

REVISTA DE
**PSICOPATOLOGÍA
Y SALUD MENTAL**
DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Noviembre 2025 • Nº 46



REVISTA DE
**PSICOPATOLOGÍA
Y SALUD MENTAL**
DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Por una investigación sostenible en salud mental

Xavier Costa	Jefe de Redacción
Aina Trepas	Secretaría
María José Muñoz	Maquetación
Irene Pascual	Técnica de comunicación
Míriam Berrio	Administración y Contabilidad

Traducción (l^{inglés}, f^{francés}, i^{italiano}, p^{portugués}, c^{atalán}):
Montserrat Balcells^{IT}, Xavier Costa^I, Jordi Freixas^F, Mireia Ramon^I, Núria Ribas^I,
Camille Riu^F, Pilar Tardío^F, Brenda Tarragona^I, Elena Venuti^{IT} y Montserrat Viñas^P

Revisión de textos: Scheherezade Surià^I y Servei d'Assessorament Lingüístic^C

Publicación semestral

Edición y Publicación: [Fundació Orienta](#)
C/ Cardenal Vidal i Barraquer, 28 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Tel. +34 93 635 88 10

E-mail: revista@fundacioorienta.com

Facebook: www.facebook.com/revistadepsicopatologia

Página web: www.fundacioorienta.com

En la página web pueden consultarse los sumarios y resúmenes de los números publicados hasta la fecha, así como las normas de publicación y las condiciones para establecer canje o suscribirse a la revista.

La *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente* publica los resúmenes también en catalán en soporte a la lengua propia de Catalunya, donde la Fundación Orienta tiene su sede.

Impresión: Gráficas HERCU
ISSN 3081-2712 (edición en línea) - ISSN: 1695-8691 (edición impresa)
Dep. Legal: 13716/2003

La opinión expresada en los artículos es responsabilidad exclusiva de los autores.
La reproducción, utilizando cualquier método, de cualquier artículo de esta revista se tendrá que solicitar previamente, por escrito, a la redacción.

Como norma general, el estilo de la Revista procura que haya simetría en los tratamientos de hombres y mujeres y que los términos que se utilizan incluyan ambos géneros. No obstante, tal y como recomienda la Real Academia Española, la actual tendencia al desdoblamiento indiscriminado del sustantivo en su forma masculina y femenina va contra el principio de economía del lenguaje y se funda en razones extralingüísticas. Por tanto, el estilo de la Revista evita estas repeticiones, que generan dificultades sintácticas y de concordancia, y complican innecesariamente la redacción y lectura de los textos. El uso genérico del masculino, por tanto, se basa en su condición de término no marcado en la oposición masculino/femenino. La mención explícita del femenino solo se justifica cuando la oposición de sexos es relevante en el contexto.

La *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente* está incluida en los índices bibliográficos siguientes: ISOC-CSIC, Psicología y Sumarios ISOC; PSICODOC, del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; LATINDEX; COMPLUCOC, Universidad Complutense de Madrid, IBECS, de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del Instituto de Salud Carlos III y DIALNET.

CONSEJO DIRECTIVO

Director:

Alfons Icart *Psicólogo, Psicoanalista (SEP-IPA), Psicoterapeuta de niños, adolescentes y familias. Presidente del Patronato de la Fundació Orienta.*

Vocales:

Cayetano García-Castrillón *Médico Psiquiatra y Psicoanalista Didacta de la Sociedad Española de Psicoanálisis y de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Sevilla.*

Rubén D. Gualtero *Sociólogo. Ex Redactor jefe de la Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente. Barcelona.*

Marina Mestres *Psicóloga y fisioterapeuta. Coordinadora del Centre de Recerca i Formació Carrilet (Barcelona), Fundadora de Espai Essen. Lleida.*

Alberto Lasa *Psiquiatra, Profesor titular en la Universidad del País Vasco y profesor asociado en la Universidad de Deusto. Guetxo (Vizcaya).*

Juan Pablo Rozén *Médico psiquiatra especialista en psiquiatría infanto-juvenil. Fundació Orienta. Barcelona.*

Jorge Tizón *Psiquiatra y Neurólogo, Psicólogo y Psicoanalista (SEP-IPA). Profesor del Institut Universitari de Salut Mental de la Universitat Ramon Llull. Barcelona.*

CONSEJO ASESOR Y LECTOR

Eulàlia Anglada (Barcelona)
Fernando Araos (Chile)
Eulàlia Arias-Pujol (Barcelona)
Jordi Artigue (Barcelona)
Graciela Ball (Argentina)
Hilda Botero (Colombia)
Lourdes Busquets (Barcelona)
Natalia Calvo Piñero (Barcelona)
Elena Castro (Chile)
Meritxell Centeno (Barcelona)
Elisabeth Cimenti (Brasil)
Marc Dangerfield (Barcelona)
Sergi de Diego (Barcelona)
M^a Dolores Domínguez (Santiago)
Fernando Dualde (Valencia)
Ricardo Fandiño (Ourense)
Laia Ferrer (Barcelona)
Marc Ferrer (Barcelona)
Jordi Freixas Dargallo (Barcelona)
Marta Gomà (Barcelona)
Fernando González Serrano (Bilbao)
Carmen Grifoll (Barcelona)
Laura Hernández (Barcelona)
Eduardo Jaar (Chile)
Clotilde Juárez (México)

Ana María Jiménez Pascual (Ciudad Real)
Laura Laguna (México)
Lluís Lalucat (Barcelona)
Marta Lapacó (Argentina)
José Luís Lillo (Barcelona)
Norka Malberg (Barcelona)
Jenna Mann (Barcelona)
Josep Mercadal (Barcelona)
Júlia Miralbell (Barcelona)
Maite Miró (Barcelona)
Àngels Morral (Barcelona)
Josep Moya (Barcelona)
María Inés Nieto (Colombia)
Diego Padilla (Madrid)
Fátima Pegenaute (Barcelona)
Ariadna Pérez-Domingo (Barcelona)
Carles Pérez-Testor (Barcelona)
Antonio de la Plata (Sevilla)
Núria Ribas (Barcelona)
Giancarlo Rigon (Italia)
Vanessa R. Pousada (Ourense)
Maria Jesús Rufat (Barcelona)
José Andrés Sánchez (Barcelona)
Jani Santamaría (México)
Monica Santolalla (Argentina)

Eulàlia Sayrach (Barcelona)
Assumpció Soriano (Barcelona)
Leandro Stitzman (Argentina)
Carlos Tamm Lessa de Sa (Londres)
Carme Tello (Barcelona)
Jorge Tió (Barcelona)
Elena Toranzo (Argentina)
Mariella Venturella (Barcelona)
Llúcia Viloca (Barcelona)

GRUPO PROMOTOR Y DE DIFUSIÓN

Marta Cabré
Sergi de Diego
Omar Díez
Maria de Querol
Jordi Freixas
Míriam Fuentes
Fernando Lacasa
Assumpció Soriano
Carme Tello
Jorge Tió
Tuulikki Trias
Juan Úbeda

REVISTA DE PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Noviembre / November 2025

46

Editorial.....7

Artículos / Articles

Escuchando un dueto para dos

[Listening to a duet for two](#)

Jeanne Magagna.....9

Evaluación sistemática de resultados en salud mental y atención temprana: la experiencia de ARSISAM

[Systematic evaluation of mental health and early care outcomes: the ARSISAM experience](#)

Júlia Miralbell, Elena Lloberas, Carles Descalzi, Jordi Riba, Teresa Ribalta y Francesc Vilurbina.....19

Drama en una vivienda de protección social. Escenas y posturas de cuidado

[Drama in social housing. Scenes and attitudes of care](#)

Rémy Puyuelo.....29

Desinstitucionalización y prácticas inclusivas en Italia: el papel de los clínicos

[Deinstitutionalization and inclusive practices in Italy: the role of clinicians](#)

Aldo Diavoletto, Franca Bottiglieri, Marianna Sessa y Anna Tortorella.....35

Papá, soy *Youtuber*. Infancias adolescentizadas

[Dad, I'm a *Youtuber*. Adolescent childhoods](#)

Karina Bacelar Pereira.....47

Las relaciones afectivas en la adolescencia contemporánea: una investigación-acción en las escuelas secundarias de Padua

[Emotional relationships in contemporary adolescence: action research in secondary schools in Padua](#)

Nivia-Pilar Nosadini y Matteo Paduanello.....57

Apoyo individualizado a la inserción laboral de jóvenes en el proyecto de atención a adolescentes con trastornos psiquiátricos Individualized support for the employment integration of young people in the project for adolescents with psychiatric disorders	Stefano Costa y Valentina Roncaglia.....	75
Análisis de la relación entre el uso de <i>Instagram</i> con la depresión, la ideación suicida y la soledad en estudiantes universitarios Analysis of the relationship between <i>Instagram</i> use and depression, suicidal ideation, and loneliness in university students	Iris Catalán-Pérez y Helena Garrido-Hernansaiz.....	81
Perspectivas / Perspectives		105
Reseñas bibliográficas / Books reviews		111
<i>In memoriam</i>		115
En el próximo número / In the next number		123

Editorial

Apreciados lectores.

En esta editorial del mes de noviembre, quiero expresar un reconocimiento a dos personas que ya no están entre nosotros, y que de forma distinta han sido de gran valor tanto para la *Fundació Orienta* como para la difusión de la nuestra Revista.

Por un lado, me refiero al estimado e inolvidable Dr. Valentin Barembilit, psiquiatra y psicoanalista, que desgraciadamente nos dejó hace poco. El Dr. Barembilit, quien llegó a Catalunya tras ser perseguido por la dictadura de Pinochet en Argentina, tuvo un papel muy importante en los inicios de la creación de nuestra organización. Sus aportaciones durante largas reuniones y durante muchos sábados dio lugar a una mayor cohesión del grupo de profesionales. Todos éramos inexpertos y estábamos finalizando la carrera o empezando con nuestra formación específica en la psicología psicodinámica. Sus largas reflexiones fueron de gran utilidad en la organización del grupo, y nos ayudaron a definir normas y objetivos. Aquellas bases que construimos con su ayuda, en las reuniones de los sábados, han sido los fundamentos donde en este momento se sustenta la *Fundació Orienta*.

Los profesionales que nos dedicamos a la atención a la infancia y la adolescencia, para comprender bien la conducta y los trastornos de nuestros pacientes nos fijamos en cómo fueron las primeras relaciones. Si hubo un buen apego, si las primeras relaciones potenciaron las buenas experiencias, la buena relación con el objeto y si esta relación fue tolerante con el deseo de experimentar del niño. Porque si el bebé se siente seguro es porque ha integrado unos padres seguros y respetuosos, un buen apego, que le da confianza para seguir descubriendo su entorno, crecer y experimentar.

De la misma manera que el bebé con un buen apego en sus primeras relaciones desarrolla seguridad y confianza en sus capacidades, lo cual le permite desarrollarse sanamente, a nosotros aquellas reflexiones con el Dr. Valentin Barembilit en nuestros inicios nos sirvieron para sentar buenas bases a lo que hoy es la *Fundació Orienta*. Hoy, la *Fundació Orienta* es una empresa seria, solvente y referente en la atención de la salud mental de la infancia y de la adolescencia y sus familias, con prestigio por la calidad que demuestra en la atención de sus clientes, en el sector encargado por el sistema catalán de salud. Gracias, Dr. Valentin Barembilit.

La otra persona a la que me quiero referir es el Sr. Ignasi Riera i Gasiot. Alrededor del año 2000, pasaron muchas cosas en la *Fundació*. Hacía poco que habíamos pasado de asociación a fundación, habíamos integrado el centro de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ) de l'Hospitalet y por tanto pasábamos a gestionarlo, habíamos puesto en marcha el primer hospital de día para adolescentes en Catalunya sectorizado e integrado en la comunidad, etc. Seguramente se nos hacía difícil gestionar aquella expansión.

Conocí a Ignasi Riera en unas jornadas *castelleras* en 1998, en Cornellá, en las cuales los dos participamos en la misma mesa. Le propuse tener una reunión para informarle de la *Fundació* y la posibilidad de integrarse en su patronato. La reunión tuvo lugar en el Parlament de Catalunya, donde era parlamentario. Fue una entrevista muy agradable, cordial y gratificante, pues además de sentirme comprendido, y apoyado en aquellos momentos difíciles, aceptó mi sugerencia. Presenté la propuesta en la reunión del Patronato, y en la siguiente ya se incorporó como patrón.

Su incorporación al Patronato fue muy aplaudida por los demás miembros y su compromiso humano, su estilo fresco, crítico e irónico, además de transmitirnos un nuevo aire a todos, a mí personalmente me ayudó a superar aquellos momentos de cierta inseguridad, fruto del crecimiento rápido que teníamos. Él, con su visión de futuro y su seguridad en sí mismo, nos transmitió el entusiasmo y seguridad que nos permitieron integrar el CSMIJ de l'Hospitalet. Con el valor que le daba al papel impreso, nos animó a poner en marcha esta Revista; y, siendo la presidenta del patronato y alcaldesa de St. Boi la Sra. Montserrat Gibert, Ignasi nos ayudó a organizar el premio a la investigación que, junto con la Revista, convocamos cada dos años. Ignasi Riera era ilusión, entusiasmo, generosidad y mucha energía.

Al final de la Revista podéis leer unos comentarios que Diana, hija del Dr. Valentin Barembliit y Berta, hija del Sr. Ignasi Riera, les dedican respetivamente a sus padres en nombre de toda la familia

Respecto los artículos, este número abre con la reflexión de Jeanne Magagna, quien nos invita a escuchar la relación terapéutica como un “dueto para dos”, donde la musicalidad y el silencio se convierten en instrumentos esenciales de encuentro emocional. A continuación, el equipo de ARSISAM presenta una valiosa experiencia de evaluación sistemática de resultados en salud mental y atención temprana, mostrando cómo la integración de datos empíricos puede mejorar la calidad asistencial y favorecer la investigación. En un registro más comunitario, Rémy Puyuelo nos aproxima a la intervención en situaciones de urgencia y al valor del gesto y la escenificación como formas de mediación simbólica en el trabajo con niños y familias. Desde Italia, Aldo Diavoletto y colaboradores revisan el camino de la desinstitutionalización y las prácticas inclusivas, destacando el papel de los clínicos en la lucha contra las desigualdades. Por su parte, Karina Bacelar reflexiona sobre la progresiva “adolescencia” de la infancia en el contexto digital, donde los límites entre el juego, la imagen y la identidad se difuminan. También desde el ámbito educativo italiano, Nivia-Pilar Nosadini y Matteo Paduanello comparten una experiencia de “investigación-acción” en centros de enseñanza secundaria, centrada en la educación afectiva y sexual como vía de empoderamiento y promoción del bienestar adolescente. En la misma línea de intervención comunitaria, Stefano Costa y Valentina Roncaglia presentan el proyecto IPS Young, que ofrece apoyo individualizado a la inserción laboral de jóvenes con trastornos psiquiátricos graves, mostrando sus resultados en términos de funcionamiento social. Finalmente, Iris Catalán-Pérez y Helena Garrido-Hernansaiz exploran la relación entre el uso de *Instagram* y variables como la depresión, la ideación suicida y la soledad en estudiantes universitarios, aportando nuevas claves sobre los efectos psicológicos de las redes sociales en la juventud contemporánea. Un conjunto de artículos que, desde perspectivas diversas, comparten una misma mirada: la de una clínica viva, atenta a los cambios sociales y comprometida con la comprensión profunda de la experiencia humana.

Además, en este número inauguramos la nueva sección *Perspectivas*, un espacio destinado a acoger opiniones y análisis de expertos sobre temas de actualidad en salud mental infanto-juvenil. La sección está abierta tanto a quienes deseen proponer un texto propio como a quienes quieran comentar alguno de los publicados. Todas las propuestas serán valoradas por la dirección de la revista antes de su posible publicación. Esta primera entrega, titulada *Cicatrices invisibles: la infancia en Gaza y el trauma del conflicto*, a cargo de María Verónica Jimeno, aborda con rigor y sensibilidad el impacto psicológico del conflicto armado sobre los niños y adolescentes, subrayando la urgencia de una responsabilidad global en la protección de la infancia frente a la violencia. Su lectura inaugura el espíritu de esta nueva sección: un espacio de reflexión crítica, compromiso ético y diálogo interdisciplinar ante los retos más acuciantes de nuestro tiempo.

Alfons Icart
Director

Escuchando un dueto para dos

JEANNE MAGAGNA¹

RESUMEN

Escuchando un dueto para dos. El artículo explora el proceso terapéutico desde una perspectiva psicoanalítica, examinando el papel de la escucha profunda y la musicalidad en la relación entre el terapeuta y el paciente. También explora cómo la voz del terapeuta y la musicalidad del discurso -desde el tono y el ritmo hasta la intensidad emocional- actúan como un medio a través del cual se comunica el material inconsciente. Se enfatiza la importancia de ajustarse al estado emocional del paciente a través de sus expresiones vocales y gestos, en lugar de basarse únicamente en interpretaciones intelectuales. A través de estudios de caso, se destaca cómo la comunicación no verbal, especialmente mediante gestos y el silencio, desempeña un papel fundamental en descubrir heridas emocionales profundas. Se concluye reflexionando sobre la relación terapéutica como un “dueto para dos”, donde tanto el paciente como el terapeuta participan en una experiencia emocionalmente receptiva y mutuamente transformadora, fomentando la curación y el crecimiento. **Palabras clave:** *escucha profunda, psicoanálisis, musicalidad, voz, comunicación no verbal.*

ABSTRACT

Listening to a duet for two. The article explores the therapeutic process from a psychoanalytic perspective, examining the role of deep listening and musicality in the therapist-patient relationship. It also explores how the therapist's voice and the musicality of speech -from tone and rhythm to emotional intensity- act as a medium through which unconscious material is conveyed. It emphasizes the importance of attuning to the patient's emotional state through their vocal expressions and gestures, rather than relying solely on intellectual interpretations. Through case studies, it highlights how non-verbal communication, especially through gestures and silence, plays a critical role in uncovering deep emotional wounds. It concludes by reflecting on the therapeutic relationship as a “duet for two,” where both patient and therapist participate in an emotionally receptive and mutually transformative experience, fostering healing and growth. **Keywords:** *deep listening, psychoanalysis, musicality, voice, non-verbal communication.*

RESUM

Escoltant un duet per a dos. L'article explora el procés terapèutic des d'una perspectiva psicoanalítica, examinant el paper de l'escolta profunda i la musicalitat en la relació entre el terapeuta i el pacient. També explora com la veu del terapeuta i la musicalitat del discurs—des del to i el ritme fins a la intensitat emocional—serveixen com a mitjà a través del qual es comunica el material inconscient. S'emfatitza la importància d'ajustar-se a l'estat emocional del pacient a través de les seves expressions vocals i gestos, en lloc de basar-se només en interpretacions intel·lectuals. A través d'estudis de cas, es destaca com la comunicació no verbal, especialment mitjançant gestos i el silenci, juga un paper fonamental en descobrir ferides emocionals profundes. Es conclou reflexionant sobre la relació terapèutica com un “duet per a dos”, on tant el pacient com el terapeuta participen en una experiència emocionalment receptiva i mútuament transformadora, fomentant la cura i el creixement. **Paraules clau:** *escolta profunda, psicoanàlisi, musicalitat, veu, comunicació no verbal.*

Desarrollando un corazón receptivo

Me gustaría que escucharan, durante un minuto, a Grigory Sokolov interpretando el segundo movimiento del *Concierto Italiano* de Bach (1). Se puede percibir cómo la mano izquierda sostiene los acordes base de manera casi constante. Simultáneamente, la mano derecha baila

con valentía, tejiendo una melodía inspiradora que descansa sobre la seguridad de los acordes base.

