoroso y con una constante tensión muscular. Puede llegar a presentar taquicardias y dificultades para respirar.
- **Bajo rendimiento escolar:** en la mayoría de los casos, la autoexigencia excesiva influye negativamente y provoca dificultades de concentración, bloqueo mental durante exámenes y falta de motivación para realizar ejercicios o actividades.

Referencias bibliográficas

Canals, J., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Cosi, S., & Arijá, V. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(1), 131–143. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1207-z>

DEPRESIÓN



Introducción

Los síntomas de la depresión se caracterizan por un estado de ánimo bajo y pérdida de interés e incapacidad para disfrutar de lo que rodea al adolescente¹. Normalmente puede presentar alteraciones en el sueño y apetito, dificultades para concentrarse y tomar decisiones. Suele estar muy cansado de forma habitual mostrando pérdida de energía. Todo ello tiene una repercusión en los ámbitos personal, familiar, académico y social.

Los síntomas de la depresión en la infancia y adolescencia son distintos a los que presenta en la edad adulta. Este factor unido a que se concibe esta etapa como un momento vital feliz, sin miedos ni preocupaciones, hace que, tanto a padres como a profesores, les cueste comprender que un adolescente pueda estar deprimido.

Especialmente en la adolescencia (a diferencia de la etapa adulta), la depresión puede cursar con una alta sensibilidad a la crítica, lo que facilita una elevada vulnerabilidad y miedo al rechazo. Con una depresión, los adultos tienden a aislarse, mientras que los adolescentes suelen mantener algunas amistades y/o a relacionarse con otros grupos.

La prevalencia de la depresión en adolescentes es aproximadamente del 6.5%, y el inicio de trastornos depresivos mayores generalmente ocurre entre los 11 y 12 años (Garaigordobil, 2023).

¹ Con el fin de facilitar la lectura de la ficha, se utilizarán los términos “profesores”, “alumnos”, “niños”, “orientadores”, “psicólogos”, “compañeros”, “adolescentes” y “menores” para hacer referencia tanto al sexo femenino como al masculino.



Señales de alarma

El adolescente que padece depresión suele comportarse en clase de manera distinta al resto y a como él mismo lo hacía antes. Su comportamiento también será diferente en función del contexto en el que se encuentre dentro de la escuela. Por ello, diferenciaremos por contextos, clase, recreo o tutoría con su profesor o tutor.

En clase

- **Cansancio prolongado:** por lo general, desde primera hora de la mañana. Llega y se sienta lento, tarda en conectarse con lo que se está comentando, está distraído.
- **Falta de concentración y de la atención:** además, el alumno suele quejarse, verbal y no verbalmente, de aburrirse en clase.
- **Pérdida de la motivación:** especialmente en aquellas asignaturas que antes le gustaban. No responde a ningún tipo de motivación o elogio verbal.
- **Conductas disruptivas:** presentando un fuerte rechazo hacia el colegio y temas relacionados.
- **Sensibilidad extrema al fracaso:** fuerte miedo al rechazo, alta irritabilidad.

En el recreo, comedor y trato con los compañeros

- **Actividad física muy inhibida:** muestra apatía y desgana generalizada ante cualquier actividad física.
- **Irritabilidad excesiva y constante:** frecuentemente inesperada o fuera de contexto.
- **Tendencia a aislarse:** bajo interés por interactuar con el resto de compañeros o hacer actividades en grupo. Se le ve solo o en grupos muy reducidos en la mayoría de situaciones. Incluso no baja al patio o no sale en los descansos.
- **Bajo nivel de protesta o reacción:** especialmente en situaciones que requieren confrontar a compañeros, cuando una situación no es justa o es perjudicial para él. Elevada indiferencia.
- **Niveles de apetito extremos:** puede darse tanto en aumento como en descenso de apetito. Lo que puede provocar cambios notables en el peso.
- **Hábitos y conductas alimentarias inusuales:** esconder comida, comer grandes cantidades de un mismo tipo de alimento, o dietas específicas que solo incluyen líquido o un tipo de alimento.

En la tutoría con el alumno

- **Baja autoestima:** se detecta una actitud negativa hacia sí mismo, con tendencia a considerarse culpable y no capaz. Esa actitud hace que el alumno se autorreproche su responsabilidad en muchas de las cosas que le ocurren alrededor.
- **Visión negativa del futuro:** tiende a percibir el futuro de manera amenazante. Frecuentemente refiere no saber qué va a ser de él, cuál va a ser su futuro y tiene la creencia de que no va a poder ser o hacer lo que él necesita.

Referencias bibliográficas

Garaigordobil, M. (2023). Educational Psychology: The Key to Prevention and Child-Adolescent Mental Health. *Psicothema*, 35(4), 327–339.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO



Introducción

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se manifiesta la presencia de pensamientos obsesivos y actos compulsivos. Suele generar un elevado grado de angustia y malestar. Puede ir acompañado de síntomas como tristeza, indefensión y desmotivación. En ocasiones, también de tics. Causa deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social y escolar del menor.

Los pensamientos obsesivos son ideas o imágenes que aparecen una y otra vez en la mente de la persona. Estos pensamientos no son deseados y son difíciles de minimizar y gestionar, lo que les causa gran malestar y preocupación.

Las obsesiones más frecuentes en niños¹ y adolescentes son:

- Contaminación (por ejemplo, se preocupan por tocar cosas que pueden estar sucias o por enfermarse).
- Temor a hacerse daño a uno mismo o a los demás.
- Temas relacionados con la Religión: preocupaciones por ofender a Dios o ser blasfemos de alguna manera.
- Catastrofismo: llegan a conclusiones de que algo terrible va a suceder o ha sucedido.

Las compulsiones son actos que repiten la persona sin control. Su "función" es proteger a la persona y prevenir, según el criterio del menor, que ocurra algún hecho objetivamente improbable. La persona lo identifica como carente de significado. Su objetivo sería calmar la ansiedad, generalmente producida o potenciada por los pensamientos obsesivos. Son como un modo de intentar controlar la obsesión.

¹ Con el fin de facilitar la lectura de la ficha, se utilizarán los términos "profesores", "alumnos", "niños", "orientadores", "psicólogos", "compañeros", "menores", "adolescentes" para hacer referencia tanto al sexo femenino como al masculino.

Las compulsiones más frecuentes en niños y adolescentes son:

- Lavado de manos
- Búsqueda de simetría
- Repetición de conductas y rituales mentales
- También son frecuentes comprobar, repetir, tocar, preguntar, contar e intentar distraerse.

Se ha relacionado la aparición del TOC con factores biológicos y familiares. También se asocia, con frecuencia, con vivir un acontecimiento específico traumático (por ejemplo, el fallecimiento de un ser querido). A mayor gravedad, mayor interferencia en el funcionamiento habitual del adolescente.



Señales de alarma

Los comportamientos repetitivos que observará en el alumno no desaparecen, y se expresan de diferentes formas según el espacio en el que se encuentre. Por ello en esta ficha, separaremos las señales en función del ámbito en el que se producen.

En el aula

- **Repetición de preguntas:** pregunta de manera frecuente y repetitiva las mismas preguntas o muy parecidas. Con frecuencia, hacen preguntas sobre su propia seguridad y la de sus compañeros, o para estar seguro de que no hay ninguna amenaza externa. También pueden preguntar sobre su salud o la salud y localización de sus padres.
- **Comprobaciones frecuentes:** hace comprobaciones sobre su propio cuerpo, asegurándose que no tiene ningún daño, o que no tiene manchas ni imperfecciones. También pueden realizar múltiples comprobaciones para asegurarse que no han perdido objetos como bolígrafos, agendas o libros.
- **Evitación de conductas:** se comporta de manera particular a la hora de tocar objetos (pomo de la puerta, mesas de otros compañeros, grifos del baño). Con frecuencia refiere no querer mancharse o se queja de la suciedad y poca higiene de sus compañeros. Significativo especialmente en clase de educación física y comedor.
- **Elevada autoexigencia y perfeccionismo:** se enfada y se frustra si un ejercicio o un examen no le sale perfecto. Con frecuencia borran o tiran una hoja para volver a empezar. Esto impacta negativamente en su rendimiento académico. También pueden sentirse insuficientes o con malestar sino sacan notas excelentes prolongadas en el tiempo. Pueden ser alumnos con media de 10 puntos en muchas o todas las asignaturas. Les cuesta trabajar en grupo.

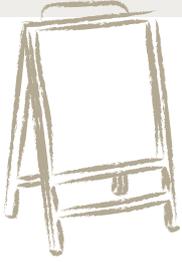
En el trato con sus compañeros

- Dificultades para relacionarse con sus iguales.
- Evitan el contacto físico.
- Excesiva rigidez en el juego. No aceptan que no se cumplan las normas. Pueden llegar a informar a profesores, para ellos prevalece la norma.
- Fuerte preocupación por hacerse daño o ensuciarse.

En tutorías o en conversaciones con el alumno

- Mensajes con muchos condicionales y dudas sobre si mismos.
- Enfado consigo mismo por no poder controlar esos comportamientos. Vergüenza e indefensión.
- Excesiva dedicación de tiempo a las tareas.
- Miedo intenso a no cumplir algunos comportamientos que le calman y al estigma que pueda suponer para sus iguales.
- Elevada rigidez a la hora de afrontar los ejercicios y tareas en clase.
- Puede perder con frecuencia el control, enfadándose y reaccionando de manera excesiva.

ACOSO ESCOLAR



Introducción

El acoso escolar es la **agresión hacia un menor** ¹ por parte de un compañero de clase o grupo de compañeros, ya sea de manera física, verbal o psicológica de forma reiterada y a lo largo del tiempo, sintiéndose el adolescente indefenso, sumiso e inferior ante tal situación.

Es importante señalar que debe existir una desigualdad de poder, un desequilibrio de fuerzas a nivel físico, social o psicológico entre el acosador y el acosado, que se encuentra sometido.

Puede tomar formas y circunstancias muy diferentes. Muchas veces pasa desapercibido por padres y profesores. Las secuelas pueden ser irreversibles.

- **Perfil físico:** empujones, golpes, puñetazos, agresiones verbales (insultos y difamaciones), robos y rotura de objetos personales.
- **Perfil psicológico:** menosprecios de sus cualidades, ignorar, chantajes, aislamiento del resto de compañeros de clase.

Todo esto tiene consecuencias a nivel personal, emocional y cognitivo, familiar, social y académicas graves en el adolescente. La gravedad depende en gran medida del tiempo que dure el acoso.

¹ Con el fin de facilitar la lectura de la ficha, se utilizarán los términos “profesores”, “alumnos”, “niños”, orientadores”, “psicólogos”, “compañeros”, y “menores” para hacer referencia tanto al sexo femenino como al masculino.

Perfil del abusador

- Son adolescentes fuertes, impulsivos o agresivos con quienes ellos perciben con mayor debilidad.
- Ejercer agresividad es su forma de reafirmar su personalidad y liderazgo en el grupo.
- Presentan muchas dificultades para ponerse en el lugar del otro y mostrar empatía.
- No identifican bien sus emociones.
- Imponen su poder haciendo uso de amenazas, insultos, agresiones.
- Pueden consumir drogas o alcohol.
- Posiblemente reciben violencia en el entorno familiar y social.

Perfil del acosado

- Pueden tener alguna discapacidad física o intelectual, defectos físicos, más tímidos o menos hábiles en las relaciones sociales y no seguir las mismas tendencias o gustos de la mayoría.
- Pueden destacar por su inteligencia, características de su personalidad e incluso atractivo físico.