Imagino que el método psicoanalítico es como los acordes base de Bach, proporcionando seguridad para que mi alma y mi cuerpo interactúen espontáneamente con el paciente. Tal vez, mi interacción espontánea con el paciente

¹Psicoterapeuta de niños, adultos y familias.
Contacto: jm@magagna.co.uk

Recibido: 24/3/25 - Aceptado: 5/5/25

refleje las notas agudas que danzan libremente en el *Preludio* del *Concierto Italiano* de Bach. A lo largo de estos cincuenta años, mi propia recuperación personal de partes perdidas de mí misma ha ocurrido a través de una escucha profunda de la musicalidad en la voz del paciente.

Posteriormente, aprendí en una charla de Colwyn Trevarthen en YouTube (Education Scotland, 2016) que la mano izquierda del bebé facilita vías para la autorregulación emocional, mientras que la derecha se comunica imaginativamente con mensajes rítmicos más expresivos hacia otra persona. Trevarthen añade que hay una manifestación intensa de la emoción a través de los gestos corporales y vocales. Existe una musicalidad narrativa en la proto-conversación, presente cuando los gestos de las manos del bebé se elevan y caen siguiendo el ritmo musical que reside en el canto o el habla de la madre.

El *self-bebé* está en sintonía con el estado mental de la madre en una musicalidad comunicativa de proto-conversación. Esta es la parte no declarativa y pre-simbólica del cerebro del bebé.

La musicalidad de la voz

La musicalidad de la voz expresa algo que aún no está representado ni puede ponerse en palabras.

El tono de la voz revela los secretos del corazón.

El ritmo lento de la voz muestra el corazón infantil herido, mientras que el ritmo rápido y excitado tiende a ocultarlo.

La suavidad y la aspereza de la voz revelan el discurso interno del inconsciente antes de que se formen los símbolos adecuados para que las palabras y los sueños puedan ser expresados de manera consciente.

Henri Rey escribió *That which the patient brings to analysis* (1988), donde sugiere que el paciente trae consigo un vínculo emocional roto con la madre internalizada. A su vez, también me pregunto: “como psicoterapeuta, ¿qué vínculos emocionales rotos traigo a mi trabajo terapéutico con el paciente para ser sanados?”. Siento que, al igual que el paciente, también traigo partes escindidas y no simbolizadas de

mi *self* infantil afligido para ser sanadas. De hecho, me di cuenta de esto cuando, durante la primera parte de la observación de un bebé con la psicoanalista Esther Bick, me congestioné por un resfriado, muy similar al que me ahogaba durante mi infancia. En realidad, creo que uno de los factores de sanación más influyentes en mi desarrollo emocional ocurrió cuando fui paciente en un análisis mientras observaba a un bebé. Sentí que no tenía otra tarea más que observar con atención la interacción y la experiencia, e identificarme plenamente con los estados mentales primitivos del bebé mientras su personalidad se desarrollaba en el contexto de su familia (Magagna, 2002).

Una comprensión corporal más profunda del estado mental en desarrollo del bebé se crea mediante la atención a sus gestos corporales y llantos. Esther Bick, psicoanalista infantil, que inició la observación de bebés en la Clínica Tavistock, me interrogó a mí, el observador. Me pidió que evocara en ella, mediante mi entonación vocal, una imitación precisa de las vocalizaciones del bebé. También tuve que imitar el tono de voz de la madre al responder al bebé mediante el canto, el habla y expresiones como “oh” y “ah”. Bick me hizo esta petición de forma reiterada hasta que los sonidos de los llantos del bebé se asentaron en el escenario de nuestras mentes y crearon una profunda experiencia de contratransferencia en nuestros corazones. Hablo sobre esto en mi artículo *Three years of infant observation with Mrs Bick* (Magagna, 2002). Como dije, siento que, mediante la escucha profunda, mientras me identifico y observo a bebés de diversas culturas, he rescatado de mi inconsciente tanto aspectos físicos como emocionales de mi propia *alma y cuerpo infantiles*. Un ejercicio importante para mí, trabajando en muchos continentes, es escuchar la musicalidad comunicativa en las voces de los participantes al pronunciar idiomas que no entiendo. Al hacerlo, imagino sus actitudes ante las interacciones de los distintos miembros de la familia. Escucho empatía compasiva, críticas, intelectualización y sobre-identificación con algún miembro de la familia, generalmente el bebé. Es un ejercicio útil para intentar ser más consciente de mi propia *musicalidad comunicativa* (Malloch y Trevarthen, 2009), cuando interactúo con la del paciente.

Además, al experimentar a un padre completamente implicado en el cuidado de su bebé, encontré un *self* que estaba afligido por la ausencia de un padre, ocupado con sus compromisos laborales.

La escucha profunda del analista

Inicialmente, cuando estudié psicoanálisis, me aferraba de manera intelectual y casi adhesiva a la teoría psicoanalítica. Esto me recordaba a cuando aprendía las notas de piano. Me aferraba con fuerza a las notas en la partitura, pero estaba tan ansiosa por acertar que no ponía pasión en mi manera de tocar. Gradualmente, al poder identificarme más plenamente con la “buena figura internalizada” -mi psicoanalista internalizado, Herbert Rosenfeld-, me liberé para adentrarme en el proceso espontáneo de escucha profunda llamado *Didiri* (Kalita, 2002). La *escucha profunda* es la forma de atención de los pueblos indígenas australianos, que no se limita simplemente al contenido de lo que se dice. Más importante aún: implica prestar atención a la musicalidad comunicativa de nuestra interacción. También supone ir más allá de las palabras y recibir en el corazón las profundas cualidades musicales presentes en la interacción entre el paciente y yo. A través de esta escucha, necesito comprender si estoy sintonizada o no con los sentimientos del paciente, encapsulados en la forma en que éste se expresa. En mi quietud, trato de identificarme plenamente con la intensidad vocal del paciente, su suavidad, disonancia, armonía, rapidez y lentitud, emoción apasionada, postura intelectual y otros diversos matices vocales. Escucho la calidad del sonido: cómo se desplaza, cambia y fluctúa. Escucho la musicalidad de la voz del paciente y la mía. He aprendido que si simplemente hablo desde mi *self* intelectual, las ondas cerebrales del paciente se alteran significativamente (Dosamentes-Beaudry, 1997). La *escucha profunda* es el comienzo de la sanación del *self* infantil encapsulado, no verbal y no declarativo, del paciente.

La escucha profunda del paciente

Descubrí que no sólo estoy aprendiendo a sanar a través de la escucha profunda, sino que

también el paciente presta atención, fundamentalmente, a las cualidades de mi voz al hablar. Herbert Rosenfeld (1990) y Wilfred Bion (1974, 1980), nuestro ocasional maestro en la Clínica Tavistock, indicaron que el paciente perturbado utiliza la escucha profunda para experimentar: “soy un paciente amado”, “soy un paciente poco interesante”, “soy un paciente odiado”, “soy un paciente criticado”, “soy un paciente aceptado y recibido”. Ahora, sin embargo, he llegado a comprender que la *musicalidad comunicativa* de mi voz es cuidadosamente escuchada e interpretada por el *self* infantil profundo de cada paciente.

Permítanme darles un ejemplo de lo que aprendí acerca de esto de parte de un adolescente de 18 años. Regina dijo firmemente: “sabes, mi padre perdía la calma muy a menudo y gritaba tan fuerte que yo me alegraba cuando él estaba en el trabajo. Estoy acostumbrada a la dureza con la que me criticaba por fumar, por salir hasta tarde. Cuando hablas con esa voz calma y suave, no me afecta. Realmente no me impulsa a sentir o actuar de manera diferente”. Cuando adecué mi voz a la de Regina, haciéndola más fuerte y firme, y acompañándola con un ritmo más acelerado y consonantes más marcadas, ocurrió algo sorprendente. Regina respondió a mi voz adaptada a la suya diciendo: “Fui a cenar con dos amigos y la comida estuvo realmente deliciosa; de verdad, una buena comida. Luego, cuando me levanté, los invité a todos. Entonces me pregunté, ¿por qué fui yo quien pagó?”.

Con mi voz más fuerte y adaptada a la suya le sugerí a Regina: “Quizás es muy difícil estar en la posición de recibir. Tal vez esto te hace sentir demasiado vulnerable, con el riesgo de sentirte herida y decepcionada.” Regina se emocionó al decir: “Estoy a punto de pensar que, después de la sesión, me apresuraré a leer ese libro.” Respondí: “Hemos tocado algo muy profundo en tu interior, alguna herida importante.” Entre lágrimas, Regina asintió lentamente: “Veo lo asustado que estoy de darme cuenta de esto.” Tras moverse y tocarse el cuello, Regina relató de manera conmovedora la historia de su infancia:

“Una noche lloraba tanto que mi madre, abrumada y frenética, me llevó a urgencias. Allí, el médico le dio unas pastillas para dormir y le dijo que debía usarlas para poder descansar.

¡Eso me dejó sola, una bebé alterada, llorando desesperadamente!”

A través de este encuentro terapéutico con Regina, me di cuenta de que soy una psicoterapeuta inadecuada si simplemente utilizo mi contratransferencia para intuir lo que siento en el momento presente con ella. Asimismo, comprendí que también soy una terapeuta incompetente si únicamente recorro a la teoría psicoanalítica para interpretar lo que pienso que significa lo que el paciente dice. *Necesito escuchar con mayor atención la forma en la que hablo* y tratar de sintonizar con la musicalidad de la forma de expresarse del paciente. Después de que Regina y yo discutiéramos esta experiencia de su llanto no escuchado, describí lo sucedido entre nosotras y le dije: “Me hiciste darme cuenta de que necesito hablarte al estilo de Rachmaninoff”. Regina respondió: “Sí, no como Bach o Chopin, ellos no resuenan conmigo.” Pensé, para mis adentros: “Todavía no”. Comprendí, con su ayuda, que ahora estaba sintonizando con la manera de hablar de la familia de Regina. Además, al estar más profundamente sintonizada con su forma de expresarse, dejé que Regina contactara con los aspectos más suaves y vulnerables de sí misma. Es, en ese momento, cuando se posibilita la transformación terapéutica. Mis supervisoras, las psicoterapeutas infantiles Anne Alvarez (2002) y Frances Tustin (2025), fueron expertas en usar sus voces animadas para llegar a niños autistas. Sin duda, su comprensión psicoanalítica era más efectiva por la forma en que empleaban maneras extremadamente expresivas de encontrarse y sintonizar con los estados de ánimo de cada uno de los niños autistas.

Escucha profunda al niño silencioso, comunicación sin palabras

Mi confianza en el método psicoanalítico se vio gravemente desafiada en 1984, cuando en la sala de pediatría me presentaron a una niña de 15 años, Tanika, que estaba en estado de coma, sin caminar, moverse, hablar ni comer. El psiquiatra infantil quería tratarla con terapia electroconvulsiva (TEC). Con el apoyo del Dr. Rosenfeld, sugerí que la medicación y una primera ronda de TEC no la habían ayudado, por lo que me gustaría proporcionarle psicoterapia

psicoanalítica. Dado que los textos populares de psiquiatría infantil afirmaban que la psicoterapia infantil estaba reservada para niños y adolescentes con habilidades verbales e intelectuales, tuve que cuestionar esta suposición. Mis estudios con Esther Bick, que me exigían observar empáticamente la interacción madre-bebé y ver cómo la madre respondía al bebé no verbal pero comunicativo, fueron la base de mi trabajo terapéutico con el equipo pediátrico de enfermeros, médicos y profesores, así como con los padres. Tanika está descrita en “Pervasive Retreat: I didn’t want to die, but I had to” en mi libro *A Psychotherapeutic Understanding of Children and Adolescents with Eating Disorders* (Magagna, 2023) (2).

También hay dos artículos importantes que contribuyeron a mi desarrollo. Uno de ellos es *Sobre el sentimiento de soledad* (Klein, 1963), en el que sostiene que la soledad emerge cuando un individuo se siente desconectado, no solo de las personas externas, sino también de los objetos internos buenos que proporcionan estabilidad emocional. Melanie Klein afirma que, cuando estos objetos internos están dañados, perdidos o escindidos debido al dolor psíquico, la agresividad y las profundas ansiedades infantiles, surge un sentimiento abrumador de soledad y aislamiento. Klein también explica que el desarrollo psicológico interno implica la toma de conciencia de la dependencia de los buenos objetos internos. Además, el desarrollo psíquico también implica comprender los propios impulsos agresivos, que pueden llevar a dañar estos objetos internos buenos. La integración psíquica viene acompañada de sentimientos de duelo, pérdida y soledad. Melanie Klein describe cómo, cuando el *self* es capaz de integrar las partes amorosas y destructivas de sí mismo que han sido escindidas y proyectadas, y de reparar los vínculos emocionales con estos objetos internos buenos dañados y perdidos, se produce una reconexión con ellos. Esto permite la creación de un mundo interno más estable, promoviendo el desarrollo psicológico hacia la madurez.

Otra influencia importante para mí es el artículo de Sydney Klein (1981), *Autistic phenomena in neurotic patients*, en el que sugiere la importancia de observar el proceso onírico para ver cómo las emociones se regulan, se simbolizan

y pueden emerger para ser expresadas verbalmente. A través de sus viñetas clínicas, Sydney Klein muestra cómo la contratransferencia corporal y emocional del terapeuta es un punto focal para la comprensión, transformación y modulación de emociones abrumadoras. Además, demuestra cómo los sueños pueden utilizarse para recuperar partes perdidas del *self*. Al analizar los procesos oníricos, Sydney Klein demuestra que incluso los aspectos más profundamente escindidos de la psique pueden ser reintegrados en la relación analítica. Klein sugiere que un sueño representa un espacio transicional en el que podemos observar la descongelación de “partes encapsuladas del *self*”. Los sueños, más que el comportamiento externo, revelan la verdad del *self* auténtico. Aprendimos esta verdad crucial trabajando con pacientes con trastornos de la conducta alimentaria en la unidad de hospitalización. El *falso self* del adolescente, que quiere aparentar estar listo para salir del hospital o de la psicoterapia, puede engañar incluso a los clínicos más experimentados si no se examina el desarrollo del paciente a través de la estructura interna de sus sueños (Magagna, 2023).

Comunicarse sin palabras

Otra adolescente menos grave, Caterina, a veces hablaba rápidamente, pero no sobre las verdades dolorosas relacionadas con su auténtico *self*. Su verborrea era una manera de mantenerse cohesionada emocionalmente (Bick, 1968) y de permanecer *por encima* de su verdad emocional. A través de las observaciones de bebés, había aprendido a empatizar con las protecciones primitivas omnipotentes de Caterina (Symington, 1985). Por esta razón, dejé papel y materiales de arte en la sala. Un día, cuando Caterina vino a la sesión y permaneció en silencio durante cinco minutos, le sugerí que mantener los labios firmemente cerrados parecía una manera importante de protegerse de angustiarse demasiado. Posteriormente, Caterina hizo un dibujo (ver Ilustración 1 del anexo).

Noté que las manos transmitían un mensaje tanto en el papel como en el hecho de cubrir la zona genital. Tras reflexionar intensamente sobre el impacto emocional del dibujo, le dije a Caterina: “creo que quizás el papel tiene un

mensaje que tu *self* quiere que yo entienda”. Después de un momento de silencio entre nosotras, sugerí: “por alguna razón, tu *self* casi se siente obligado a no hablar de ello”. Hubo más silencio. Intento no dejar a un paciente enfermo en un desierto de silencio cuando siento que el *self* está bloqueado dentro de una celda. Por tanto, tras otra pausa, empecé a reflexionar en voz alta: “a veces uno puede sentirse amenazado si habla. La amenaza a veces puede venir de alguien externo al *self*. Por otro lado, tal vez la amenaza venga de un *self* que no permite que el tuyo y yo nos juntemos para entender qué estás sintiendo. Eso se siente como una voz cruel que te atrapa”. Hubo más silencio y entonces Caterina bajó la cabeza de modo que su largo cabello oscuro cubría gran parte de su rostro. Me pregunté en voz alta: “parece que el papel está trayendo un mensaje, quizás queriendo darme algo que no puede ser dicho directamente”. Imaginé en voz alta, un poco para mí misma: “quizás podría ser que la mano en el dibujo estuviera cubriendo intencionadamente una parte muy íntima de la zona genital”. Una pausa más larga y después dije: “a veces puede resultar muy difícil hablar de algo tan personal conmigo, especialmente si se trata de algo muy íntimo o relacionado con la sexualidad”. Poco a poco, fue emergiendo la historia de Caterina. Está recogida en el capítulo “Complicaciones en el desarrollo de la sexualidad femenina” (Magagna y Goldsmith, 2009).

Sí, Caterina había sido víctima de abusos sexuales repetidos. Como muchos niños y niñas abusados, Caterina explicó: “me amenazaron diciéndome que, si hablaba de lo que me hacían, matarían a mi padre». Posteriormente, con otros jóvenes, he encontrado que los gestos de las manos a menudo pueden expresar lo que resulta demasiado aterrador o confuso para poner en palabras. ¡Las manos de Caterina no tenían prohibido hablar!