El ciberacoso, cada vez más habitual, es la intimidación o humillación a través de redes sociales y medios digitales de forma reiterada y prolongada en el tiempo. Es especialmente perjudicial porque el acosado puede sentirse intimidado en cualquier momento y lugar. Engloba acciones como el envío de mensajes ofensivos y amenazas, la suplantación de identidad, la difusión de información personal, el retoque de fotos y videos comprometedores y la difusión de rumores o rankings de rasgos negativos a través de las redes sociales.

En 2023, tras evaluar a 37000 alumnos españoles, el 9,3% de ellos habían experimentado acoso escolar en algún momento de sus vidas (Torrego, 2023).



Señales de alarma

- **Aspecto físico:** el adolescente se muestra cansado, fatigado o con sueño. Repite la misma ropa durante varios días y genera sensación de ir poco aseado (pelo sucio, uñas largas, mal olor). Se observa un elevado grado de descuido y dejadez personal, incluso cambios bruscos de peso.
- **Ausencias de clase y enfermedades:** falta a clase con frecuencia y durante largos períodos. Las razones que alude son, en su mayoría, dolores sin causa médica aparente. Suele haber sospecha que los magnifica para que sirvan de explicación y no acudir al centro escolar. Se suelen dar casos de falsificaciones de notas o mensajes de los padres a los profesores para justificar la ausencia. Su objetivo es evitar cualquier conflicto y la violencia a la cual está sometido el acosado.
- **Conductas en clase:** deja de participar e interactuar. Quiere ser invisible, como ausente y siempre está pensando en sus propias cosas. Cuando la situación le obliga a hablar o salir a la pizarra, muestra gran tensión y miedo, llegando a quedar paralizado, con sudores fríos o temblores.
- **Bajo rendimiento escolar:** repetidamente no presenta deberes, pierde los libros y cuadernos, o se le olvida qué días son los exámenes. Se muestra indiferente cuando recibe malas notas o comentarios negativos sobre su rendimiento en determinadas actividades. En general, presenta baja motivación por todo lo relacionado con lo escolar.
- **Conductas en el patio u otras actividades grupales:** el adolescente tiende a estar aislado o con un grupo de compañeros muy reducido. Generalmente siempre está separado del resto, sin interactuar. Esta situación se puede confundir con una timidez extrema. Con frecuencia, prefiere quedarse en clase con un libro o deberes o ir a la biblioteca o estar cerca de los profesores/as para no salir al patio.
- **Percepción de sí mismo:** en tutoría o en ambiente de confianza, se observa que tiene miedo, incapacitación y desvalorización. Le cuesta mucho aceptar halagos y reconocer las cosas que hace bien. Durante la conversación puede confirmar que tiene pesadillas, cambios de humor.

Referencias bibliográficas

Torrego, J. C. (2023). *Estudio estatal sobre la convivencia escolar en centros de educación primaria*. <https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:f3070940-540d-4ea9-b85a-8f9fcc301c1b/estudio-estatal-sobre-la-convivencia-escolar-en-centros-de-educacion-primaria-vf.pdf>

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO



Introducción

El Trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un problema de salud mental que algunas personas desarrollan tras haber padecido, presenciado o haber sido testigos de un evento traumático que supone una amenaza para la vida.

Entendemos por evento traumático a un suceso grave que hace que una persona tema por su vida, su seguridad o la de seres cercanos y queridos. Por regla general, un adolescente¹ puede ser diagnosticado de TEPT si ha experimentado un trauma y sus síntomas de estrés son graves y se mantienen mucho tiempo después de que haya concluido el suceso traumático.

Los sucesos traumáticos pueden darse en diferentes contextos, algunos de ellos son:

- **Familiar:** maltrato, abuso emocional o sexual, negligencia
- **Escolar:** acoso escolar
- **Relacionado con la muerte:** fallecimiento de un familiar, enfermedad propia, pandemia
- **Accidentes:** domésticos, automovilísticos, lesiones graves
- **Desastres naturales**

Una de las dificultades para el diagnóstico de TEPT es la amplia variedad de sintomatología que un adolescente puede presentar. Algunos de los síntomas más comunes son la vivencia de los recuerdos del momento, pesadillas, hipervigilancia y cambios en el estado de ánimo. Esta amplia variedad dificulta en gran parte su detección, por eso es indispensable entender las posibles señales que el adolescente muestre en el entorno escolar.

¹ Con el fin de facilitar la lectura de la ficha, se utilizarán los términos “profesores”, “alumnos”, “niños”, “orientadores”, “psicólogos”, “compañeros”, “menores”, “adolescentes” para hacer referencia tanto al sexo femenino como al masculino.



Señales de alarma

- **Interacciones sociales extremas:** el adolescente interactúa muy poco o de manera demasiado agresiva. Cuando interactúa poco, tiende al aislamiento social, mostrándose tímido, temeroso o asustadizo. Evita el contacto ocular y participar en actividades grupales en la mayoría de las situaciones. Cuando interactúa con agresividad, casi siempre actúa de manera violenta, tanto física como verbalmente. Reacciona excesivamente ante cualquier interacción inesperada o no deseada.
- **Comportamiento no acorde a su edad:** se expresa con un vocabulario de adultos, con insultos y contenidos no acorde a la adolescencia. Con frecuencia habla de acciones sexuales poco apropiadas o fuera de contexto. Con frecuencia muestra un comportamiento autodestructivo, como el abuso de alcohol y otras drogas.
- **Inestabilidad emocional:** está siempre triste, desanimado y con poca energía, o, todo lo contrario, con hiperactividad y mucha energía. Es posible que en el mismo día pase de la tristeza a la alegría extrema. Responde con frecuencia de manera exagerada con sobresalto, irritabilidad o agresión.
- **Falta de sueño:** presenta síntomas de no dormir bien. Presenta ojeras, ojos rojos y bostezo con frecuencia. En clase, se encuentra casi siempre cansado, quedándose a veces dormido durante las clases.
- **Falta de control de esfínteres:** ocurre con independencia de la edad. No es capaz de pedir permiso para salir al baño. Ocurre en clase, en el salón de actos, o en el comedor. Ya debería, por edad, controlar esfínteres.
- **Presenta conductas regresivas:** tiene conductas como rabietas o falta de control de esfínteres.
- **Dificultad en la interacción con los profesores:** tiende a abstraerse y no escuchar ni obedecer a los profesores. Rechaza, mostrando cierta pasividad, la interacción con sus profesores. Tiene miedo y evita cualquier tipo de contacto físico.