La niña silenciosa, otra vez

Después de trabajar con Tanika, la joven que se replegaba de forma generalizada y de la que ya he hablado, aprendí mucho del psiquiatra consultor Bryan Lask, con quien colaboré. Atendimos a otros diecinueve niños y adolescentes

con repliegue generalizado, que fueron trasladados desde la unidad de pediatría del Great Ormond Street Hospital de Londres a nuestra unidad psiquiátrica en el mismo hospital. A estos jóvenes se les ofreció psicoterapia psicoanalítica, así como un trabajo terapéutico en equipo con el personal y con los padres. Posteriormente, en nuestro libro *El niño en silencio* (Magagna et al., 2022), Bryan Lask escribió un capítulo importante titulado *El sonido del silencio* (Lask, 2022). En él incluyó la canción de Simon y Garfunkel *The Sound of silence* (1966): “Hello darkness, my old friend/I’ve come to talk with you again/Because a vision softly creeping/Left its seeds while I was sleeping/And the vision that was planted in my brain/Still remains within the sound of silence” (“Hola, oscuridad, mi vieja amiga/vuelvo a ti para conversar de nuevo/porque una visión que se deslizó en silencio/sembró sus semillas mientras dormía/y la visión que brotó en mi mente/permanece aún en el eco del silencio”).

Según Lask, “el silencio no es solo un comportamiento, es un tipo de comunicación (...) clara, fuerte y sin ambigüedades” Y continúa: “preguntar *qué se puede hacer sobre el silencio de Sara* es formular la pregunta incorrecta. Creo que un enfoque más constructivo es considerar que *Sara no está en silencio*, sino que *está silenciada*. La pregunta se puede replantear de la siguiente manera: *¿Cómo podemos ayudar a una Sara silenciada?* (...). Los niños callan por muchas razones: confusión emocional, como la ira, la rabia, la tristeza, la desesperación, el abuso y otras formas de trauma: amenazas, falta de confianza, incapacidad de encontrar las palabras correctas y confusión” (p. 45). Lask prosigue diciendo que reflexionar sobre *el momento* presente del encuentro con el niño es algo fundamental. Requiere tacto, paciencia, curiosidad y una disposición a aceptar poco o ningún progreso aparente. El reconocimiento y la aceptación de este miedo a hablar le aporta tranquilidad. Sara se encuentra en un dilema, y el silencio es su modo de afrontarlo. Lask añade que se podría decir: “Sara, me parece que no decir nada es, en cierta manera, la única forma en la que puedes manejar las cosas en este momento” (p. 48).

Por otra parte, la técnica de observación de bebés de Bick permitió tanto a mí como al personal y a los padres ampliar nuestra forma de

responder ante un paciente que no habla. *He-mos aprendido que “pensar en voz alta” acerca del encuentro actual, utilizando la forma de hablar de una madre en sintonía con el significado de los gestos no verbales de un bebé, es el camino a seguir*. El objetivo con un paciente silencioso no es “lograr que Sara hable”. El objetivo es comprender el dilema de Sara y escuchar no solo con nuestros oídos... sino también con nuestros ojos... nuestra contratrtransferencia corporal... nuestra intuición... nuestros instintos... nuestros corazones... y, por encima de todo, deberíamos escuchar profundamente el *sonido del silencio* (Lask, 2022, p. 49-50).

La paciencia como concepto importante en psicoanálisis

Lo que aprendí de Lask (2022) y de Bion es a ser paciente. Cuando Bion (1974, 1980) describe estar “libre de memoria y deseo”, se refiere a no aferrarse rígida y adhesivamente (Bick, 1968) ni a la teoría psicoanalítica ni al deseo de curar. Bion sugiere intentar utilizar una *escucha profunda* del momento presente en el encuentro con el niño o el adulto. Al trabajar con pacientes silenciosos, me he sentido inspirada a inventar relatos metafóricos, leer poemas, dibujar imágenes, cantar canciones. He hablado sobre el significado que he atribuido a sus gestos no verbales. Observo y escucho atentamente “el sonido de su silencio” y, cuando la niña desvía la mirada en otra dirección, alejándola de mí, describo, con una voz delicadamente ajustada al significado específico de sus gestos, su deseo de no estar conmigo y su temor hacia mí. También le pedí a una joven, cuando estuvo lo suficientemente activa como para parpadear como respuesta, que parpadeara dos veces si sentía que estaba comprendiendo lo que ella intentaba comunicarme. Le pedía que me ayudara a entenderla.

Hay muchos significados en la comunicación silenciosa. La *escucha profunda*, utilizando la contratrtransferencia, es algo que *todavía* sigo tratando de desarrollar en mí misma. La escucha profunda es esencial para favorecer el desarrollo de la psique del adolescente. Confiar en el método psicoanalítico de intentar estar *plenamente presente en cuerpo y alma junto al paciente* resulta de enorme ayuda. Dejar de lado el

diálogo centrado exclusivamente en el pasado o en el futuro, o en acontecimientos externos, y centrarme en el momento presente del “dueño para dos” también es crucial para fomentar la introyección del paciente de mí como una psicoterapeuta emocionalmente receptiva, vocalmente ajustada y compasivamente comprensiva. Existen tantas “curas” basadas en síntomas y en terapias breves... Sin embargo, esencialmente, lo que he aprendido es que estoy esperando a que se reparen los obstáculos que interfieren en la confianza epistémica hacia mí. La confianza epistémica (Li et al., 2023) implica la apertura para *aceptar e interiorizar el proceso de pensamiento emocional de un psicoterapeuta confiable y fiable, un proceso que consiste en sostener los sentimientos y ofrecerles comprensión empática.*

La confianza epistémica es crucial para el *desarrollo psicosocial* de la persona, ya que permite participar de manera significativa en las interacciones sociales y beneficiarse del conocimiento cultural. Las interrupciones en la confianza epistémica, a menudo debidas a traumas tempranos, negligencia o apego inseguro, pueden conducir a dificultades para aprender de los demás, interpretar mal las intenciones y adaptarse socialmente.

Estoy intentando comprender compasivamente los impasses tanto en mí como en el paciente para que el desarrollo psicológico de la persona pueda continuar (Rosenfeld, 1990). Crear un espacio emocional de meditación antes de la sesión de psicoterapia, durante ella y después, resulta fundamental. El mensaje transmitido a través de las palabras de T. S. Eliot (1940/2014) fue de enorme ayuda para mi propio desarrollo como psicoterapeuta y para la efectividad de los esfuerzos terapéuticos transformadores de todo el equipo psiquiátrico y de los padres. Aquí están las palabras de Eliot (3):

*Quédate inmóvil, dije a mi alma,
Y espera sin esperanza.
Porque la esperanza sería esperanza
En lo que no debe esperarse;
Espera sin amor
Porque el amor sería amor
A lo que no se debe amar.
Sin embargo, queda la fe.
Pero la fe, el amor y la esperanza*

*Radican en la espera.
Espera sin el pensamiento,
Aún no estás dispuesta para él.
Así, las tinieblas serán la luz
Y la inmovilidad será la danza.
Susurro de corrientes y relámpagos invernales,
El tomillo silvestre no visto y la fresa silvestre,
La risa en el jardín, eco del éxtasis,
No perdido sino exigente,
Que indica la tortura
De muerte y nacimiento.*

Utilizo el poema de Eliot (1940/2014), al igual que las palabras de Bion (1974, 1980), para ayudarme a encontrar paciencia, quietud y desapego del deseo de que el paciente avance. Tanto Bion como Eliot sugieren que esperar algo específico puede ser “lo que no debe esperarse”. También añadiría que la esperanza puede ser una esperanza narcisista: el deseo de que el paciente satisfaga la necesidad propia de sentirse un terapeuta eficaz. La buena crianza y la buena psicoterapia requieren renunciar a las expectativas personales y abrirse a una forma de desarrollo más profunda y verdadera, dejando espacio para que el joven pueda esforzarse valientemente por su propio crecimiento y sus propias decisiones.

Bion y Eliot sugieren que aferrarse a la esperanza o al amor, como apegos a resultados concretos, puede provenir de deseos egocéntricos, narcisistas, de *ser un buen psicoanalista*, en lugar de permitir que la persona encuentre su auténtico *self*.

Hay también un aspecto esencial en el poema de Eliot donde subraya la necesidad de que el terapeuta acepte las agonías de las partes infantiles del yo que cobran vida.

Estos aspectos infantiles, que se reactivan en el encuentro terapéutico, resultan incómodos para mí, para los padres y para el equipo psiquiátrico, porque expresan miedos, rabias, heridas y dependencias infantiles previamente encapsuladas. Además, entiendo que, como psicoterapeuta y como paciente, debemos experimentar el dolor de la pérdida... no solo la pérdida por muerte, sino también la pérdida dolorosa que ocurre al final de cada sesión de psicoterapia. Tanto el paciente como el analista deben atravesar también el final doloroso del

dueto para dos.

Sin embargo, con suerte, tanto el paciente como el analista podrán interiorizar esa experiencia y seguir desarrollando una comprensión compasiva de sus emociones internas. Donald Meltzer, en su libro *Dream-life* (1983), sugiere que tanto analista como paciente, al observar sus sueños durante todo el desarrollo del *dueto para dos* y tras finalizar el análisis, continúan el proceso de recuperación de partes ocultas, encapsuladas y pérdidas del yo.

Tras haber ayudado a una joven, Tanika, a retomar su trayectoria de desarrollo, con el apoyo de Herbert Rosenfeld, Anne Alvarez y Donald Meltzer como mentores, mantengo mi fe en el método psicoanalítico. Esto me ayudó a soltar parte de mi ambición narcisista de ser una “buena terapeuta” y me permitió abrirme a un contacto más profundo y auténtico, tanto con mis propios sentimientos como con los del paciente.

Al invitar al alma a “esperar sin amor”, Eliot me ha permitido considerar la posibilidad de esperar sin un amor que exige egoístamente que el paciente salga de su estado comatoso.

Bion (1974, 1980) ya había propuesto “esperar sin memoria ni deseo”, en lugar de esforzarse por comprender completamente qué ha llevado al adolescente a retirarse por completo de la vida.

Eliot sugiere que, al renunciar a los deseos personales, uno puede encontrar una forma más verdadera de conexión emocional en el *momento presente*.

Restablecer el vínculo roto con el terapeuta y con el objeto interno bueno permite que el joven continúe su camino de crecimiento emocional. Este crecimiento implica depender de otros y del objeto bueno interiorizado. Implica confiar en *ese objeto interno bueno* para protegerse, nutrirse y comprenderse a uno mismo. El camino del crecimiento emocional consiste en aferrarse al objeto interno bueno, en lugar del yo omnipotente, que impide una intimidad profunda con el otro y fomenta la retirada de un mundo percibido como poco confiable, hiriente, generador de odio y sufrimiento.

Finalmente, cuando Eliot dice “Pero la fe, el amor y la esperanza radican en la espera”, creo que la fe en el método psicoanalítico, el amor por el paciente y la esperanza de que

esta terapia no sea en vano no desaparecen, sino que están contenidas en el acto mismo de esperar. *Esperar*, por tanto, se convierte en un estado de apertura y receptividad paciente frente al repliegue del paciente en el silencio. Me doy cuenta, en esencia, de que *confiar en el proceso psicoanalítico de escucha profunda* de lo que el paciente despierta en mí es crucial. Y también me doy cuenta de que, al renunciar al deseo de controlar al paciente y permitir la emergencia del yo más profundo, verdadero y auténtico, en toda su complejidad, yo misma me desarrollo como psicoterapeuta psicoanalítica. Esperar es una forma de fe, en la que la verdadera transformación no ocurre por esfuerzo, sino por confiar en el proceso psicoanalítico de ser auténticos juntos en el momento presente.

Además, el “esperar sin pensamiento” de Eliot implica que la *intelectualización*, el *apego rígido a la teoría psicoanalítica*, debe suspenderse para que pueda emerger una comprensión más profunda. El pensamiento psicoanalítico actúa como el “acorde base”, proporcionando una base segura para un intercambio emocional espontáneo entre la persona en psicoterapia y yo.

Conclusión

Uno de los principales puntos de impasse en la psicoterapia es, sin duda, mi deseo impaciente de que el paciente avance. Con el poema de Eliot siempre presente, y mediante la *escucha profunda* de mis propios sentimientos evocados por los del paciente, puedo formular una interpretación silenciosa y descubrir formas de estar presente con él de un modo musical y emocionalmente sintonizado, alcanzando los niveles infantiles más profundos de su personalidad. La verdad psicológica sobre uno mismo está más allá de las palabras y de la razón. Es un estado al que solo se puede llegar a través de una quietud receptiva y una sintonía emocional-musical tanto con la persona en psicoterapia como conmigo misma. La transformación de las estructuras internas de la personalidad (y del propio cerebro) se produce mediante la *escucha profunda* del paciente, en un *dueto para dos conmigo mismo*.

Notas

- (1) Pueden escucharlo en la actuación en el Menuhin festival, en Suiza, del 21 de julio de 2011, en el canal de Youtube de Auke J2: <https://www.youtube.com/watch?v=-NUGiuSDD4Y>
- (2) “Retiro generalizado: No quería morir, pero tenía que hacerlo”, del libro *Una comprensión psicoterapéutica de niños y adolescentes con trastornos alimentarios*, no traducido al español (Nota del T.).
- (3) Se ha utilizado la traducción de José Emilio Pacheco, publicada en la revista *Letras Libres* en enero de 2014 (Nota del T.).

Traducción del inglés de Xavier Costa.

Bibliografía

- Alvarez, A. (2002). *Una presencia que da vida: psicoterapia psicoanalítica con niños autistas, borderline, privados y víctimas de abuso sexual*. Biblioteca Nueva.
- Auke J2. (2011, diciembre 18). *Grigory Sokolov: Bach Italian Concerto 2nd movement* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=-NUGiuSDD4Y>
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 49(2-3), 484-486.
- Bion, W. R. (1974). *Atención e interpretación*. Paidós.
- Bion, W. R. (1980). *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós.
- Li, E., Campbell, C., Midgley, N. y Luyten, P. (2023). Epistemic trust: a comprehensive review of empirical insights and implications for developmental psychopathology. *Research in psychotherapy (Milano)*, 26(3), 704. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2023.704>
- Dosamantes-Beaudry, I. (1997). Somatic experiences in psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 14, 517-530. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0079738>
- Education Scotland (2016, 13 de enero). *Pre-birth to Three: Professor Colwyn Trevarthen - Musicality of Language* [vídeo]. Youtube: https://www.youtube.com/watch?v=HLI_tB60hqM
- Eliot, T. S. (1940). East Coker (J. E. Pacheco, Trad.). *Letras Libres*. Recuperado de: <https://letraslibres.com/wp-content/uploads/2016/05/eliot-e.pdf>
- Kalita, L. (2020). Deep listening: Explorations on the musical edge of therapeutic dialogue. *Psychoanalytic Psychology*, 37(3), 282-289. <https://doi.org/10.1037/pap0000285>
- Klein, M. (1963). Sobre el sentimiento de soledad. En *Obras completas* (Vol. 4). Paidós
- Klein, S. (1980). Autistic Phenomena in Neurotic Patients, *International Journal of Psychoanalysis*, 61, 395.
- Lask, B. (2022). El sonido del silencio, en Magagna, J., Tizón, J. y Saba, M. (ed.). *El niño en silencio. La comunicación más allá de las palabras*. Herder.
- Magagna, J. (2023). *A Psychotherapeutic Understanding of Children and Adolescents with Eating Disorders*. Routledge.
- Magagna, J., Tizón, J. y Saba, M. (ed.). *El niño en silencio. La comunicación más allá de las palabras*. Herder.
- Magagna, J. (2002). Three years of infant observation with Mrs Bick. En A. Briggs (Ed.), *Surviving Space: Papers on Infant Observation* (pp. 75-105). Karnac.
- Magagna, J. y Pepper Goldsmith, T. (2009). Complications in the development of a female sexual identity. *Journal of Child Psychotherapy*, 35(1), 62-80. <https://doi.org/10.1080/00754170902750164>
- Malloch, S. y Trevarthen, C. (2009). *Communicative Musicality: Exploring the Basis of Human Companionship*. Oxford University Press.
- Meltzer, D. (1984). *Dream-Life, A Re-examination of Psychoanalytic Theory and Technique*. Clunie Press.
- Rey J. H. (1988). That which patients bring to analysis. *The International journal of psychoanalysis*, 69(4), 457-470.
- Rosenfeld, H. A. (1988). *Estados psicóticos*. Hermé.
- Rosenfeld, H. A. (1990). *Impasse e interpretación: factores terapéuticos y antiterapéuticos en el tratamiento psicoanalítico de pacientes neuróticos, borderline y psicóticos*. Tecnipublicaciones.
- Simon, P. y Garfunkel, A. (1966). *The Sound of Silence* [Canción]. *Sounds of Silence*. Columbia

Records.

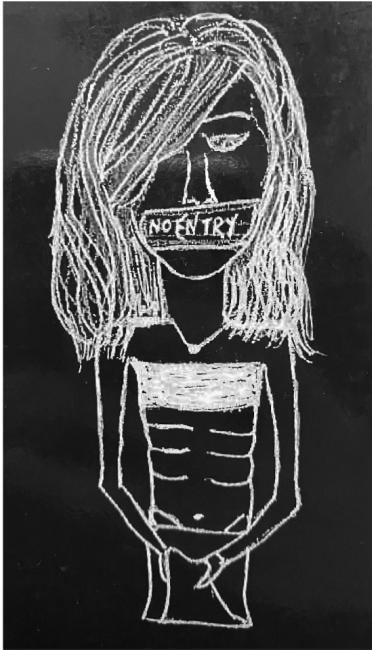
Symington, J. (1985). The survival function of primitive omnipotence. *The International Journal*

of Psychoanalysis, 66(4), 481-487.

Tustin, F. (2025). *Barreras autistas en pacientes neuróticos*. Amorrortu editores.