ADICCIONES



Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adicción como una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.

Existen dos categorías principales de adicciones: las relacionadas con sustancias, como el alcohol, tabaco y marihuana, y las adicciones comportamentales, que abarcan el juego, las compras, el sexo, la tecnología y la pornografía.

En estos cuadros, la adicción altera el funcionamiento del Sistema Nervioso Central, es decir, afecta al cerebro y a sus conexiones neuronales. Uno de los cambios más notables y persistentes, por ejemplo, es la tolerancia que provocan, cada vez se necesita más cantidad o más tiempo de realizar la acción para provocar el mismo efecto. Otro síntoma característico es que, no consumir, genera abstinencia (también conocido como "mono"). Es un malestar muy intenso en la persona, que vive desde inquietud hasta síntomas físicos como taquicardia (aceleración del latido cardíaco) e insomnio (dificultad para conciliar o mantener el sueño).

Las adicciones se configuran con el paso del tiempo, y resultan de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Por lo tanto, en jóvenes, no es probable que nos encontremos con cuadros de adicción muy graves, pero sí es el período en el que se empieza a experimentar con objetos potencialmente adictivos, y a presentar comportamientos peligrosos o dañinos que requieren intervención y que pueden producir de manera clara un daño a la persona o a su entorno. Esta primera experimentación puede deberse a diferentes factores, como la influencia del grupo de pares, la curiosidad, la dinámica familiar, la disponibilidad de sustancias, el estrés, la salud mental, el acceso a la tecnología y factores individuales.

Según la encuesta ESTUDES, el alcohol se posiciona como la sustancia más consumida entre estudiantes de 14 a 18 años, seguido por el tabaco y la marihuana. Se observa un aumento en el consumo de hipnosedantes, mientras que otras sustancias ilegales tienen una prevalencia menor al 2% (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2023).

En 2023, se observó un aumento del posible juego problemático (juego excesivo) entre la población de estudiantes de 14 a 18 años, presentando los estudiantes de 18 años las prevalencias más altas (8,3%) (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2023).

En cuanto al consumo de pornografía, la encuesta indica que aproximadamente el 67% de los adolescentes admiten haber consumido pornografía al menos una vez en su vida, mayormente en privado y a través de dispositivos móviles (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2023).



Señales de alarma

Es relevante considerar que estas señales deben manifestarse de manera novedosa, generando cambios abruptos en las actitudes, comportamientos y resultados del alumno, lo cual sorprende al profesorado y los lleva a cuestionar si hay algún evento significativo ocurriendo en la vida del alumno¹.

A continuación, se expondrán las señales de alarma presentes en el alumno tanto con una adicción a sustancia como comportamental. Los matices diferentes en cada una de ellas, serán especificados, según correspondan al tipo de adicción.

En el aula

- **Bajo rendimiento escolar**
- **Falta de sueño reparador:** tiene ojeras y puede tener ojos rojos. Trata de no mirar fijamente a los ojos. Bosteza con frecuencia, y está casi siempre abatido con movimientos lentos. Puede llegar a dormirse en clase o en el recreo.
 - **En una adicción a sustancia:** se rasca los ojos con frecuencia como si le dolieran o picaran; y tiene las pupilas excesivamente pequeñas o dilatadas.
 - **En una adicción comportamental:** puede narrar muchas horas de uso de redes sociales o pantallas.
- **Dificultades para mantener una conversación:** uso excesivo de monosílabos, en medio de una conversación se queda como bloqueado, en blanco, como si le faltara vocabulario. Es difícil mantener una conversación breve, se distrae con facilidad. Puede hablar más lentamente.
 - **En una adicción a sustancia:** si el alumno ha consumido recientemente, puede tener dificultades para pronunciar bien, elaborar frases completas o mantener un discurso lógico.

¹ Con el fin de facilitar la lectura de la ficha, se utilizarán los términos "profesores", "alumnos", "niños", "orientadores", "psicólogos", "compañeros", y "menores" para hacer referencia tanto al sexo femenino como al masculino.

- **Cambios en signos corporales:** presenta tos y dolores somáticos (cabeza, estómago) frecuentes. Se queja continuamente sin causa médica aparente. Con frecuencia aparece mal vestido y poco aseado. Su olor corporal y aliento es inusual. A veces, se viste muy abrigado, incluso en clase, cuando la temperatura no justifica llevar abrigo.
- **Actividad física por debajo de lo esperado:** está casi siempre medio tumbado o apoyado sobre la mesa de clase. Realiza movimientos lentos. En el recreo no suele participar activamente en ninguna actividad y falta a clase de educación física o evita la mayoría de los ejercicios. Se mueve de manera lenta y torpe. Se puede llegar a caer con frecuencia.
- **Cambios bruscos de humor:** reacciona de manera excesiva a situaciones normales en clase. En una misma conversación muestra inestabilidad emocional pasando de la risa al llanto con facilidad.
 - **En adicción a sustancia:** se muestra más irritable y enfadado sin causa aparente.
 - **En adicción comportamental:** muestra un estado de ánimo oscilante, tendiendo a la tristeza, poco comunicativo y muestra reticencias a contar cosas de su día a día.
- **Alteraciones en la percepción del tiempo y memoria:** piensa con frecuencia que ha pasado más tiempo del que en verdad ha pasado, por ejemplo, espera el recreo nada más terminar la primera clase. También tiene dificultades para recordar el contenido de la última clase, o la conversación que tuvo ayer con un profesor.

Con los compañeros

- **Cambios en el entorno social:** el adolescente cambia de grupo de amigos, generalmente personas ajenas al entorno escolar. Deja de participar en actividades grupales, grupos escolares o deportes colectivos.
 - **En una adicción a una sustancia:** dependiendo de cuál sea, es probable que aparezcan problemas de conducta y actividades delictivas.
 - **En una adicción comportamental:** debido al tiempo que le dedica, el alumno deja de hacer actividades que normalmente hacía, como estudiar, deporte, salir con amigos. También puede presentar frecuentemente ausencias en clases o retrasos.

En el comedor

- **Cambios en el apetito:** dependiendo de la sustancia o el comportamiento que genera la adicción, el cambio de apetito irá de un extremo u otro. Usted puede notar:
 - Come mucho y de manera ansiosa y descontrolada.
 - Se pone muy nervioso y agitado si le toca esperar, o si pide más cantidad y no la recibe.
 - Si la tendencia es hacia la inapetencia, con frecuencia no quiere comer o come menos de lo normal. Usa excusas como haber comido antes, dolores de estómago o que la comida no le gusta.
 - Frecuentemente, estos cuadros están asociados al consumo de comida rápida o preparada, por lo que puede observarse un cambio sustancial en el peso corporal, tanto subida de peso como bajada.

Referencias bibliográficas

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2023). *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES)*. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Resumen_ejecutivo.pdf

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2023). *Informe sobre Adicciones Comportamentales y Otros Trastornos Adictivos 2023: Indicador admitidos a tratamiento por adicciones comportamentales. Juego con dinero, uso de videojuegos, uso problemático a internet y otros trastornos adictivos en las encuestas de drogas en España EDADES y ESTUDES*.

AUTOLESIÓN



Introducción

Las autolesiones son acciones (no un trastorno), que dañan o lastiman intencionalmente el cuerpo. Las realiza la propia persona y normalmente son impulsivas. Las más comunes son:

- Hacerse cortes, arañazos
- Hacerse quemaduras por pitillos o mecheros
- Darse golpes
- Pellizcarse o morderse
- Interferir en la cicatrización de las heridas
- Sobredosis o ingesta excesiva de sustancias tóxicas (fármacos, alcohol u otras drogas)
- Ponerse en situaciones de riesgo intencionadamente
- Restricción alimentaria de nutrientes esenciales

Si la acción tiene una intención letal, se conoce como autolesión (o intento) suicida. Si no lo tiene, se conoce como autolesión no suicida. En esta ficha nos centraremos en estas últimas.

Estas acciones cumplen una función para la persona que las realiza. Puede estar relacionada con el ámbito intrapersonal (autocastigo, gestión y regulación de emociones negativas) o interpersonal (buscar autocuidado, llamar la atención, venganza, castigo).

La motivación y las causas de las autolesiones en la adolescencia, puede ir desde la impulsividad hasta la deficiente gestión de la tensión nerviosa.

La prevalencia de las autolesiones no suicidas en la población general en el mundo oscila entre el 13% y el 45% en adolescentes y adultos jóvenes. En Europa, es del 27,6% en estudiantes de secundaria que se autolesionaron de forma ocasional, y del 7,8% de forma repetitiva. En España, esta misma prevalencia es del 28,9% en una ocasión y del 7,5% de forma recurrente (Brunner et al., 2014; Hawton et al., 2012; Vega et al., 2018).

La edad de inicio de estos síntomas es difícil de determinar. Suelen manifestarse entre los 12 y los 16 años, aunque existen casos aislados en los que aparecen antes de los 11. Es más probable en chicas que en chicos.



Señales de alarma

Externas en el adolescente

- Muestra **exceso de golpes y hematomas**.
- Presencia de **cortes o quemaduras** en las extremidades y muñecas, torso y abdomen.
- **Habla con sus iguales sobre autolesiones y heridas**.
- Lleva **más ropa de lo habitual tapando zonas de su cuerpo como piernas y brazos**. En las actividades que implican cambio de ropa o llevar poca ropa (clase natación, cambiarse en el vestuario), se ausenta con frecuencia.
- Se observan con frecuencia **altibajos emocionales**.
- Cambio de amistades **frecuente**, o pérdida de ellas llegando al aislamiento. El menor no tiene grupo de referencia.
- Muestra **una conducta descontrolada** (por ejemplo, aumento de irritabilidad, ira) tanto con sus iguales como con el profesorado.
- Se le **nota cansado y con pérdida de interés** en actividades que antes le gustaban.
- Muestra **evitación para hablar de temas personales**, como la relación con sus padres o familia.

En tutoría

- Ha vivido un **acontecimiento vital estresante** (accidente, fallecimiento cercano, enfermedad, mudanza), y puede que las actividades familiares y la comunicación en casa se hayan visto alteradas por ello.
- Ha **cambiado radicalmente su comportamiento y forma de ser** tanto en casa como en la escuela.
- Se **valora negativamente**, sintiéndose una carga o un problema para los que le rodean.
- Tiene un **elevado nivel de autoexigencia**, con reproches constantes contra sí mismo.
- **Ha disminuido el rendimiento escolar**.

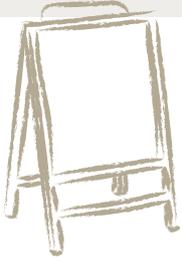
Referencias bibliográficas

Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Resch, F., Apter, A., Balazs, J., Barzilay, S., Bobes, J., Corcoran, P., Cosmanm, D., Haring, C., Iosuec, M., Kahn, J., Keeley, H., ... Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(4), 337–348. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12166>

Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)

Vega, D., Sintes, A., Fernández, M., Punti, J., Soler, J., Santamarina, P., Soto, Á., Lara, A., Méndez, I., Martínez-Jiménez, R., Romero, S., & Pascual, J. C. (2018). Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo y por qué? *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(4), 146–155.

SUICIDIO



Introducción

El suicidio es el acto de quitarse la propia vida de manera deliberada. Es complejo, multicausal y con un fuerte componente cultural.