Anexos

Ilustración 1. Dibujo de Caterina



Evaluación sistemática de resultados en salud mental y atención temprana: la experiencia de ARSISAM

JÚLIA MIRALBELL^{1ABC}, ELENA LLOBERAS^{2ADE}, CARLES DESCALZI^{3AD},
JORDI RIBA^{4AF}, TERESA RIBALTA^{5AG} Y FRANCESC VILURBINA²

RESUMEN

Evaluación sistemática de resultados en salud mental y atención temprana: la experiencia de ARSISAM. La asociación ARSISAM (Evaluación de Resultados Sistemática en Salud Mental y Atención Temprana) ha desarrollado un sistema innovador de evaluación en instituciones públicas de Cataluña. Su objetivo es medir resultados de salud, aportar datos empíricos sobre el impacto de las intervenciones, mejorar la calidad asistencial y favorecer la investigación. Desde 2017, con una población de referencia de 200.000 habitantes y 3.500 usuarios atendidos en 2023, las instituciones de ARSISAM han implementado la recogida sistemática de resultados. Se han administrado cuestionarios estandarizados a usuarios (SDQ, CORE-OM) y terapeutas (HoNOS) en distintos momentos, generando información longitudinal. Una plataforma web propia, integrable en programas de gestión clínica, permite registrar y extraer datos de forma automatizada. Actualmente hay 7.582 usuarios registrados y 16.346 cuestionarios completados. Los resultados preliminares muestran la viabilidad del sistema, su capacidad para objetivar cambios clínicos y su valor añadido en la atención, la calidad asistencial y la investigación en salud mental. **Palabras clave:** evaluación rutinaria de resultados, seguimiento proceso terapéutico, salud mental, atención temprana.

ABSTRACT

Systematic evaluation of mental health and early care outcomes: the ARSISAM experience. The ARSISAM association (Systematic Evaluation of Mental Health and Early Care Outcomes) has developed an innovative evaluation system in public institutions in Catalonia. Its objective is to measure health outcomes, provide empirical data on the impact of interventions, improve the quality of care, and promote research. Since 2017, with a reference population of 200,000 inhabitants and 3,500 users served in 2023, ARSISAM institutions have implemented the systematic collection of results. Standardized questionnaires have been administered to users (SDQ, CORE-OM) and therapists (HoNOS) at different times, generating longitudinal information. A proprietary web platform, which can be integrated into clinical management programs, allows data to be recorded and extracted automatically. There are currently 7,582 registered users and 16,346 completed questionnaires. Preliminary results show the viability of the system, its ability to objectively measure clinical changes, and its added value in care, quality of care, and mental health research. **Keywords:** routine outcome measurement, therapeutic process monitoring, mental health, early intervention.

RESUM

Avaluació sistemàtica de resultats en salut mental i atenció precoç: l'experiència d'ARSISAM. L'associació ARSISAM (Avaluació de Resultats Sistemàtica en Salut Mental i Atenció Precoç) ha desenvolupat un sistema innovador d'avaluació en institucions públiques de Catalunya. El seu objectiu és mesurar resultats de salut, aportar dades empíriques sobre l'impacte de les intervencions, millorar la qualitat assistencial i afavorir la recerca. Des de 2017, amb una població de referència de 200.000 habitants i 3.500 usuaris atesos el 2023, les institucions d'ARSISAM han implementat la recollida sistemàtica de resultats. S'han administrat qüestionaris estandaritzats a usuaris (SDQ, CORE-OM) i terapeutes (HoNOS) en diferents moments, cosa que ha generat informació longitudinal. Una plataforma web pròpia, integrable en programes de gestió clínica, permet registrar i extreure dades de manera automatitzada. Actualment hi ha 7.582 usuaris registrats i 16.346 qüestionaris completats. Els resultats preliminars mostren la viabilitat del sistema, la seva capacitat per objectivar canvis clínics i el seu valor afegit en l'atenció, la qualitat assistencial i la recerca en salut mental. **Paraules clau:** avaluació rutinària de resultats, seguiment procés terapèutic, salut mental, atenció precoç.

¹Neuropsicòloga y Profesora universitaria, ²Psicòloga, Psicoterapeuta y Referente de investigación, ³Director Gerente, ⁴Gestor empresarial y director gerente, ⁵Psicòloga clínica y directora general, ⁶Médecico y director general. ^AAsociación ARSISAM (Evaluación de Resultado Sistemática en Salud Mental y Desarrollo), ^BCentre d'Investigació i Formació Carrilet, Barcelona, ^CDepartamento de Cognición, Desarrollo y Psicología de la Educación. Universitat de Barcelona, ^DPere Claver Grup, Barcelona, ^EGrup de recerca de parella i família, FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull, ^FFundació Eulàlia Torras de Beà, Barcelona, ^GFundació Orienta, Barcelona, ^HFundació Vidal i Barraquer, Barcelona. Contacto: jmiralbell@carrilet.org

Recibido: 20/1/25 - Aceptado: 23/9/25

Introducción

La evaluación sistemática de resultados, conocida internacionalmente como *Routine Outcome Measures* (ROM), es un proceso estandarizado y metódico para recoger y analizar datos sobre los resultados de los tratamientos en salud mental y desarrollo infantil. Este sistema permite obtener información objetiva sobre la eficacia de las intervenciones, identificando tanto las fortalezas como las áreas que necesitan mejora, así como aumentar la implicación de los usuarios con su propio proceso terapéutico (Bickman et al., 2016; Hall et al., 2013; Boswell et al., 2016; Holmqvist et al., 2015).

A nivel internacional, los inicios de la implementación de ROM se remontan a los años 80, cuando se empezó a reconocer la importancia de medir de forma consistente los resultados clínicos para mejorar la calidad de la atención. En países como Reino Unido (Waldron et al., 2018; Fleming et al., 2016), Australia (Oster et al., 2023) y Estados Unidos (Connors et al., 2022), el uso de ROM está ampliamente consolidado, con numerosas herramientas y protocolos desarrollados. Estas experiencias internacionales han demostrado que la evaluación sistemática de resultados no sólo mejora los resultados clínicos, sino que también proporciona datos valiosos para la investigación y la gestión institucional (Oster et al., 2023; Jacob y Edbrooke-Childs, 2022; Roe et al., 2021; Gelkopf et al., 2021).

Sin embargo, en Cataluña ha habido una falta significativa de experiencias similares en el ámbito público. Esta ausencia de evaluación sistemática ha limitado la capacidad de las instituciones para evaluar de manera rigurosa la efectividad de sus programas y para adaptar sus intervenciones a las necesidades reales de los usuarios. Con la intención de cubrir esta necesidad, el año 2017 se creó la *Asociación para la Evaluación de Resultados Sistemática en Salud Mental* (ARSISAM), actualmente formada por dieciséis entidades implicadas en la mejora continuada de la calidad asistencial.

Objetivos

El objetivo del proyecto que se presenta es desarrollar e implementar un sistema de evaluación

sistemática de resultados en diversos servicios de salud mental y atención temprana de Cataluña, incluyendo los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT), los Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) y los Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) especializados de atención a la salud mental. Esta evaluación tiene una triple misión:

- Clínica: proporcionar datos objetivos a terapeutas y usuarios que valoren los cambios en la sintomatología clínica durante el proceso terapéutico y faciliten la toma de decisiones compartidas en el proceso asistencial.
- Institucional: evaluar el impacto de las acciones realizadas para mejorar los resultados en salud y la experiencia del paciente.
- Investigación: facilitar la realización de estudios científicos en el ámbito de la salud mental y el desarrollo.

En otras palabras, se pretende conocer el estado de salud mental de los usuarios que reciben atención a los servicios de salud mental y atención temprana y los cambios en la sintomatología clínica que se producen a lo largo de la atención recibida. Con ello, se quiere obtener datos empíricos del impacto de la atención, para seguir mejorando la calidad asistencial mediante la identificación de los casos y tipos de intervención que resultan en evoluciones favorables y la detección de aquellas condiciones que se mantienen estables o crónicas y cuáles son los factores que pueden estar relacionados.

La toma de decisiones compartida es un aspecto fundamental del sistema de evaluación sistemática de resultados implementado por ARSISAM. Los datos recogidos no sólo proporcionan información objetiva sobre la eficacia de las intervenciones, sino que sirven también como base para el diálogo entre terapeutas y usuarios. Este proceso de decisión conjunta permite a los usuarios desempeñar un papel activo en su propia atención, fomentando un enfoque centrado en la persona y aumentando su implicación y satisfacción con el tratamiento (Burns et al., 2021).

Este proyecto, por tanto, representa una experiencia pionera en el ámbito de la evaluación de salud mental y desarrollo en el territorio catalán. En este artículo se presenta un estudio descriptivo del proceso y del estado actual de

la implementación de la evaluación sistemática en las instituciones que forman parte.

Metodología

La ARSISAM se constituyó en 2017 para desarrollar un proyecto de evaluación sistemática de resultados de la asistencia en servicios de salud mental y de atención temprana.

Actualmente la asociación está formada por 15 entidades públicas que gestionan los siguientes equipamientos públicos de salud mental y de atención temprana que dependen del Departamento de Salud y del Departamento de Derechos Sociales de la Generalitat de Cataluña: cinco son CDIAT, 11 CSMIJ, cuatro CSMA, cinco hospitales de día infanto-juveniles, y de los nueve centros de día, tres de los infanto-juveniles y dos de atención a personas adultas (ver tabla 1 del anexo).

En conjunto, estas instituciones abarcan una población de referencia de 200.000 habitantes y han atendido a 3500 usuarios durante el 2023.

Para el desarrollo e implementación de la ROM, ARSISAM se ha asociado y recibido asesoramiento del *Child Outcomes Research Consortium* (CORC), institución referente a nivel internacional en evaluación sistemática de resultados.

La evaluación consiste en la administración de dos cuestionarios de sintomatología, evaluados por el propio usuario o el familiar, si procede, y por el terapeuta en varios momentos temporales: inicio, cada seis o 12 meses, y al término de la intervención. Los cuestionarios se han seleccionado en base a las recomendaciones y guías internacionales, teniendo en cuenta la edad del usuario y asegurando que estén validados para nuestra población. Los cuestionarios que se utilizan son:

- Para el/la terapeuta: *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS) en sus diversas versiones (HoNOSi [Brann et al., 2021], HoNOS-CA [Gowers et al., 1999], HoNOS y HoNOS+65 [Lovaglio y Monzani, 2011]).
- Para los usuarios o familiares: *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ [Goodman, 1997]) y *Clinical Outcomes in Routine Evaluation, Outcome Measure* (CORE-OM [Evans et al., 2002; Feixas et al., 2012]).

Para la administración de las escalas y el registro de los resultados, se ha desarrollado una plataforma web llamada *Cleopatra*, que puede integrarse en varios programas de gestión clínica (p. ej. EKON, Higea). Este programa calcula de forma automatizada las puntuaciones en los cuestionarios y genera gráficas de los resultados de cada usuario para el uso clínico de estos. También permite obtener bases de datos para la realización de estudios y análisis a nivel de centro, institución o asociación. Para este estudio se han analizado los datos desde 2017 hasta julio de 2024.

Resultados

Para la evaluación de los resultados, en primer lugar, se ha registrado el número de instituciones que forman parte de ARSISAM y que se han iniciado en la ROM en pruebas piloto y/o que la aplican de manera sistemática. Actualmente, 11 de las 15 instituciones han iniciado el uso de la ROM en alguno de sus Servicios, con un total de 27 centros o unidades productivas donde esta se aplica de forma sistemática o como prueba piloto. Esto representa uno de los cinco CDIAT, 10 de los 11 CSMIJ, dos de los cuatro CSMA, cuatro de los cinco hospitales de día infanto-juveniles, tres de los tres centros de día de adultos y siete de las nueve unidades especializadas.

En segundo lugar, se han calculado el número de usuarios registrados y los cuestionarios realizados hasta el momento. Hay un total de 7.582 usuarios grabados y se han administrado 16.346 cuestionarios.

Los resultados muestran que un 70 % de los cuestionarios han sido administrados por CSMIJ. Seguidamente, los dispositivos que más cuestionarios han aplicado fueron los equipos especializados (ej. ECID, UPPA, UPPIJ...) (10 %) y hospitales de día (8 %). Por otra parte, los CDIAT, CSMA y centros de día de adultos son las unidades que presentan una menor tasa de administración de cuestionarios (ver Tabla 2 y Figura 1 del anexo).

Por rango de edad, de nuevo, la población atendida donde más se ha administrado la ROM ha sido a los usuarios de entre cinco y 18 años, que es la franja atendida por los CSMIJ (ver Figura 2 del anexo).

Por último, se ha calculado el número de administraciones según el momento temporal de administración (inicio y posteriores seguimientos) para poder entender el seguimiento que se está realizando de los usuarios con esta metodología (Figura 3 del anexo).

Los resultados evidencian una clara aplicación en el inicio del proceso terapéutico pero un descenso significativo en el número de evaluaciones de seguimiento, que va disminuyendo a medida que el proceso terapéutico avanza.

Conclusiones

El principal objetivo del proyecto ARSISAM ha sido desarrollar e implementar un sistema de evaluación sistemática de resultados en salud en diversos servicios de salud mental y atención temprana en Cataluña. Los resultados obtenidos hasta el momento muestran que la implementación es factible y beneficiosa. Este proyecto ha sentado las bases para una evaluación sistemática y rigurosa de los resultados en nuestro territorio, ofreciendo un modelo replicable para otras regiones y contribuyendo significativamente a la mejora de la calidad asistencial y la investigación en este campo. Las principales conclusiones de la experiencia son las siguientes.

Viabilidad de la implementación

La experiencia ha confirmado que es posible implementar un sistema de evaluación sistemática de resultados en salud mental en nuestro territorio utilizando una única plataforma para distintos dispositivos. Esta implementación ha estado exitosa en diversas instituciones, incluyendo CDIAT, CSMIJ, CSMA, hospitales y centros de día y servicios especializados.

Los cuestionarios administrados se han escogido por ser de amplio uso en la práctica clínica nacional e internacional y porque se pueden responder de forma intuitiva y rápida (máximo 10 minutos), tanto por parte del usuario como del terapeuta. Todo esto ha facilitado la incorporación de las herramientas a las visitas asistenciales ya programadas según cada servicio.

En cuanto a la implementación, los resultados indican que los CSMIJ, los hospitales de día infanto-juveniles y las unidades especializadas muestran una gran implementación de la

ROM, en vías de consolidarse. Por el contrario, los CDIAT, CSMA y centros de día de adultos muestran un menor nivel de implementación. Las diferencias podrían explicarse por diversas razones.

En primer lugar, hasta 2021, momento en que se publicó la escala HoNOSi por niños de cero a cuatro años (Brann et al., 2021), no existía una escala HONOS para niños menores de cuatro años y los CDIAT no disponían de un cuestionario para terapeutas. Actualmente, los CDIAT miembros de ARSISAM han iniciado un estudio de investigación para la validación de la escala HoNOSi en nuestro territorio, que una vez finalizado permitirá la implementación del ROM de forma completa a los CDIAT adscritos a ARSISAM.

Por lo que respecta a los CSMA, creemos que las dificultades de implementación podrían relacionarse con un mayor número de casos atendidos en comparación con otras unidades, que limita el tiempo disponible para la administración de los cuestionarios. Según los datos más recientes del Observatorio de Salud de Cataluña, en 2022, los CSMA de Cataluña atendieron a 180.881 usuarios mientras que los CSMIJ 72.005 (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Àmbit de salut mental i addiccions, 2023). Hospitales de día y unidades especializadas, que disponen de una mayor ratio de horas usuario/terapeuta, también tienen mayor facilidad para poder aplicar la ROM. Estos resultados son coherentes con los estudios internacionales, que sugieren que un mayor número de horas de atención a los usuarios se relacionan con mayor facilidad por la administración de la metodología ROM. En un futuro, habrá que plantear cómo poder hacer factible la ROM en los centros con más carga asistencial.

Percepción del estado de salud mental y de cambio

La evaluación sistemática ha permitido a los terapeutas y usuarios tener una visión objetiva del estado de salud mental en el inicio del proceso de intervención y los cambios en la sintomatología clínica durante el proceso terapéutico.

Actualmente, durante las sesiones de intervención, el paciente y el terapeuta pueden compartir y observar los resultados cuantitativos de

los cuestionarios administrados gracias a unas tablas y gráficas generadas automáticamente por el programa *Cleopatra*, que les permiten reflexionar en tiempo real e in situ sobre el estado de salud mental y la evolución de la sintomatología clínica. En un futuro, se prevé mejorar el sistema de visualización de resultados, con gráficas que permitan mostrar de forma rápida y fácil el estado del paciente y si los resultados de sintomatología son clínicamente significativos. Esto favorecerá la toma de decisiones compartida.

Mejora de la calidad asistencial

Los datos recogidos han sido valiosos tanto para la atención clínica como para la gestión institucional. La información obtenida ha permitido obtener datos objetivos de los cambios en la sintomatología clínica según usuarios y terapeutas, que facilitan la toma de decisiones compartidas en el proceso de intervención y la detección de áreas que requieren mejora.

En este sentido, es importante destacar que este proyecto, pionero en el territorio catalán, ha contado con la colaboración del CORC, una institución referente en evaluación sistemática de resultados a nivel internacional. El CORC ofrece soporte no sólo en el desarrollo del proyecto sino en el uso de los resultados obtenidos para promover cambios asistenciales.

Apoyo a la investigación

El proyecto ha proporcionado una base de datos robusta que facilitará la realización de estudios científicos en el ámbito de la salud mental y el desarrollo. Esto contribuirá a la generación de nuevo conocimiento y a la mejora continua de las prácticas clínicas. El uso de medidas compartidas y validadas internacionalmente, además, permitirá comparar los resultados con los obtenidos en otros países.

El análisis de la experiencia de ARSISAM desde sus inicios hasta la actualidad también ha permitido identificar varios elementos de mejora. Una de las posibles acciones para mejorar la ROM es la realización de evaluaciones por programas específicos en lugar de llevarlas a cabo durante todo el proceso en el que el usuario está de alta en el servicio. Este enfoque, más común a nivel internacional, podría facilitar su implementación

en centros con un alto número de usuarios, como los CSMA. También es crucial seguir desarrollando el programa informático para mejorar la experiencia del usuario y optimizar la extracción de datos para la investigación. Por último, se considera esencial la difusión del programa y de los resultados obtenidos en el equipo clínico asistencial para promover la utilidad de la evaluación sistemática en la actividad clínica.

En resumen, el proyecto de ARSISAM representa una experiencia pionera en el ámbito de la evaluación de salud mental y desarrollo en el territorio catalán. Los resultados obtenidos hasta el momento muestran que la implementación de un sistema de evaluación sistemática de resultados en salud mental y atención temprana es posible en nuestro territorio con una única plataforma para distintos dispositivos; permite objetivar cambios en el proceso de intervención según el usuario y el terapeuta y aporta valor tanto en la atención clínica como en la mejora de la calidad asistencial.

En el futuro, es importante fomentar la continuidad y la expansión del proyecto de evaluación sistemática de resultados en salud en el resto de servicios de salud mental y atención temprana de Cataluña.