Las personas que se plantean el suicidio experimentan dolor emocional, desesperanza, tristeza, aislamiento y dificultades relacionales junto con otros desafíos que hacen que consideren el suicidio como una salida a sus problemas. Existe en ellas un gran anhelo de dejar de sufrir y la incapacidad percibida para afrontar situaciones. Es importante conocer si su alumno¹ sabe si alguien de su familia nuclear o extensa se ha suicidado.

El suicidio abarca un amplio espectro de conductas que se pueden suceder progresivamente:

- 1. Ideación suicida:** presencia de ideas relacionadas con el suicidio, desde pensamientos vagos hasta planes detallados. Es necesario considerar que la adolescencia, habitualmente, suele cursar con pensamientos de muerte.
- 2. Búsqueda en internet de testimonios, formas y medios para consumarlo.**
- 3. Elaboración y acción de muerte.**

Según los datos publicados por el (INE, 2023) en el año 2022 ha habido 75 suicidios consumados (44 chicos y 21 chicas) mientras que en 2021 se produjeron 53 suicidios (28 chicos y 25 chicas), aumentando así en un 41%.

¹ Con el fin de facilitar la lectura de la ficha, se utilizarán los términos “profesores”, “alumnos”, “niños”, “orientadores”, “psicólogos”, “compañeros”, y “menores” para hacer referencia tanto al sexo femenino como al masculino.



Señales de alarma

Es importante tener en cuenta que un intento de suicidio tiene siempre una causa subyacente. El origen puede ser muy variado y diverso, por lo que no existe un patrón delimitado. Cada persona es única y si hay cualquier indicio de sospecha es necesario actuar.

En el aula

- Descuido excesivo del aspecto personal, de la higiene, del rendimiento académico, etc.
- Muestra una conducta descontrolada (por ejemplo, aumento de irritabilidad, ira).
- Muestra comportamiento agresivo y hostil o se muestra muy inhibido, como adormilado en exceso. Aislamiento social.
- Disminuye el rendimiento y bajan las calificaciones. Bajo rendimiento académico, falta de concentración.
- Cambios de humor, y de rutina.
- Presenta quejas relacionadas con su salud física.

En la relación con los compañeros

- Anhelo de muerte al conversar, escribir o dibujar. Los dibujos pueden ser negros o rojos. Fuentes consultadas: web, libros sobre suicidio y muerte.
- Suelen perder el grupo de referencia y encontrarse más solos.
- Habla o escribe sobre la muerte. Dice frases como: "Ojalá me muera" o "Estoy cansada/o de la vida".
- Tras una gran agitación, presenta un periodo de calma y tranquilidad repentino. Esta circunstancia puede revelar que la persona ha resuelto el conflicto entre sus deseos de vivir y de morir en favor de estos últimos.
- Puede realizar rituales de despedida como quitarse la foto de redes sociales y cerrar sus perfiles, regalar sus pertenencias más apreciadas (objetos de la infancia que le marcaron), escribir sobre lo vivido, etc.

En tutoría

- Comportamientos arriesgados. Por ejemplo, sentarse cerca de una ventana, saltar desde sitios muy altos, jugar con fuego o elementos punzantes.
- Dispone de algún medio para suicidarse (acumular medicación, llevar consigo el tóxico, la cuerda, etc.).
- Tiene un plan para un intento de suicidio; usualmente, mientras más detallado sea el plan, mayor es el riesgo.
- Ha vivido un acontecimiento vital estresante (accidente, fallecimiento cercano, enfermedad, mudanza, divorcio).
- Ha cambiado radicalmente su comportamiento y forma de ser tanto en casa como en la escuela.
- Se valora negativamente, sintiéndose una carga o un problema para los demás.
- Manifiesta sentimientos intensos y abrumadores de culpa, vergüenza y odio hacia sí mismo ("no valgo para nada", etc.).
- Tiene un alto nivel de autoexigencia, con reproches constantes contra sí mismo.
- Un amigo, compañero, familiar o persona admirada (como una figura deportiva o un músico) que recientemente haya intentado suicidarse o se haya suicidado.
- Posible estrés causado, entre otras causas, por cambios físicos relacionados con la pubertad, enfermedad crónica y/o infecciones de transmisión sexual.
- Tiene dudas sobre su orientación y/o identidad sexual.
- Expresar un sufrimiento extremo: ya no puede soportar o tolerar más una situación o estado vital ("esta vida es un asco", "mi vida no tiene sentido", "todas mis dificultades terminarán pronto", "no hay nada que nadie pueda hacer para ayudarme ahora", "simplemente no puedo seguir adelante", "desearía no haber nacido", "todos estarán mejor sin mí").

Referencias bibliográficas

Instituto Nacional de Estadísticas. (2023). *Defunciones según la Causa de Muerte*. https://www.ine.es/prensa/edcm_2022_d.pdf

PSICOSIS



Introducción

La psicosis es un trastorno que se asocia erróneamente con personas impulsivas y peligrosas, a menudo vinculadas a internamientos en instituciones sanitarias. Sin embargo, es crucial comprender que personas cercanas a nosotros, como amigos¹, familiares o colegas, pueden haber experimentado episodios psicóticos. La psicosis afecta significativamente la vida de quienes la padecen, con consecuencias en su entorno familiar, social y laboral. Constituye un indicio claro de que la persona requiere atención de un profesional de la salud (médico, psiquiatra, psicólogo clínico o sanitario).

Un brote psicótico es un estado mental en el que la alteración de los pensamientos y emociones lleva a que la persona pierda parcial o totalmente el contacto con la realidad y la interprete de manera errónea, sin poder ser en ocasiones persuadida de lo contrario.

Además de las alteraciones mencionadas anteriormente, el desarrollo general de la persona (a nivel social para relacionarse con sus iguales, del lenguaje y su expresión oral...) puede verse gravemente afectado. En niños y adolescentes, la presencia de psicosis afecta directamente al desarrollo del sentido de la identidad.

En la adolescencia, el consumo de sustancias (especialmente cannabis, cocaína, alcohol, y sedantes), es uno de los principales desencadenantes de episodios psicóticos. También puede estar relacionado con algunas enfermedades del cerebro o el tiroides.

La psicosis afecta al 3% de la población mundial. El primer brote suele aparecer entre los 20 y 30 años de edad, aunque pueden darse casos de aparición en la adolescencia y de forma muy rara en menores de 13 años. En menores de edad, con frecuencia coincide con la presencia de una discapacidad intelectual o con un trastorno del neurodesarrollo (Crespo et al., 2010).

¹ Con el fin de facilitar la lectura de la ficha, se utilizarán los términos "profesores", "alumnos", "niños", "orientadores", "psicólogos", "compañeros", "amigos" y "menores" para hacer referencia tanto al sexo femenino como al masculino.



Señales de alarma

La psicosis en adolescentes puede desarrollarse a lo largo de varios meses, e incluso años. Existen comportamientos y reacciones fuera de la normalidad que pueden ayudar a su detección temprana. Si los signos que se exponen a continuación aparecen bruscamente, lo más frecuente es que se relacione con el consumo de tóxicos.

Para facilitar su identificación, los síntomas se agrupan en 5 tipos de señales. Recuerde que la presencia de una o varias de estas señales no es indicativo necesariamente de la presencia de un episodio de tipo psicótico. Las señales son indicios de que esto podría estar sucediendo, y buscan ayudarle a saber cómo orientar la ayuda:

Delirios

Ideas irreales, habitualmente extrañas e imposibles, que el alumno cree firmemente, siendo difícil convencerlo de lo contrario. Comportamientos relacionados con delirios:

- Mostrar miedo o nerviosismo injustificados, con una excesiva exaltación.
- Pensamientos repetitivos de que los demás le van a herir.
- Preocupación excesiva por los pensamientos de los demás hacia su persona. Puede llegar a narrar cuando se le pregunta "los demás están en contra mía", "me están persiguiendo", "se ríen de mí" ...
- Comportamiento temeroso cuando está en compañía, como girarse constantemente o mostrar hipervigilancia.
- Actitud vigilante y desconfiada hacia los demás.

Alucinaciones

Percepciones irreales, aunque se sienten de forma muy real y con un correlato emocional muy importante, a veces llevando a la persona a actuar en consecuencia. Experiencias asociadas con alucinaciones:

- Sensación de engaño por parte de su propio cerebro.
- Sensibilidad excesiva hacia olores, tacto, sonidos o luces.
- Percepción de luces, sonidos u olores que no existen en realidad.

Alteraciones del lenguaje

Reflejo de dificultades en el pensamiento, incluyendo bloqueos y cambios en la velocidad del pensamiento, que se perciben por los demás como alteraciones en el discurso.

Características:

- Dificultad para mantener una conversación fluida, con problemas para estructurar frases y posiblemente utilizando expresiones incoherentes.
- Dificultad para explicarse si no se le entiende.
- Cambios de tema bruscos, sin sentido.
- Mayor pobreza en el lenguaje, no consigue llegar al nivel de sus compañeros.

Alteraciones del comportamiento

- Comportamiento muy diferente del habitual, llegando a dar la impresión de ser "otra persona".
- Incapacidad para llevar a cabo tareas habituales con eficacia, perjudicando su rendimiento académico.
- Mayor lentitud de movimientos: torpeza y pérdida de agilidad.
- Cambios drásticos en rutinas de alimentación y sueño.
- Inquietud: incapacidad para permanecer sentado o esperar con tranquilidad.

Pérdida de interés, disminución de la expresión afectiva, desmotivación y desgana

(Recuerde que hacemos referencia siempre a un cambio repentino y rápido en estos aspectos)

- Pérdida de motivación o energía: antes podía interaccionar y mostraba interés en compartir actividades y salir y ahora se objetiva que no puede.
- Pérdida de interés en actividades o temas que antes le gustaban.
- Pérdida de interés en su aspecto personal: desaliñado, despeinado, deja de mantener un orden.

Algunas de estas señales o variaciones de las mismas dependen del contexto, también podrían ser referidas por la familia, en una tutoría, o por los cuidadores del comedor o los compañeros.



Abordaje

Si cree que un alumno está desarrollando un cuadro psicótico, no debe ignorar las señales que haya detectado. Si sospecha que algo así puede estar sucediéndole a un alumno es necesario comunicarlo al Comité Directivo, preferiblemente al miembro más cercano al alumno, que suele ser el jefe de estudios de la etapa correspondiente (E.S.O. o bachillerato). En ese momento, se debe contactar con el orientador del colegio con el fin de abordar el problema con el alumno y su familia de la mejor manera posible, siguiendo así el protocolo establecido en el centro escolar en caso de ser necesario.

1 ¿Puedo acercarme a hablar con el alumno?

Primero, valore su propia regulación emocional y su capacidad para hablar con el menor. Si no se siente capaz, intente buscar a otra persona del centro educativo.

Para elegir a la persona adecuada que vaya hablar con el alumno, valore previamente la confianza mostrada y vínculo por el alumno de compartir sus pensamientos, emociones y acciones.

Acercarse y hablar con el alumno acerca de los comportamientos que haya observado y que le resulten preocupantes, puede brindar al alumno una sensación de alivio, al saber que alguien reconoce las dificultades a las que se está enfrentando.

2 ¿Qué queremos conseguir?

Si sospecha que el alumno está desarrollando un brote psicótico:

Se necesita que el alumno reciba ayuda profesional adecuada, lo antes posible. Los trastornos psicóticos tienen mejor pronóstico cuando el tratamiento se inicia de forma precoz.

Para que cualquier persona, niño o adulto, sea capaz de pedir ayuda y mostrar aspectos vulnerables o difíciles, necesita un contexto de seguridad. Usted solo no puede generar un contexto de seguridad, pero puede contribuir a ello: las sugerencias que ofrecemos en esta guía buscan ayudarle a usted a saber cómo contribuir a crear este ambiente de seguridad, donde el alumno se atreva a mostrarse y dar estos pasos.