Bibliografía

- Bickman, L., Douglas, S. R., De Andrade, A. R., Tomlinson, M., Gleacher, A., Olin, S. Y Hoagwood, K. (2016). Implementing a Measurement Feedback System: A Tale of Two Sites. *Administration and policy in mental health*, 43(3), 410-425.
<https://doi.org/10.1007/s10488-015-0647-8>
- Boswell, J. F., Constantino, M. J., Kraus, D. R., Bugatti, M. y Oswald, J. M. (2016). The Expanding Relevance of Routinely Collected Outcome Data for Mental Health Care Decision Making. *Administration and policy in mental health*, 43(4), 482-491.
<https://doi.org/10.1007/s10488-015-0649-6>
- Burns, L., da Silva, A. L. y John, A. (2021). Shared decision-making preferences in mental health: does age matter? A systematic review. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 30(5), 634-645.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1793124>

- Brann, P., Culjak, G., Kowalenko, N., Dickson, R., Coombs, T., Sved Williams, A., Hoehn, E., Davies, S., Hoyland, M. y Burgess, P. (2021). The interrater reliability of a routine outcome measure for infants and pre-schoolers aged under 48 months: Health of the Nation Outcome Scales for Infants. *BJPsych open*, 7(3), e85. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.39>
- Connors, E. H., Lyon, A. R., Garcia, K., Sichel, C. E., Hoover, S., Weist, M. D. y Tebes, J. K. (2022). Implementation strategies to promote measurement-based care in schools: evidence from mental health experts across the USA. *Implementation science communications*, 3(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s43058-022-00319-w>
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J. y Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 180, 51-60. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.1.51>
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. Ángel, Botella, L., Corbella, S., ... López-González, M.. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.641>
- Fleming, I., Jones, M., Bradley, J. y Wolpert, M. (2016). Learning from a Learning Collaboration: The CORC Approach to Combining Research, Evaluation and Practice in Child Mental Health. *Administration and policy in mental health*, 43(3), 297-301. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0592-y>
- Gelkopf, M., Mazor, Y. y Roe, D. (2021). A systematic review of patient-reported outcome measurement (PROM) and provider assessment in mental health: goals, implementation, setting, measurement characteristics and barriers. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 34(Suppl 1), ii13-ii27. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz133>
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 38(5), 581-586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Gowers, S. G., Harrington, R. C., Whitton, A., Lelliott, P., Beevor, A., Wing, J. y Jezzard, R. (1999). Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children. Health of the Nation Outcome Scales for children and Adolescents (HoNOSCA). *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 174, 413-416. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.5.413>
- Hall, C. L., Moldavsky, M., Baldwin, L., Marriott, M., Newell, K., Taylor, J., Sayal, K. y Hollis, C. (2013). The use of routine outcome measures in two child and adolescent mental health services: a completed audit cycle. *BMC psychiatry*, 13, 270. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-270>
- Holmqvist, R., Philips, B. y Barkham, M. (2015). Developing practice-based evidence: benefits, challenges, and tensions. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 25(1), 20-31. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.861093>
- Jacob, J. y Edbrooke-Childs, J. (2022). Monitoring and Measurement in Child and Adolescent Mental Health: It's about More than Just Symptoms. *International journal of environmental research and public health*, 19(8), 4616. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084616>
- Lovaglio, P. G. y Monzani, E. (2011). Validation aspects of the health of the nation outcome scales. *International journal of mental health systems*, 5, 20. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-20>
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Àmbit de salut mental i addiccions (2023). *Dades 2017-2022 de la Central de Resultats*. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Recuperado de: <https://aquas-gencat.shinyapps.io/centralderesultats/>
- Oster, C., Dawson, S., Kernot, J. y Lawn, S. (2023). Mental health outcome measures in the Australian context: what is the problem represented to be?. *BMC psychiatry*, 23(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04459-0>
- Roe, D., Mazor, Y. y Gelkopf, M. (2021). Patient-reported outcome measurements (PROMs) and provider assessment in mental health: a

systematic review of the context of implementation. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 34(Suppl 1), ii28-ii39.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz084>

Waldron, S. M., Loades, M. E. y Rogers, L. (2018). Routine Outcome Monitoring in CAMHS: How Can We Enable Implementation in Practice? *Child and adolescent mental health*, 23(4), 328-333.
<https://doi.org/10.1111/camh.12260>

Anexos

Tabla 1. Entidades proveedoras y unidades productivas vinculadas a ARSISAM

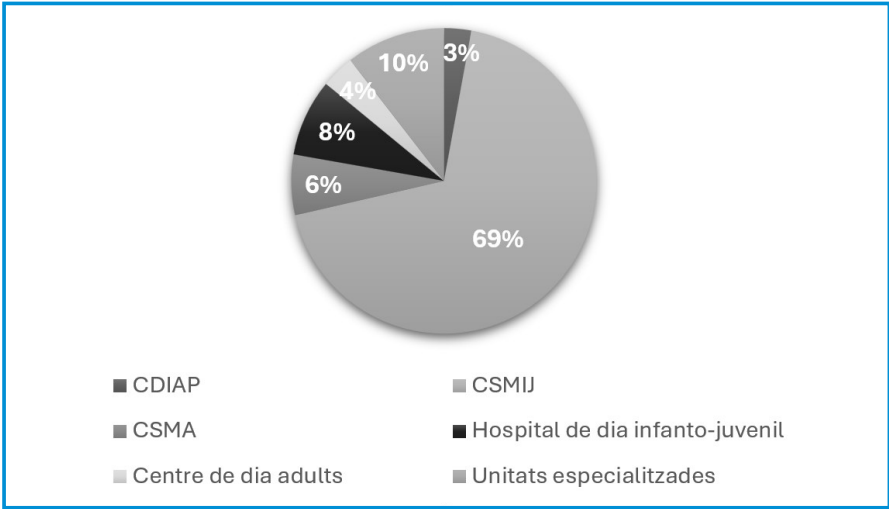
Entidad miembro de ARSISAM	Unidad Productiva/ Centro
Fundació Eulàlia Torras de Bèa	CDIAT Gràcia CSMIJ Gràcia CSMIJ Sant Andreu CSMIJ Montcada i Reixach
Fundació Vidal i Barraquer	CSMIJ Santa Coloma de Gramanet Hospital de dia infanto-juvenil Sta. Coloma de Gramanet Equip Clínic d'Intervenció a domicili (ECID) Santa Coloma de Gramanet Hospital de dia infanto-juvenil Badalona Centre de dia adults Sant Andreu Equip Clínic d'Intervenció a domicili (ECID) Badalona Programa de serveis individualitzats (PSI)
Fundació Privada Tres Turons	Centre de Dia adults Centre de Dia adults- inserció laboral
Associació Salut Mental Horta Guinardó	CSMA Guinardó
Pere Clavé Grup	CSMA Poble Sec CSMA Sants CSMIJ Sants-Montjuïc Hospital de dia adolescents Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica Infanto-juvenil (UPPIJ) Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica Adults (UPPA) Equipo de atención al menor (EAM)
Fundació Orienta	CSMIJ Gavà CSMIJ Hospitalet CSMIJ Sant Boi CSMIJ El Prat Hospital de dia infanto-juvenil 1 Hospital de dia infanto-juvenil 2
Fundació Nou Barris	CSMIJ Nou Barris
Centre Carrilet	Unidad Clínico-educativa y servicio de tratamientos
Fundació Puigvert	Fundación Puigvert IUNA
Integra Associació Discapacitats Intelectuals	CDIAT Garrotxa
Baulacreix	CDIAT Hospitalet
Fundació Aspace	CDIAT Sants-Montjuïc
A ³³	CDIAT La Mina
Les Corts Centre d'Higiene Mental	
CPB Serveis de Salut Mental	

Tabla 2. Cuestionarios administrados por tipo de Unidad Productiva/Centro

Tipo de UP o centro	Cuestionario							TOTAL por UP o centro
	SDQ 1/4	HONOSI	SDQ 4-18	HONOSCA	CORE-OM	HONOS	HONOS-65	
CDIAT	173	129	73	97	0	0	0	472
CSMIJ	12	22	5495	5642	10	15	1	11197
CSMA	0	0	5	5	501	518	16	1045
Hospital de día infanto-juvenil	0	1	605	680	24	27	0	1337
Centro de día adultos	0	0	0	0	297	279	3	579
Unidades especializadas	3	4	415	468	403	414	9	1716
TOTAL por cuestionario	188	156	6593	6892	1235	1253	29	16346

UP: Unidad Productiva; CDIAT: Centro de desarrollo y atención temprana; CSMIJ: Centro de Salud Mental Infanto-juvenil; CSMA: Centro de Salud Mental de adulto; SDQ: Strenghts and Difficulties Questionnaire; HONOSI: Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents, HONOSCA: Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents; CORE-OM, HONOS: Health of the Nation Outcome Scales for adults; CORE-OM. Clinical Outcomes in Routine Evaluation.

Figura 1. Distribución de cuestionarios administrados por tipo de Unidad Productiva / Centro



CDIAT: Centro de desarrollo y atención temprana; CSMIJ: Centro de Salud Mental Infanto-juvenil

Figura 2. Número de cuestionarios administrados por rango de edad

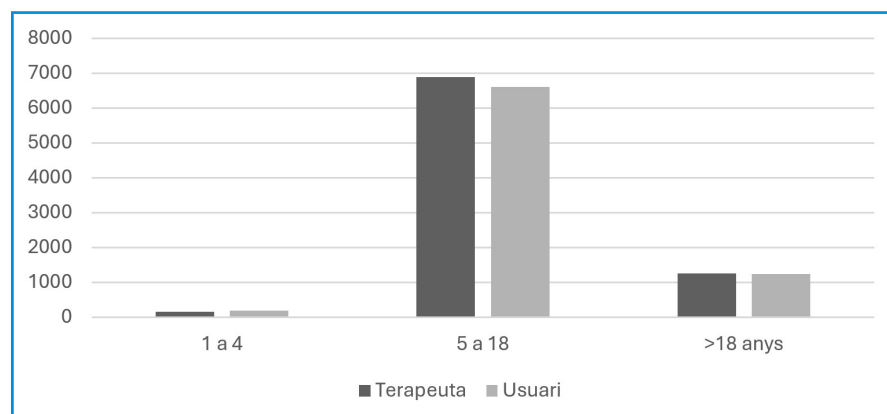
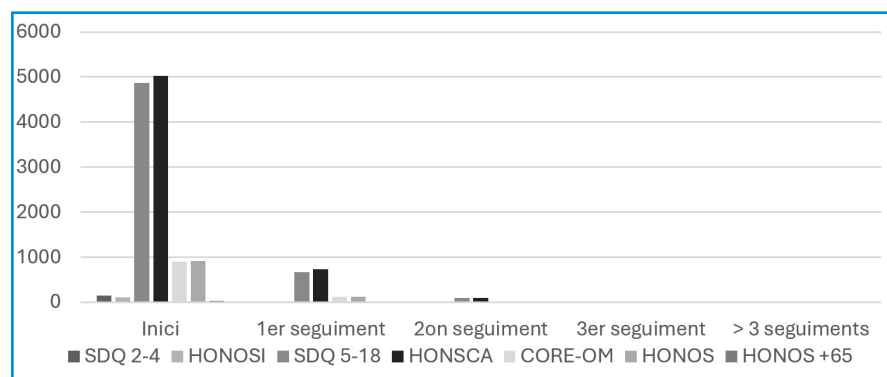


Figura 3. Número de cuestionarios administrados por momento temporal de seguimiento



SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire; HONOSI: Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents, HONOSCA: Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents; CORE-OM, HONOS: Health of the Nation Outcome Scales for adults; CORE-OM. Clinical Outcomes in Routine Evaluation.

Drama en una vivienda de protección social (1). Escenas y posturas de cuidado*

RÉMY PUYUELO¹

RESUMEN

Drama en una vivienda de protección social. Escenas y posturas de cuidado. Una situación de urgencia en CMPP. El “dejarse ir” del cuidador permite, cuando lo necesita, acoger el evento allí donde se produce para convertirlo en un momento clínico actuado que se inscribe en el recorrido de atención psicológica dentro de un proyecto de simbolización. Eso pasa por el evento convertido en escenografía témporo-espacial, verdadera mediación en el seguimiento de poblaciones de niños y familias que presentan desorganizaciones identitarias obstaculizadas por la latencia. **Palabras clave:** CMPP, urgencia, obstáculos a la latencia del niño, adolescentes, mediación, escenografía témporo-espacial, cuidado psíquico.

ABSTRACT

Drama in social housing. Scenes and attitudes of care. An emergency at CMPP. The caregiver’s “letting go” allows them, when necessary, to embrace the occurrence where it happens and turn it into an acted clinical moment that becomes part of the psychological care process within a symbolization project. This involves the occurrence becoming a temporal-spatial setting, a true mediation in the monitoring of populations of children and families who present identity disorganizations hindered by latency. **Keywords:** CMPP, emergency, obstacles to child latency, adolescents, mediation, temporal-spatial setting, psychological care.

RESUM

Drama en un habitatge de protecció oficial. Escenes i postures de cura. Una situació d’urgència en un CMPP. El “deixar-se anar” del cuidador permet, quan cal, acollir l’esdeveniment allà on es produeix i transformar-lo en un moment clínic actuat que s’inscriu en el recorregut d’atenció psicològica dins d’un projecte de simbolització. Això passa per l’esdeveniment convertit en escenografia temporal i espacial, una veritable mediació en el seguiment de poblacions d’infants i famílies que presenten desorganitzacions identitàries obstaculitzades per la latència. **Paraules clau:** CMPP, urgència, obstacles a la latència de l’infant, adolescents, mediació, escenografia temporal i espacial, cura psíquica.

Los lugares en los que tiene lugar la asistencia... la casa, la barraca, la vivienda compartida... Diferenciar el entorno en términos de vida fantasmática y sus proyecciones del entorno en sentido amplio sin un por qué, sin fantasías ni causalidades psíquicas, producto del azar y de la coacción que hemos puesto en peligro; de ahí nuestra complejidad de pensar las paradojas alrededor de la madre-entorno que son nuestro ámbito de pensamiento.

Mi hipótesis: la liberación espacial del cuidador le permite, cuando es necesario, situarse allí

donde el paciente lo espera. Esto ocurre especialmente en las patologías narcisistas identitarias, en las que fracasan las simbolizaciones y el sujeto se enfrenta a realidades excesivas. En esos casos, el encuentro se da en el territorio que el paciente ha investido de manera narcisista. Al cuidador, entonces, le corresponde co-crear un confort espacial a dos o más, con una figura simbolizante, para que sean posibles los cuidados.

Estas situaciones clínicas actuadas son muy variadas, no siempre queridas, pero a menudo

*El presente artículo constituye la traducción al castellano del trabajo publicado originalmente en EMPAN, en el año 2024, con el título *Drame en HLM... Scènes et postures de soin*. Publicado con permiso de los autores y de los editores.

¹Psiquiatra infantil, psicoanalista, antiguo miembro titular formador de la SPP (Société Psychanalytique de Paris); miembro de la SEPEA (Société Européenne pour la Psychanalyse de l’Enfant et de l’Adolescent).

Contacto: remi.puyuelo@free.fr

Recibido: 16/10/24 - Aceptado: 17/2/25

provocadas: las crisis y las urgencias, los equipos educativos en la escuela, ciertos encuentros ampliados padres-hijo-equipo, encuentros ante el juez de menores, momentos que cuestionan los equilibrios familiares (divorcio, fallecimiento, desempleo, mudanzas, etc.), momentos en los que “saltan los plomos” en la sala de espera o en las consultas, equipos móviles de perinatalidad para poblaciones carenciadas...

Todos estos momentos, acontecimientos... son, en realidad, escenografías clínicas que debemos integrar y en los que debemos pensar en el curso de los cuidados.

Las experiencias clínicas en las que pensar son inagotables y sus repeticiones suelen ser fecundas.

A partir de notas antiguas y de la vuelta de un niño que ahora se ha convertido en adulto, les propongo una nueva versión de una escena de cuidados.

En un balcón del sexto piso, un hombre amenaza con lanzarse al vacío junto con su hijo de siete años.

Fabien, hijo único, es seguido en el CMPP (2) desde hace mucho tiempo por trastornos del comportamiento, dificultades instrumentales que van parejos con múltiples traumas narcisistas de la primera infancia y fracaso escolar. Presenta una precariedad identitaria, fruto de abusos narcisistas. Su tratamiento, tanto grupal como individual, ha cuestionado el equilibrio simbiótico familiar que se apoyaba en él. Los trastornos de Fabien, de hecho, unen el universo familiar y son una solución costosa que permite poner en pausa la dinámica.

El padre está el paro, y ha agotado el período. Se ha separado hace poco de su mujer. No soporta la idea de abandonar este piso por el cual se endeudaron y de estar lejos de Fabien. Su pasado de niño de la ASE (3) lo llevó a invertir este apartamento como primer lugar de su ser, punto de referencia e ideal familiar, territorio auto-cuidante, figura de una estructura de encuadre externa a falta de una estructura de encuadre interna, en el sentido de A. Green (Botella, 2002).

Los bomberos, la policía y los vecinos están allí, desamparados. El *coro* (4) de la barriada Bagatelle hierve de rumores. La madre solicita al CMPP cercano -que conoce a Fabien- y dice que

el padre está “fuera de sí”, inaccesible a cualquier lenguaje. Es miércoles, estoy allí. Conozco a Fabien y he atendido al padre una o dos veces. Recuerdo a un hombre rudo, de manos ásperas y agrietadas por los inviernos y el trabajo en la construcción. Es cercano a Fabien y dispone de pocas palabras para hablar de él. Recuerdo haberme interesado en su trabajo de operador de grúa en aquella época. Recuerdo mis juguetes de infancia y él me explicó la belleza de esa profesión, en la que solo a bordo, suspendido en el vacío, desafiaba la altura de los edificios en construcción. Y, esa mañana, se propone saltar al vacío con su hijo, otra versión de una contrafobia, creación auto-curativa que atestigua los impases maternos arcaicos, actualizados por la futura pérdida de su apartamento y la soledad que le provoca el divorcio en curso.

La policía también me indica que tiene un rifle de caza. Poco motivado por este conjunto de elementos, me hago cargo. ¿Tenía yo otras posibilidades? No lo creo.

Cuando salgo del ascensor, las voces callan, se instala un silencio poco reconfortante. Ahora estoy solo. Con las manos un poco húmedas, busco el timbre y no lo encuentro. ¡Tengo miedo, hay que admitirlo! Llamo a la puerta. Me oigo decir: “Soy del CMPP. Ya nos hemos visto. Conozco a Fabien”. Me siento interpelado, me encuentro en una situación clínica por mi pertenencia al CMPP y por el trabajo ya iniciado. Mi voz se hace más fuerte, como si estuviera en una situación conocida. Más bien una película en la que me veo de forma doble. Este desdoblamiento protector organiza mi desamparo. Me tiemblan las piernas y esto me devuelve a una realidad corporal más banal que me permite mantener el contacto conmigo mismo ante la precariedad momentánea de mis procesos de pensamiento.

La puerta se abre y se cierra de inmediato tras de mí.

La situación: dos hombres fuera de sí y un niño atónito.

Me acoge de urgencia una banqueta destrozada. Me siento desconcertado y pido un café. Él corre a la cocina, muy enojado, pero toma nota de esta mediación inesperada.

Fabien está a mi lado en la banqueta. La ventana de cristal está abierta. Detrás de la puerta la agitación del *coro* está en su apogeo, lo cual

contrasta con el ruido de la vajilla en la cocina. Veo detalles y no puedo concebir la situación en su globalidad.

Fabien mueve las piernas con nerviosismo. Coloco la mano sobre su muslo. Manifiestamente sorprendido, él fija la pared agrietada que tenemos enfrente. La preparación del café, el hecho de sentarse, tienen un efecto calmante sobre el padre. Una función de contención de la excitación. Lo cotidiano recupera su derecho. La tetera se hace oír. Lo insólito de la situación me sorprende, totalmente descolocado del ritmo de este día de miércoles que conozco de memoria. Inquietante extrañeza de estar ahí. Los ruidos se han detenido en el pasillo; ya no los oigo, pero sé que la policía y los vecinos están ahí, esperando. Está en marcha un juego dentro-fuera. También sé que estoy solo.

La urgencia ha pasado; a mi agitación interna le sigue un inicio de reflexión. Ya no tengo aquella imagen traumática del padre y del niño arrojándose por la ventana. Mi cuerpo se borra con el regreso de mi capacidad de pensar. El tiempo recupera sus derechos y me pregunto desde hace cuánto tiempo estoy ahí.

El café está demasiado caliente. Se lo digo al padre, señalándole que eso no tiene importancia. Me sorprende este comentario totalmente inapropiado en esta situación. Fabien empieza a llorar en silencio. Ha recuperado la capacidad emocional y el llanto, al decirle que hemos tenido mucho miedo y que su papá seguramente está muy triste por todo “esto”, subtitulando los afectos.

El padre, todavía de pie, frente a nosotros, se interesa por lo que digo.

Les digo entonces que están muy tristes los dos. El padre parece de pronto ya no saber qué hacer con las manos; le tiendo mi taza vacía diciéndole que el café estaba bueno y que lo necesitaba mucho. Regresando de la cocina, consuela a Fabien y yo emprendo una “conversación” hablando de cualquier cosa, como en una charla sin importancia.

Entonces veo un balón de rugby. Pregunto: “¿quién juega al rugby?” “¡Es papá!” dice Fabien orgulloso. Nuestras miradas se cruzan... Los afectos y lo pulsional vuelven y dejan paso al desconcierto y a la excitación. Cada uno ha vuelto a sí mismo. Tras la excitación y el sobresalto viene lo

pulsional y la reanudación de las identificaciones proyectivas.

Le he hecho “el pase” a Fabien.

Luego le pido que vaya a cerrar la ventana. La escena de cuidado se cierra en una claustrofobia que da seguridad y que se convierte en un espacio de juego.

Me pregunto dónde está el fusil. En realidad, ¿habrá alguno? inunca lo sabré!

De golpe, me siento muy cansado, expresión de elementos de depresión corporal personal, pero también receptáculo de los movimientos depresivos del padre y del hijo. Paradójicamente, he recuperado fuerzas. El tiempo recupera sus derechos y una cierta agilidad psíquica intenta ya encontrar salidas a esta situación de la cual los distintos participantes podrían salir menos dañados en su narcisismo.

Me sorprende un movimiento maniaco de omnipotencia, eco de mi anterior desamparo. “Estamos jodidos”, expresión popular de la que me sorprende a mí mismo; y que provoca llanto en el padre.

Fabien se le acerca.

Ya no hay urgencia. Ya no hay preguntas de vida o muerte; cada una de las partes ha recuperado sus límites corporales-psíquicos, su historia, sus afectos, sus representaciones. El lenguaje retoma su derecho. Pero la crisis sigue ahí, en espera de soluciones.

Les explico a Fabien y a su padre mi proyecto, mi prescripción: el padre debe ir a la comisaría para explicarse. Fabien irá a la casa de la vecina, a la cual conoce bien, y un educador del CMPP pasará por la mañana, a no ser que ya esté detrás de la puerta del domicilio. Veremos a la madre en el CMPP durante el día. Volveré a ver al padre durante la semana para hacer balance de lo ocurrido. Le digo: “los dos tendremos que pensar”, con lo cual le propongo una conexión lingüística común posterior que tiene en cuenta tanto lo masculino como lo paterno. Padre e hijo aceptan esta transacción sin exclusiones.

Salgo, estando seguro de que la puerta no se cerrará tras de mí. Confío en que padre e hijo han recuperado una seguridad compartida. Propongo a la policía, que sigue ahí, en espera, este proyecto para que lo valide haciendo evacuar al coro de la escalera. La asistente social del CMPP está también ahí, así como un

educador de barrio que se ofrece a cuidar a Fabien hasta que llegue su mamá, que está refugiada en casa de una vecina en otro bloque de viviendas del barrio.

Nos ponemos de acuerdo.

Como ya se imaginarán, esta historia no ha terminado.

El equipo del CMPP y los trabajadores sociales del barrio han “atado cabos sueltos” alrededor de esta situación, que resultó ser organizadora para los diferentes miembros de la familia.

¿Cómo entender esta situación como una escena clínica actuada, dentro del contexto de un recorrido de atención, y tratar de pulsionarla para sus diferentes actores? Eso significa: cómo retomar la sucesión de hechos y sus ecos en unos y otros, incluidos los profesionales, por supuesto, para permitir proponer, a partir de una experiencia de impotencia y angustia cercana entre los tres actores, una postura de cuidados.

Algunos elementos clínicos pueden ayudarnos: la puesta en espacio y la actuación de problemáticas psíquicas no simbolizadas, dificultades de mentalización de los diferentes actores, depresiones imposibles, simbiosis, díada ágora-claustrofóbica que no conducen a una organización fóbica al servicio del pensamiento. ¿Cómo acompañar al padre en su faceta femenina y en su paternidad y sus renunciadas y hacer lugar a la madre...?

La toma en cuenta clínica de esta situación por el CMPP: el cuidado trastornado -fiesta de la simbiosis- ha llevado a una des-simbiotización del universo familiar que sólo podía expresarse a través de trastornos del comportamiento, por fallo de las simbolizaciones o respuestas psicóticas o somáticas. Esta situación actuada es una respuesta a la atención psicológica en la que cada miembro de la familia intenta separarse, individuarse en el contexto del barrio bajo la mirada del *coro*.

El *coro* es, a la vez, un mediador entre la *polis* (el vecindario) y los héroes, en la tragedia griega, ligado a la primera cuyos valores defiende, unido a los segundos a los que asesora y cuyos sufrimientos comparte. Crea un ambiente, un contenedor sonoro, y una continuidad al no abandonar nunca la escena. Aporta profundidad y favorece las proyecciones por su geografía (está fuera de la escena en la que evolucionan

los protagonistas). ¿Soy yo acaso uno de los corifeos?

La retroactividad solo puede organizarse en la medida en que una anticipación crítica, acompañada y guionizada, ha adquirido sentido para los distintos actores, permitiéndoles construir un relato y acceder a una narratividad compartida en un segundo tiempo. Del testimonio al relato (Derrida, 1997).

Una nueva escenografía del cuidado familiar ha permitido “utilizar” esta situación como espacio de trabajo. En ella, cada uno de los actores, dejando de lado lo exterior y lo interior, ha podido avanzar hacia una mejor individuación. Esto ha hecho posible que el padre desconfusione a su hijo, doble de sí mismo, pero también hermano rival demasiado próximo a la madre e hijo imaginario idealizado. Al mismo tiempo, ha dado lugar a que la madre, al reconocer sus elementos depresivos, pudiera acceder a ser atendida psíquicamente y adoptar una postura materna más adecuada. La separación de los padres ha aclarado muchos malentendidos y Pôle Emploi (5) ha hecho lo demás para restaurar el narcisismo del padre. Fabien, liberado en parte de los lazos simbióticos familiares y a partir de *nuestra urgencia común*, ha podido vincularse a un educador que le ha acompañado en el barrio y en su escuela durante mucho tiempo.

Esta escenografía, eco de una dramaturgia, nos permite entender que, a menudo, en las organizaciones narcisistas de precariedad identitaria, hay que *ir al campo del sujeto*; es ahí donde se juega, no donde lo quiere la atención sanitaria, sino donde puede ocurrir. Cuando el desplazamiento psíquico y los elementos transferenciales son deficientes, la cosa se juega en los desplazamientos físicos, las trasposiciones, las translaciones, los transportes, la posibilidad de ir más allá... en el espacio investido por las identificaciones adhesivas (lugar psíquico) del sujeto (en este caso, aquí, el padre y su pasado en la ASE) para poder llevar a una guionización y dramatización. El *dónde estoy* es el prerrequisito del *quién soy*. La deslocalización del cuidado, el desvío, son entonces necesidades. También podríamos mencionar al respecto a los equipos móviles actuales (Puyuelo, 2014).

El hallazgo preconsciente de la petición de café intenta transformar la situación traumática

en una situación de hospitalidad, por lo tanto relacional, pero también recuperar lo cultural y lo religioso. El “estoy en vuestra casa” pone en relieve al *huésped*, la otredad propuesta y toda su ambigüedad, como subraya Derrida (1997). “Hostis”, en latín, significa *huésped*, pero también *enemigo*. Esta petición me pone en situación de dependencia del otro y también trata de regular la excitación, canalizarla en una tarea cotidiana y, por tanto, pulsionar la situación. Este tipo de respuestas inesperadas, sorprendentes ante las situaciones, se revelan casi siempre por sus secuelas, en cuanto a la autenticidad y la verdad psíquica. Asocio sobre nuestras capacidades de recepción del extranjero...

Este momento clínico requiere, para ir más allá del aturdimiento, la excitación, la emoción, una reactivación pulsional con afectos y representaciones. Y que el objeto se presente no como un objeto seductor, excitante, reflexivo y pensante, sino más bien como un mojón, una masa presente; un punto de referencia que actúe a la vez como obstáculo y como límite para la deriva corporal, y la mitomanía, con vistas a una coreografía psíquica del cuidado y de pequeñas conversaciones mudas con el cuerpo. Así, en un doble movimiento separador y organizador, se juega a ese precio lo que no puede vivirse psíquicamente.

Los distintos actores “toman su lugar”. Esto también requiere que improvisemos, en el sentido musical, dentro de este *agitato*. Se trata entonces de *posiciones*. La posición es una actitud del cuerpo, tensión dinámica entre hecho, movimiento y simbolización con efecto de presencia, de testigo, portador de sentido potencial, siempre en relación con el otro. No hay posición sin objeto interno y objeto externo. Es una presencia en el espacio, punto de fijación y encuentro entre cuerpo y psiquismo, expresión de conflicto, resultado de un pasado que espera un futuro. Es una actitud particular, notable, del cuerpo, detención de un movimiento, a la vez anticipación y resultado, figura estética que puede convertirse en una actitud mental, actitud de espíritu e incluso moral en el sentido de Montaigne.

Este momento clínico se ha convertido en un trabajo de escritura en algo retroactivo, que resignifica la acción en el sentido de Paul Ricoeur (1995), haciendo narratividad e historia que

adquiere profundidad, perspectiva siempre en una operación de sentido del cuidado del ser; es decir, no sanar, sino llevar a los distintos actores a reconocer al otro sin que ello cuestione su propia identidad.

Es necesario conjugar la economía del acto (descargo, *puesta en signo*, puesta en juego, puesta en relato, puesta en pensamiento) y el camino de la mentalización (soma-cuerpo-excitación-pulsión-afecto-representación de cosa-representación de palabra-pensamiento reflexivo). Estos dos movimientos desarrollistas son en realidad más complejos, ya que se indexan en los encuentros con el objeto. En cada etapa hay una reanudación, en una operación de dar sentido a la etapa anterior, pero también hay que tener en cuenta movimientos de regresión y repliegue narcisista del sujeto según edades, crisis, encuentros de la vida. Nos permitirán jugar con espacio-tiempo, interior-exterior, cuerpo, metáfora, mediaciones y lenguaje, manteniendo a la vista el sentido y el sujeto sufriente y sexuado a la espera del objeto.

Notas del traductor

- (1) El autor hace referencia a *Habitations à Loyer Modéré* (HLM). En Francia, las HLM corresponden a viviendas sociales de alquiler asequible, aunque en algunos casos también incluyen fórmulas de acceso a la propiedad. Están financiadas con fondos públicos y gestionadas por organismos especializados para garantizar el acceso a una vivienda digna a personas y familias con ingresos limitados.
- (2) En Francia, los *Centres Médico-Psychopédagogiques* (CMPP) son dispositivos de atención ambulatoria, gratuitos y financiados por la seguridad social, destinados a niños y adolescentes con trastornos psicológicos, del desarrollo o del aprendizaje. Están gestionados por equipos multiprofesionales (médicos, psicólogos, logopedas, psicomotricistas, etc.) y se consideran un recurso central de la red sociosanitaria infantil.
- (3) En Francia, la *Aide Sociale à l'Enfance* (ASE) es el servicio público de protección de la infancia, dependiente de los Consejos De-

partamentales. Ofrece medidas de apoyo y acompañamiento a las familias en dificultad, así como acogida y tutela de menores en situaciones de riesgo o de desamparo. Su misión incluye la prevención, la protección y la atención educativa de los niños y adolescentes, en coordinación con los servicios judiciales y sanitarios.

- (4) Aquí el autor hace un paralelismo con el coro de las tragedias griegas.
- (5) En Francia, *Pôle emploi* es el organismo público encargado del empleo. Resulta de la fusión, en 2008, de la Agencia Nacional para el Empleo (ANPE) y la red de seguros de desempleo (UNEDIC). Sus funciones incluyen la inscripción de demandantes de empleo, el pago de prestaciones por desempleo, la orientación profesional y el acompañamiento

en la búsqueda de trabajo.

Traducción del francés de Jordi Freixas Dargallo.

Bibliografía

- Botella, C. (dir.) (2002). *Ecrits en l'honneur d'André Green*. Delachaux-Nieslé.
- Derrida, J. (1997). *Anne Dufourmantelle invite Jacques Derrida à répondre de L'hospitalité*. Ed. Calman-Levy.
- Puyuelo, R. (2014). Preface. En S. Tordjman y M. Wiss, *À la rencontre des jeunes en souffrance. L'expérience d'une équipe mobile pluriprofessionnelle*. Ed. De Boeck.
- Ricoeur, P. (1995). *Tiempo y narración, vol. 1: configuración del tiempo en el relato histórico*. Siglo XXI Editores.

Desinstitucionalización y prácticas inclusivas en Italia: el papel de los clínicos

ALDO DIAVOLETTO^{1A}, FRANCA BOTTIGLIERI^{23A}, MARIANNA SESSA^{2A} Y ANNA TORTORELLA^{23A}

RESUMEN

Desinstitucionalización y prácticas inclusivas en Italia: el papel de los clínicos. Este artículo aborda las cuestiones relativas a la protección de los menores repasando la normativa internacional e italiana de referencia, y la novedad que éstas han representado en la historia más amplia de la lucha contra la institución total. De estas normativas derivan la lucha contra la desigualdad y la promoción de la inclusión escolar y social en la infancia. En este punto, cabe preguntarse cuál es el estado actual de la cuestión y el papel de la neuropsiquiatría infantil en estas temáticas. **Palabras clave:** *desinstitucionalización, inclusión, lucha contra las desigualdades.*

ABSTRACT

Deinstitutionalization and inclusive practices in Italy: the role of clinicians. This article addresses issues relating to the protection of minors by reviewing the relevant international and Italian legislation and the novelty that these have represented in the broader history of the fight against total institutions. These regulations have led to the fight against inequality and the promotion of school and social inclusion in childhood. At this point, it is worth asking what the current state of affairs is and what role child neuropsychiatry plays in these issues. **Keywords:** *deinstitutionalization, inclusion, fight against inequalities.*

RESUM

Desinstitucionalització i pràctiques inclusives a Itàlia: el paper dels clínics. Aquest article aborda les qüestions relatives a la protecció dels menors repassant la normativa internacional i italiana de referència, i la novetat que aquestes han representat en la història més àmplia de la lluita contra la institució total. D'aquestes normatives deriven la lluita contra la desigualtat i la promoció de la inclusió escolar i social en la infància. En aquest punt, cal preguntar-se quin és l'estat actual de la qüestió i el paper de la neuropsiquiatria infantil en aquestes temàtiques. **Paraules clau:** *desinstitucionalització, inclusió, lluita contra les desigualtats.*

Introducción

La neuropsiquiatría infantil ha participado, a través de algunos de sus representantes más destacados, en las luchas contra la marginación y contra la institución total, que han sido hitos fundamentales de la clínica y de la cultura de las organizaciones sanitarias psiquiátricas (Calamoneri, 2018). Estas etapas se han concretado en procesos como la reorganización de los servicios territoriales, el cierre de las escuelas especiales y el cierre de las instituciones para menores.

Lo que caracteriza a la institución total puede resumirse (Belotti, 2008) en los siguientes términos: la convivencia de un elevado número de individuos considerados desviados respecto a las normas sociales compartidas; el hecho de que estos individuos vivan todas sus actividades cotidianas en un mismo lugar, regido por una única autoridad; y que dichas actividades se desarrollen de forma preestablecida, lo que conlleva una cristalización de las funciones psicosociales y de la vida psíquica.

En lo que respecta a los menores, la literatura ha documentado ampliamente los daños

¹Neuropsiquiatra Infantil. Jefe de servicio de UONPIA, ²Psicólogo, ³Psicoterapeuta. ^AUnidad de Neuropsiquiatría del Niño y del Adolescente, Departamento de Salud Mental (DSM) de la Empresa Sanitaria Local (ASL) de Salerno. ^BPsicología Básica, Ds67 ASL Salerno.