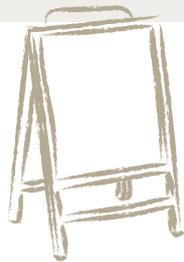
Hágale saber al alumno que la ayuda está disponible para él cuando se sienta preparado y que no está solo.

En lugar de forzar un cambio, es mejor brindar apoyo, sugerir algunos pasos que pueden darse para pedir ayuda, y estar dispuestos a tener varias conversaciones si es necesario. La paciencia es clave, ya que la persona puede tener dificultades para confiar en los demás.

Referencias bibliográficas

Crespo, B., Pérez, R., Gaité, L., Mata, I., Rodríguez, J. M., Martínez, O., Pardo, G., Ayesa, R., González, C., Caseiro, O., & Vázquez-Barquero, J. L. (2010). *Guía de psicoeducación para las familias de personas diagnosticadas de psicosis*.

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)



Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son una alteración persistente en la alimentación y su proceso de digestión que causa un deterioro significativo de la salud física y el funcionamiento personal, familiar, social y académico. Los TCA más conocidos son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón.

Los comportamientos relacionados con los TCA incluyen principalmente el consumo excesivo o insuficiente de alimentos, la realización de conductas purgativas (inducir el vómito o usar laxantes, diuréticos o enemas), la pérdida de control en la ingesta de ciertos alimentos y una excesiva preocupación por el peso.

La mayoría de los TCA comienzan en la adolescencia y preadolescencia. En España la prevalencia de TCA en adolescentes varía entre el 12% y el 21% (Adelantado-Renau et al., 2018; López-Gil et al., 2023; Veses et al., 2014).

En la adolescencia la autoestima se encuentra muy unida a la imagen corporal, los cánones propuestos por la sociedad y los deseos de encajar con el grupo de iguales.



Señales de alarma

Es importante estar atento a las señales de alarma e identificar los síntomas que aparecen de estos trastornos para anticipar las consecuencias y el riesgo de cronificación. Generalmente son trastornos que no se identifican hasta que están avanzados.

En el aula

- En clase de educación física: puede no querer participar o aumentar la actividad física o la intensidad con la que hace los ejercicios.
- Actitud pasiva en lo académico, con pérdida de interés, poca participación y estudio.
- Dificultades para concentrarse o centrarse en clase.
- Temor al fracaso académico y evitación de actividades por ello.
- Desvalorización del propio trabajo académico, incluso si es de calidad.
- Cambios en el estado de ánimo.
- Quejas sobre cambios de temperatura y escalofríos.
- Mareos o vértigos.
- Empleo de ropa ancha, para ocultar el cuerpo.

En el trato con los compañeros¹

- Pueden ser de lo más diversas, desde el aislamiento social a alumnos con mucho liderazgo entre sus compañeros.
- Tema recurrente de conversación: moda y comidas.
- Conductas de irritabilidad y desprecio a los demás.

¹ Con el fin de facilitar la lectura de la ficha, se utilizarán los términos “profesores”, “alumnos”, “niños”, “orientadores”, “psicólogos”, “compañeros”, y “menores” para hacer referencia tanto al sexo femenino como al masculino.

En la tutoría

Éstas señales son más evidentes cuando el TCA comienza a aparecer, está avanzando el curso o el profesor conoce al alumno de cursos anteriores, y entonces, puede comparar la situación actual del alumno:

- Baja autoestima y autodesprecio.
- Autoexigencia, perfeccionismo y responsabilidad excesivos.
- Excesiva preocupación por el cuerpo y la figura.
- Percepción errónea de su propio cuerpo.
- Sentimientos de no ser entendido por su familia o su grupo de amigos.
- Signos físicos: sequedad en la piel, callosidades en las manos.
- Mentiras.
- Insatisfacción personal en distintas áreas: especialmente en su relación consigo mismo y con los demás.

En el comedor y recreo

- Come de forma muy rápida o muy lenta.
- Puede tardar mucho en comer porque mastica mucho tiempo, corta los alimentos en trozos muy pequeños o juega con la comida, especialmente los alimentos más calóricos, pudiendo verbalizar el rechazo hacía algunos de ellos.
- Pide alimentos "más sanos".
- Con frecuencia se queja de dolores o intolerancias, especialmente de estómago para evitar comer, incluso pidiendo dieta blanda habitualmente.
- Se muestra ansioso o irritable cuando se acerca la hora de comer.
- Trata de esconder comida.
- Después de comer, acude con frecuencia al baño y pasa mucho tiempo allí.
- Cambios en la vitalidad: algunos más cansados y menos involucrados, mientras que otros aumentan la actividad para quemar calorías, por ejemplo, realizando actividad física en el patio después de la comida.

Referencias bibliográficas

Adelantado-Renau, M., Beltran-Valls, M. R., Toledo-Bonifás, M., Bou-Sospedra, C., Pastor, M. a C., & Moliner-Urdiales, D. (2018). The risk of eating disorders and academic performance in adolescents: DADOS study. *Nutrición Hospitalaria*, 35(5), 1201. <https://doi.org/10.20960/nh.1778>

López-Gil, J. F., Jiménez-López, E., Fernández-Rodríguez, R., Garrido-Miguel, M., Victoria-Montesinos, D., Gutiérrez-Espinoza, H., Tárraga-López, P. J., & Mesas, A. E. (2023). Prevalence of Disordered Eating and Its Associated Factors From a Socioecological Approach Among a Sample of Spanish Adolescents: The EHDLA Study. *International Journal of Public Health*, 68. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1605820>

Veses, A. M., Martínez-Gómez, D., Gómez-Martínez, S., Vicente-Rodríguez, G., Castillo, R., Ortega, F. B., González-Gross, M., Calle, M. E., Veiga, O. L., & Marcos, A. (2014). Physical fitness, overweight and the risk of eating disorders in adolescents. The <sc>AVENA</sc> and <sc>AFINOS</sc> studies. *Pediatric Obesity*, 9(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2012.00138.x>