Contacto: a.diavoletto@aslsalerno.it

Recibido: 7/5/25 - Aceptado: 29/9/25

que causa la permanencia de los niños en estructuras carentes de un entorno familiar adecuado (Wade et al., 2018; van IJzendoorn et al., 2020; Humphreys et al., 2020). Las grandes instituciones asistenciales pueden satisfacer las necesidades materiales, pero no pueden ofrecer un entorno que favorezca una salud mental adecuada. En otras culturas, como en algunos países postsoviéticos, la institucionalización sigue siendo un recurso común para atender a la infancia vulnerable (Ismayilova et al., 2023), con las consecuencias conocidas.

En Italia, estos temas llevaron a la Ley 149 de 2001, que exigía el cierre de instituciones para menores antes del 31 de diciembre de 2006, en favor de soluciones personalizadas centradas en las relaciones de calidad y en el apoyo territorial a familias en riesgo.

Estas temáticas se han desarrollado en Italia a lo largo de las últimas décadas, culminándose con la aprobación de la Ley 149 de 2001, que imponía el cierre de las instituciones asistenciales para menores antes del 31 de diciembre de 2006.

El cierre de estas instituciones responde a una serie de principios y enunciados: la necesidad de situar en el centro de las acciones de protección no solo la seguridad física, sino sobre todo la calidad de las relaciones en la vida del menor; la oportunidad de trabajar con los recursos del territorio para prevenir fenómenos de abandono y negligencia. Finalmente, la lógica de promover intervenciones personalizadas, a *medida*, para cada menor, que aborden todas las necesidades de la persona y su familia.

Tanto en el ámbito del malestar psíquico como en el de la infancia, el verdadero eje de la desinstitucionalización reside en el tejido de redes sociales adecuadas en el territorio, y en la necesidad de trabajar para desarrollar y mantener esta lógica en las actuaciones de los servicios.

Referencias normativas

El principal marco normativo está representado por la *Convención de Nueva York sobre los Derechos del Niño*, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y ratificada por Italia mediante la Ley 176 del 27 de mayo de 1991. Este documento constituye el punto de partida de

las concepciones actuales en materia de protección de la infancia.

El llamado “interés superior del menor”, consagrado en el artículo 3, se ha convertido en el principio rector de toda disposición normativa relativa a la infancia y la adolescencia.

Otras referencias relevantes son el artículo 24 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, que también se centra en el interés superior del menor. Asimismo, aunque no están específicamente dedicados a los menores de edad, deben mencionarse el artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH) y el artículo 7 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, que consagran el derecho al respeto de la vida privada y familiar.

El principio fundamental es que, para un desarrollo equilibrado de niños y adolescentes, es necesario salvaguardar el contexto de vida familiar.

La Convención pone el foco en los siguientes puntos:

- El derecho a preservar la propia identidad, incluida la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares (art. 8).
- El derecho a no ser separado de los padres contra su voluntad, salvo que las autoridades determinen que dicha separación es necesaria en el interés superior del menor (art. 9).
- La prohibición de las injerencias arbitrarias en la vida privada del menor, con referencia explícita a la familia y al domicilio (art. 16).
- La exigencia a que los Estados garanticen protección y asistencia especiales a todo menor privado, de forma transitoria o definitiva, de su entorno familiar, o que no pueda permanecer en dicho entorno por su propio interés; especificando que esta protección puede llevarse a cabo mediante otra familia, o, en caso necesario, mediante el ingreso en una estructura adecuada (art. 20).
- El interés superior del menor como consideración fundamental a la hora de proceder a una adopción (art. 21).

Recordemos también otros derechos consagrados por la Convención de la ONU en protección de los menores, como la protección frente a la violencia (art. 19) y el derecho al mejor estado de salud posible (art. 24).

Asimismo, se destaca la necesidad de garantizar un nivel de vida suficiente que permita un desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social adecuado (art. 27).

En Italia, la Ley 184 de 1983 (que regula el acogimiento de menores), modificada posteriormente por la Ley 149b de 28 de marzo de 2001, representa un momento crucial en la legislación italiana, al rechazar la idoneidad del recurso a la institucionalización y favorecer el recurso a contextos familiares o similares.

La ley, denominada *Derecho del menor a una familia*, establece en su artículo 1 el “derecho del menor a crecer y ser educado en el seno de su propia familia”. También contempla el supuesto en que, si el menor carece de un entorno familiar adecuado, pueda ser acogido por otra familia y, solo en última instancia (extrema ratio), ser ingresado en una institución residencial para menores.

Por su parte, la Ley 328 de 2000 (ley marco para la realización del sistema integrado de intervenciones y servicios sociales) nace con el objetivo de estructurar el apoyo a las familias y a las personas en situación de dificultad sin desvincularlas de su entorno, y para los profesionales de la salud mental está fuertemente entrelazada con los efectos de la Ley 180 y de la Ley 104 de 1992.

En su artículo 22, apartado 3, la Ley 328 define las características de tipo familiar que deben tener las comunidades para menores, asimilables precisamente a las de una familia.

El posterior Decreto Ministerial 308 de 21 de mayo de 2001, sobre los requisitos mínimos y organizativos para la autorización del ejercicio de servicios y estructuras de ciclo residencial y semi-residencial, retoma el artículo 11 de la Ley 328 del 8 de noviembre de 2000, y establece que las estructuras comunitarias para menores se caracterizan por:

a) una “baja intensidad asistencial, y baja o media complejidad organizativa” (art. 7, apartado 2)

b) una capacidad estructural máxima de diez plazas, más dos adicionales para situaciones de emergencia.

La auténtica línea divisoria la marca, por tanto, la Ley 149/2001, que representa de algún modo la culminación del proceso de superación de los

criterios de institucionalización y marginación de los más vulnerables, acogiendo en cierto modo el legado de la Ley 180 de 1978 y la abolición de las clases especiales.

La Ley 149 de 2001 (*Derecho del menor a una familia*) consagra el fin del internamiento de menores en instituciones, estableciendo que este debe sustituirse por el acogimiento en una familia y, cuando esto no sea posible, mediante el ingreso en comunidades de tipo familiar, caracterizadas por una organización y unas relaciones interpersonales análogas a las de una familia.

El acogimiento de un menor fuera de su familia tiene carácter provisional y no debería prolongarse más allá de los 24 meses, con el objetivo de permitir a los progenitores recuperar sus competencias parentales.

A día de hoy, el *Plan Nacional de Intervenciones y Servicios Sociales 2021/2023* (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2021) reconoce la necesidad de una atención multidimensional del menor como nivel esencial de prestación social, con el fin de prevenir la separación del niño de su propia familia.

En el ámbito de los recursos regionales, cabe mencionar el *Programa de Intervención para la Prevención de la Institucionalización* (PIPPI) (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali & Università degli Studi di Padova, 2018), que será parcialmente financiado con fondos del *Plan Nacional de Recuperación y Resiliencia* (PNRR) (Governo Italiano, 2021). Estas disposiciones evidencian la voluntad de invertir en los recursos territoriales de forma homogénea en todo el país, con el objetivo de prevenir situaciones que puedan llevar a la separación del menor de sus progenitores. Naturalmente, si los apoyos familiares no resultan eficaces, surge igualmente la necesidad de proteger al menor mediante su colocación fuera del núcleo familiar.

Debe mencionarse también el artículo 403 del Código Civil, que regula los plazos de las medidas en casos de maltrato familiar: la medida, adoptada por necesidad y urgencia, debe ser validada por la autoridad judicial (72 horas para la solicitud del Ministerio Fiscal y 48 horas para la decisión del tribunal).

El Código también prevé que el juez escuche al menor implicado, directamente o con la

ayuda de un experto: se trata de un principio emblemático de la creciente atención al derecho del menor a ser escuchado, como reflejo de su individualidad y dignidad, tal como también prevé el artículo 12 de la Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño.

El ingreso en una comunidad puede producirse también por razones distintas del apoyo temporal a los menores y a sus familias, como aquellos considerados responsables de conductas penalmente relevantes. Estos pueden ser ingresados por:

- La ejecución de una medida cautelar conforme al artículo 22 del Decreto del presidente de la República 448 del 22 de septiembre de 1988;
- La participación en un proyecto de prueba que contemple, entre sus requisitos, la permanencia en comunidad;
- La concesión de una medida penal comunitaria o la ejecución de una medida de seguridad.

Las dificultades del sistema de protección basado en estas normas son múltiples y tienen que ver, sobre todo, con el trabajo que debe realizarse antes y después de la colocación del menor fuera del entorno familiar. Es decir, con la calidad de las intervenciones y los recursos disponibles en el territorio para sostener a las familias más vulnerables. Tanto en el caso de acogimiento en otra familia como en el de colocación en comunidad, gran parte de los esfuerzos debe orientarse al fortalecimiento de las competencias del núcleo familiar de origen y a la reconstrucción de sus vínculos con el menor y con su contexto social.

De hecho, la familia, aun estando en crisis y necesitada de ayuda, vive el ingreso del hijo en una comunidad o en una familia de acogida de manera ambivalente, ya que ello remite inevitablemente a un “fracaso parental”. Incluso cuando hay consentimiento respecto al alejamiento del menor del núcleo familiar, el trabajo fundamental consiste en establecer una alianza en cuanto a métodos y objetivos, involucrando al máximo a todos los miembros de la familia junto con el equipo profesional de la estructura de acogida.

En cuanto al proceso de acogimiento familiar, concebido como una intervención amplia, flexible y de duración breve o media, destinada a evitar la institucionalización de los menores

en situaciones familiares transitorias de crisis, consideramos que su utilización, al menos en nuestra comunidad de referencia, no ha sido la que cabría esperar desde 2006, ni en términos cualitativos ni cuantitativos. Además, en comparación con la adopción, ha tenido un desarrollo menor, con diferencias sustanciales entre regiones.

El acogimiento familiar sigue siendo hoy un recurso complejo en cuanto a tiempos, recursos y competencias específicas, así como en lo relativo a la captación y formación de familias idóneas. Es probable que aún sea necesario sensibilizar a la sociedad para fomentar una “cultura” que reconozca la acogida, la educación y el pleno desarrollo de los niños como un interés, una responsabilidad y una competencia de toda la comunidad.

También resulta fundamental desarrollar itinerarios preadoptivos y postadoptivos. Del mismo modo, es imprescindible realizar un seguimiento constante de las estructuras residenciales. Estas se han multiplicado en las últimas décadas tras la promulgación de la normativa específica y requieren controles periódicos y bien estructurados.

La desinstitucionalización también ha alcanzado el ámbito escolar. La neuropsiquiatría infantil italiana, a lo largo de su historia, ha representado una síntesis ejemplar de competencias psicológicas, psiquiátricas, neurológicas y educativas (Rigon, 2018; Calamoneri, 2018).

Mientras que la psiquiatría de adultos en Italia se estructuró a partir de la Ley 180 de 1978, que dio lugar al modelo organizativo actual, la infancia y la adolescencia fueron objeto de una ley igualmente innovadora: la Ley 517, promulgada el 4 de agosto de 1977.

Anteriormente, la Ley 1859 de 1962 permitía crear “clases diferenciales para alumnos desadaptados escolares”, una formulación desarrollada más adelante en el Decreto Presidencial 1528 de 1967. Sin embargo, la nueva normativa, promovida con firmeza, entre otros, por Giovanni Bollea (Calamoneri, 2018), abolió las escuelas especiales y las clases diferenciales. Esta medida abrió las puertas de la escuela a todos los niños, sin importar sus condiciones físicas, psíquicas o culturales.

Gracias a ello, se superó la concepción de la

escuela como una institución que marginaba a los sujetos más frágiles de su entorno vital. Esta ley, con enormes implicaciones psicosociales, fue uno de los frutos del movimiento general de demanda de mejores condiciones de vida y trabajo, y de aquella oleada de propuestas innovadoras que marcó Italia y Europa durante las décadas de 1960 y 1970 (Rigon, 2018).

Hoy, en el ámbito educativo, el concepto clave es el de inclusión (Cottini, 2017), más que el de integración. A partir de la Ley 104/92 y sus desarrollos normativos posteriores, así como de los avances logrados en décadas anteriores, incluida la Ley 517, se busca adaptar el entorno escolar a las necesidades del niño, y no al revés. Esta lógica se concreta en prácticas organizativas, metodológicas y basadas en la evidencia científica (Cottini, 2017).

Resulta innecesario insistir en que la gestión escolar de algunos casos complejos puede volverse especialmente difícil. Las situaciones complicadas ponen a prueba los principios de inclusión, afectando tanto al esfuerzo del propio niño como al del profesorado y del grupo clase. En estos casos, la red de servicios debe actuar de forma cohesionada y desplegar todos los recursos disponibles.

También aquí, el riesgo de que la inclusión fracase en situaciones complejas suele deberse a la fragilidad de los apoyos que rodean a la familia, y a posibles carencias en la red de servicios. Entre ellas, destaca la falta de formación específica del personal educativo ante la complejidad de los retos que se presentan.

El contexto social actual y las respuestas de los servicios

Sabemos que el estado de salud de las personas está fuertemente condicionado por los determinantes sociales. Los cambios en la epidemiología muestran un crecimiento constante de situaciones complejas y multiproblemáticas, que requieren intervenciones asistenciales de tipo multidimensional, tanto en el ámbito social como sanitario. Los niños expuestos a la privación socioeconómica presentan los peores perfiles de salud: más problemas de salud mental tanto internalizantes como externalizantes, un rendimiento cognitivo inferior y una salud física

menos favorable (Xiao et al., 2023).

En la actualidad, asistimos a una tendencia creciente hacia formas de violencia, exclusión y marginación, tanto por parte de los gobiernos como de los grupos sociales o los individuos. Este fenómeno marca el relato cotidiano y domina los contenidos en redes sociales.

Los medios están literalmente ocupados por noticias relacionadas con niños y, sobre todo, con adolescentes. Los hechos se refieren a menores cada vez más jóvenes, como las “bandas juveniles”, o a episodios violentos, relatados con todo detalle, ocurridos en entornos familiares o escolares, además de debates, artículos periodísticos y el auge de series como *Mare fuori* (Rai Fiction y Picomedia, 2020), u otras producciones de plataformas digitales centradas en adolescentes protagonistas de historias “de alto impacto”.

La adolescencia, en sus múltiples expresiones de desviación, rebelión frente al mundo adulto o procesos de superación y resiliencia, se ha convertido en un tema prioritario y urgente. Ningún sistema de servicios puede dar una respuesta exhaustiva a la inmensa cantidad de necesidades materiales y culturales de quienes han sido marginados por los mismos procesos que están llevando a amplios sectores de la población a la desesperación y a la pérdida de certezas (Yoshikawa et al., 2012).

La brecha entre quienes lo tienen todo y quienes no tienen nada, o entre quienes viven con seguridad y quienes lo hacen en condiciones desesperadas, se agranda. Todos los signos de la política mundial refuerzan esta tendencia, mientras que la sociedad parece carecer de la fuerza ideológica o moral para construir una nueva política y un modelo de valores centrado en la solidaridad y la igualdad.

La salud mental de padres e hijos se influye mutuamente, de forma bidireccional, y la pobreza constituye un factor crítico de gran relevancia (Treanor et al., 2023).

El mundo de la comunicación, rápido, voraz y dominado por la imagen, ya descrito en la era prepandémica por Zygmunt Baumann (2003), puede influir en la percepción social de las personas con fragilidades, creando barreras adicionales para el pleno ejercicio de sus derechos. El énfasis en el rendimiento, el éxito individual, la

velocidad de la información y la importancia de la apariencia tienden a excluir a quienes no se ajustan a los rígidos ideales de productividad. Esto complica aún más la realización de objetivos como la autonomía o la autodeterminación (Diavoletto, 2017).

Ya hace décadas que estudiosos de prestigio advertían que no es posible ocuparse de salud mental en la infancia y adolescencia sin considerar el entorno cultural en el que se actúa.

Los problemas de los jóvenes son el reflejo visible de la crisis de la cultura occidental, fruto de la sustitución de una idea positiva de futuro por modelos más duros, sombríos y por una pérdida generalizada de esperanza (Benasayag y Schmit, 2004).

Estas transformaciones socioculturales, profundas y traumáticas, generan en niños y familias un sufrimiento psicológico creciente, que se traduce en nuevas formas de malestar, más complejas que nunca. Los adultos, al igual que los propios servicios, suelen mostrarse poco preparados para afrontarlas.

El paradigma clásico, en el que un solo servicio respondía a un problema, queda totalmente superado: un menor con dificultades, en una familia también con múltiples problemáticas, requiere múltiples intervenciones, diversas y multiprofesionales, a cargo de distintos servicios y agencias de atención.

En una cultura marcada por la competencia, la urgencia, la comunicación acelerada y la ilusión de alcanzar metas ambiciosas con facilidad, la vulnerabilidad emocional y la sensibilidad siguen percibiéndose como debilidades que hay que evitar o esconder.

El mundo adulto no parece disponer de una autoridad sólida que permita establecer límites y fomentar su interiorización. Tampoco parece capaz de ejercer una función de contención emocional hacia las generaciones jóvenes.

Observamos un debilitamiento del rol parental, especialmente el paterno. La figura del padre no se ha transformado plenamente en la de un referente autoritario en el buen sentido: alguien normativo pero benevolente, firme y emocionalmente competente.

Con frecuencia, ante las necesidades de los hijos, los padres se muestran ausentes o marginales, al lado de madres angustiadas, incapaces de

redefinir su propio papel, asustados o en fuga (Recalcati, 2014).

Todo ello ocurre en un modelo de familia más flexible que en el pasado, pero con dificultades en las relaciones de pareja, en un momento histórico en que las relaciones entre géneros, dentro y fuera del hogar, también atraviesan una crisis profunda.

Tras el malestar generado por la pandemia de covid-19 (Morin, 2020), las demandas a los servicios han aumentado, al igual que la prevalencia y la incidencia de los trastornos, especialmente entre menores y jóvenes (Malerba et al., 2022; Samji et al., 2022).

Lo que más preocupa son las implicaciones a medio y largo plazo que tienen los trastornos en la infancia, ya que comprometen múltiples áreas del funcionamiento y aumentan significativamente el riesgo de sufrir trastornos psicológicos o psiquiátricos en la edad adulta (Copeland et al., 2009).

En este contexto de transformación de roles familiares y necesidades complejas, la acogida y la atención al malestar de niños y familias adquieren una configuración diferente, con múltiples matices.

Los servicios de Neuropsiquiatría Infantil y Adolescente (NPIA) siempre se han caracterizado por actuar como un punto de intersección entre múltiples instituciones implicadas en el cuidado de menores (tribunales de menores, escuelas, servicios sociales, comunidades residenciales, unidades de rehabilitación). Esto los sitúa en el centro de las dificultades descritas anteriormente, debido a la diversidad y variedad de necesidades de sus jóvenes usuarios y sus familias.

En cuanto a las respuestas que debe ofrecer el sistema público a la infancia y adolescencia, es crucial el concepto de *atención integral* (Berlincioni y Petrella, 1997; Ciancaglini et al., 2000; Peloso, 2021). Este concepto va mucho más allá de la prestación puntual de un profesional: supone una asunción de responsabilidad global, multiprofesional, continua y coherente en el tiempo.

Es este modelo el que debe aplicarse especialmente a los casos de menores en situación de negligencia, maltrato o que requieren soluciones residenciales.

Las características de este enfoque exigen dar

prioridad al servicio público y al modelo de sanidad que, con esfuerzo, Italia ha construido y mantenido a lo largo de las últimas décadas.

En el caso de los adolescentes, el abordaje terapéutico debe contemplar la ambivalencia propia de esta etapa vital: el proceso de separación, la relación con el cuerpo y la construcción de la identidad. La alianza terapéutica también debe basarse aquí en la comprensión emocional. No obstante, el equilibrio entre dependencia y autonomía, pertenencia y separación, constituye uno de los ejes sobre los que se articula el proceso terapéutico.

Esto es especialmente relevante cuando la familia no logra contener el malestar o el síntoma psicosocial del adolescente. Abordar una ruptura afectiva y modular las intervenciones para el menor y su familia con el fin de reconstruir relaciones más funcionales requiere un esfuerzo conjunto de competencias diversas e integradas.

El papel de la clínica

Podemos identificar algunos elementos clave del modo en que la neuropsiquiatría infantil contribuye a las intervenciones en el ámbito de la protección del menor. Estas intervenciones son multiprofesionales y, en ocasiones, gestionadas por otros sectores competenciales, entre los cuales el ámbito judicial suele ser el interlocutor más significativo.

En 2019, en la etapa previa a la pandemia y antes de las actuales fracturas sociopolíticas que afectan al mundo entero, la Sección de Psiquiatría Infantil y Adolescente de la World Psychiatric Association (WPA CAP), junto con la International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP), la World Association for Infant Mental Health (WAIMH), la International Society for Adolescent Psychiatry and Psychology (ISAPP), el representante de las Naciones Unidas para el derecho a la salud, miembros del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros expertos, acordaron establecer cuatro prioridades para la psiquiatría infantil y adolescente para la década siguiente:

1. Aumentar los recursos humanos necesarios

para brindar atención a niños, adolescentes y familias que presentan trastornos mentales.

2. Reorientar los servicios de salud mental infanto-juvenil para hacerlos más sensibles a las nuevas y diversas necesidades de salud pública.
3. Incrementar la investigación y la formación científica, asegurando una rápida y eficaz incorporación de los nuevos hallazgos a la práctica clínica.
4. Promover acciones de divulgación y sensibilización de la opinión pública (Skokauskas et al., 2019).

En el caso de la NPIA italiana, pueden hacerse algunas consideraciones específicas.

En primer lugar, conviene recordar la singularidad de un modelo que integra competencias neurológicas y psiquiátricas, a diferencia de otros países. En este modelo, la desinstitucionalización ha dado lugar a leyes altamente avanzadas, aunque exigentes en cuanto a recursos, como lo demuestra la relación constante con el sistema educativo (Massagli, 2018).

Asimismo, es esencial evitar la psiquiatrización de menores que no presentan una discapacidad ni una psicopatología, sino que atraviesan una fragilidad educativa o una situación de conflicto o crisis familiar. En estos casos, resulta crucial saber delimitar el campo de actuación de los distintos servicios implicados, incluidos los no sanitarios.

Es fundamental conservar siempre una especificidad diagnóstica, epistemológica y operativa propia, que debe integrarse con otras disciplinas, pero nunca ser sustituida por ellas. Asimismo, resulta esencial mantener la intervención diagnóstico-terapéutica alineada con los criterios de la medicina basada en la evidencia (Massagli, 2018).

También lo es gestionar la relación con las entidades externas, cuyas modalidades, recursos y procedimientos organizativos a menudo resultan incluso más frágiles que los del sistema sanitario, y que, por tanto, requieren acompañamiento y coordinación.

Es imprescindible ganarse y mantener una posición de autoridad entre las diversas agencias implicadas en el cuidado. Esta autoridad depende de la puntualidad, coherencia y firmeza de las intervenciones, así como de la capacidad para

establecer vínculos interinstitucionales amplios y eficaces. También requiere saber posicionarse en el sistema de atención con un modelo propio definido (Diavoletto et al., 2024), ejerciendo con frecuencia una función de coordinación entre los distintos actores implicados.

Resulta fundamental que el equipo de profesionales sea al mismo tiempo acogedor, asertivo y competente. Para ello, es necesario un trabajo constante sobre las dinámicas internas del grupo de trabajo y sobre la capacidad de interpretar adecuadamente la demanda.

Entre los interlocutores externos, destacan los educadores, los equipos de las comunidades residenciales y los propios progenitores del menor. Todos ellos constituyen una parte sustancial del foco de la intervención, ya que son figuras que deben ser acompañadas y orientadas hacia una mayor conciencia y una expresión plena de sus propias competencias.

La especialidad debe, además, afrontar las nuevas demandas asistenciales: en primer lugar, las que provienen de la población inmigrante, el malestar específico de los hijos adoptivos, las nuevas formas de adicción, las nuevas pobreza, el aislamiento social, y las formas graves de fobia escolar. También deben abordarse los trastornos vinculados al ataque al cuerpo, como los trastornos de la conducta alimentaria, las autolesiones y las conductas de riesgo vital, así como las nuevas combinaciones transdiagnósticas. A ello se suman las nuevas expresiones de malestar ya conocidas, como lo evidencia el aumento en la prevalencia de los trastornos del neurodesarrollo (Salari et al., 2022; Istituto Superiore di Sanità [ISS], 2021).

Todo esto exige un diálogo constante con disciplinas afines, como la psiquiatría de adultos y los servicios de atención a las adicciones. En estos ámbitos trabajan profesionales con trayectorias formativas y culturales muy diversas, por lo que resulta imprescindible una formación continua y la práctica regular de espacios de intervisión, recomendables para todos los equipos implicados.

Uno de los rasgos más significativos de la clínica actual es que el inicio de los trastornos psiquiátricos se está desplazando hacia edades cada vez más tempranas: un 34 % de los casos debuta antes de los 13-14 años, y un 48 % an-

tes de los 18 (Solmi et al., 2022; McGrath et al., 2023).

Esto implica que la intervención clínica más temprana y significativa frente al sufrimiento psíquico ya no recae prioritariamente en la psiquiatría general ni en su corpus normativo y cultural, sino en nuestra especialidad. Y lo hace con todo su bagaje, en el que resultan imprescindibles la lucha por la inclusión, la desinstitucionalización y la protección del menor.

Además, la NPJA debe afrontar una serie de particularidades metodológicas y operativas. Entre ellas, destaca la dimensión evolutiva, con referencia al enfoque de la *psicopatología del desarrollo* (Cicchetti y Cohen, 2006; Rigon, 2018); la realidad de aquellas condiciones situadas en el límite entre la normalidad y la patología, que suelen evolucionar en direcciones distintas según los factores ambientales y familiares; el hecho de que la comorbilidad representa más la norma que la excepción (Uçar et al., 2018); y, finalmente, la necesidad de que toda intervención tenga en cuenta los puntos fuertes y débiles del niño para poder diseñar recorridos y proyectos altamente personalizados y hechos a medida.

Sobre todo, una disciplina que históricamente ha estado muy vinculada al ámbito rehabilitador (Massagli, 2018) debe orientarse cada vez más hacia un enfoque integral del cuidado de la salud mental en la infancia y adolescencia (Nardocci, 2009). En este sentido, la integración organizativa de la NPJA dentro del DSM puede favorecer esta evolución, según varios autores (Rigon, 2018).

Es necesario familiarizarse con las nuevas herramientas de intervención sociosanitaria: entre ellas, el *budget de salud* (1) (ISS, 2021) ofrece la posibilidad de integrar, en la medida de lo posible, las intervenciones a lo largo de las distintas etapas del desarrollo, reforzando e implementando el concepto de *atención integral* (Winters y Metz, 2009) y el llamado *proyecto de vida*, haciendo un uso adecuado de los recursos públicos.

El proyecto de vida trasciende el concepto de tratamiento en sentido estricto y se orienta al acompañamiento de la persona a lo largo de todo su desarrollo, con el objetivo de promover la autodeterminación y el pleno desarrollo de

las potencialidades individuales, independientemente del problema clínico o de la demanda inicial de ayuda (Diavoletto et al., 2023).

No se debe olvidar el origen biopsicosocial de las patologías, ni el binomio estrés-vulnerabilidad, especialmente en los cuadros psicóticos (Barker et al., 2015). Tampoco cuando los síntomas parecen tener una connotación predominantemente educativa o moral, como en los trastornos de la conducta, donde el juicio “ético” puede acabar desvalorizando las competencias del niño y de su familia. Estos casos, precisamente, son los que ponen más a prueba la capacidad de respuesta de las familias y del entorno escolar y social.

Solo si se reconocen las raíces multiculturales y multidisciplinares de la intervención terapéutica será posible afrontar los desafíos que plantean la multiproblematicidad y la fragilidad familiar, así como las fracturas sociales contemporáneas. De lo contrario, el riesgo para muchos menores es la pérdida definitiva de vínculos familiares de calidad y el avance hacia trayectorias que favorecen la cronicidad de los síntomas psicopatológicos.

Conclusiones

La desinstitucionalización y el derecho del menor a una dimensión familiar, incluidas las soluciones comunitarias, constituyen un constructo social y normativo que marcó el cierre de una etapa de grandes avances sociales, y que todavía hoy representa uno de los ejes fundamentales de los procedimientos operativos de los servicios públicos en la práctica cotidiana.

Sin embargo, las graves desigualdades y el contexto social actual parecen, en cierto modo, anunciar y favorecer lógicas excluyentes e incluso represivas. Todo indica que las necesidades psicosociales de niños, niñas y adolescentes y de sus familias aumentarán y se intensificarán en un futuro próximo, al mismo tiempo que se agravarán las condiciones de pobreza de amplios sectores de la población.

La gran paradoja que podrían afrontar los servicios de NPIA en los próximos años es la de verse cada vez más llamados a intervenir ante demandas de “custodia” o de contención frente al aumento de conductas desviadas en menores

cada vez más jóvenes, como ya sucede en ocasiones en la psiquiatría de adultos. El riesgo será anteponer las necesidades de seguridad social a una mirada evolutiva centrada en el crecimiento del menor y en sus posibilidades de recuperación y cuidado.

Por vocación, cultura y competencias, la NPIA tendrá que afrontar cada vez más necesidades complejas de salud mental, que anteriormente eran abordadas por otros dispositivos. Tendrá que desarrollar modelos organizativos y metodologías adecuados a estos retos, incluso en contextos de gran dificultad ética, política y organizativa, y en condiciones de escasez de recursos.

Notas

(1) El *budget de salud* es un instrumento del sistema sociosanitario italiano que permite planificar intervenciones personalizadas dirigidas a promover la inclusión social y la autonomía de personas con trastornos de salud mental o discapacidad. Consiste en la asignación coordinada de recursos públicos (sanitarios, sociales y comunitarios) mediante un plan individualizado elaborado con la participación de los servicios, los profesionales y la propia persona usuaria. Su finalidad es superar el modelo asistencial tradicional y construir proyectos de vida significativos integrados en la comunidad (Nota del Redactor).

Bibliografía

- Barker, V., Gumley, A., Schwannauer, M. y Lawrie, S. M. (2015). An integrated biopsychosocial model of childhood maltreatment and psychosis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 206(3), 177-180. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.143578>
- Baumann, Z. (2003). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.
- Belotti, V. (2008). Con la chiusura degli istituti necessario un nuovo modello di accoglienza per il minore. *Guida al Diritto - Il Sole 24 ORE*, 3. Recuperado de: http://guidepdf.dlv.24orepro.in.ilsole24ore.it/intranet/famigliaminori/file/2008/FamigliaMinori_03_07.pdf

- Benasayag, M. y Schmit, G. (2004). *L'epoca delle passioni tristi*. Feltrinelli.
- Berlincioni, V. y Petrella F. (1997). Accoglienza e presa in carico. Tecnica ed etica nella procedura clinica dei servizi psichiatrici. En M. Rabboni (ed.), *Etica della riabilitazione psichiatrica*. Franco Angeli.
- Calamoneri, F. (2018). Storia della Neuropsichiatria infantile in Italia e nel mondo. En A. M. Persico, *Manuale di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza*. SEU. Recuperado de: <https://www.npia.it/wp-content/uploads/2018/01/Cap01.pdf>
- Ciancaglini, P., Ferrannini, L. y Peloso, P. F. (2000). Presa in carico e dimissione nella cultura e nelle pratiche del Dipartimento di Salute Mentale, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 124, 3, 190-197.
- Cicchetti, D. y Cohen, D. J. (ed.) (2006). *Developmental psychopathology*. Wiley e sons
- Código civil artículo 403. Intervención de la autoridad pública a favor del menor. Recuperado de <https://www.normattiva.it>
- Conferenza Stato-Regioni (2022, 6 de julio). Linee programmatiche: progettare il Budget di Salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti.
- Consejo de Europa (1950). *Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales*. Recuperado de <https://www.echr.coe.int/>
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J. y Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of general psychiatry*, 66(7), 764-772. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.85>
- Cottini, L. (2017). *Didattica Speciale e Inclusione scolastica*. Carocci.
- Decreto del presidente de la República 1518 de 1967. Reglamento sobre la educación de los alumnos con discapacidad y la organización de las clases diferenciales. 22 de diciembre de 1967. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.
- Decreto del presidente de la República 448 de 1988. Aprobación del proceso penal para menores. 22 de septiembre de 1988. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.
- Decreto ministerial 308 de 2001. Requisitos mínimos para la autorización de estructuras residenciales y semiresidenciales. 21 de mayo de 2001. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.
- Diavoletto, A., Bottiglieri, F., Sessa, M., Tortorella, A. y Vidoni, D. (2023). *Elaborare progetti integrati per la disabilità in età evolutiva nello scenario post emergenziale*. Oikia
- Diavoletto, A., Bottiglieri, F., Sessa, M., D'onofrio, F. y Tortorella, A. (2024). *Elementi di marketing e comunicazione per un servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza*. Oikia
- Diavoletto, A. y Rigon, G. (ed.) (2017). *Psichiatria dell'adolescente. Aspetti clinici e metodologici della transizione*. Aracne
- Humphreys, K. L., Guyon-Harris, K. L., Tibu, F., Wade, M., Nelson, C. A., Fox, N. A. y Zeanah, C. H. (2020). Psychiatric outcomes following severe deprivation in early childhood: Follow-up of a randomized controlled trial at age 16. *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(12), 1079-1090. <https://doi.org/10.1037/ccp0000613>
- Istituto Superiore di Sanità (2021, 27 de julio). *Salute mentale, migliorare l'assistenza delle persone attraverso il "Budget di Salute": al via la consultazione pubblica delle Linee programmatiche nazionali* [en línea]. Recuperado de: https://www.iss.it/news/-/asset_publisher/gJ3hFqMQsykM/content/salute-mentale-migliorare-l-assistenza-delle-persone-attraverso-il-budget-di-salute-al-via-la-consultazione-pubblica-delle-linee-programmatiche-nazionali
- Ismayilova, L., Claypool, E. y Heidorn, E. (2023). Trauma of separation: the social and emotional impact of institutionalization on children in a post-soviet country. *BMC public health*, 23(1), 366. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15275-w>
- Governo Italiano (2021). *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* (PNRR). Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri. Recuperado de <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>
- Ley 1859 de 1962, sobre la creación y organización de la escuela media estatal, 31 diciembre de 1962. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

- Ley 517 de 1977, sobre la evaluación de los alumnos y la abolición de las clases diferenciales. 4 agosto de 1977. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.
- Ley 180 de 1978, sobre tratamientos psiquiátricos voluntarios y obligatorios Italia. 13 de mayo de 1978. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.
- Ley 184 de 1983, sobre adopción y acogimiento de menores Italia. 4 de mayo de 1983. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.
- Ley 104 de 1992, para la asistencia y los derechos de las personas con discapacidad. 5 de febrero de 1992. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.
- Ley 328 de 2000, para la creación del sistema integrado de servicios sociales Italia. 8 de noviembre de 2000, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.
- Ley 149 de 2001, sobre el derecho del menor a una familia Italia. 28 de marzo de 2001. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.
- Malerba, A., Iannattone, S., Casano, G., Lauriola, M. y Bottesi, G. (2022). The Trap of the COVID-19 Pandemic: Italian Adolescents Fare Well at First, Maybe Thanks to Protective Trait Expression. *Children*, 9(11), 1631. <https://doi.org/10.3390/children9111631>
- McGrath, J. J., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Altwaijri, Y., Andrade, L. H., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Almeida, J. M. C., Chardoul, S., Chiu, W. T., Degenhardt, L., Demler, O. V., Ferry, F., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Karam, G., Khaled, S. M., Kovess-Masfety, V., Magno, M., ... WHO World Mental Health Survey Collaborators (2023). Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *The lancet. Psychiatry*, 10(9), 668-681. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00193-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00193-1)
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2021). *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023*. Recuperado de <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf>
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali & Università degli Studi di Padova (2018). *P. I. P. P. I. - Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione. Rapporto di valutazione. Sintesi 2018-2020*. Padova University Press. <https://www.padovauniversitypress.it/en/publications/9788869382307minoritoscana.it+9>
- Massagli, A. (2018). La neuropsichiatria Infantile nel Sistema Sanitario Nazionale. En A. M. Persico (ed.). *Manuale di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza*. SEU.
- Modificaciones a la Ley 184 de 2001 sobre adopción y acogimiento de menores. 28 de marzo de 2001. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.
- Morin, E. (2020). *Cambiamo strada. Le 15 lezioni del coronavirus*. Raffaello Cortina Editore
- Naciones Unidas (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Recuperado de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Nardocci F. (2009). The birth of child and adolescent neuropsychiatry: from rehabilitation and social inclusion of the mentally handicapped, to the care of mental health during development. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 45(1), 33-38.
- Peloso, P. F. (2021, 4 de julio). *A proposito del concetto di presa in carico: l'intervento alla Conferenza nazionale*. Psychiatry Online Italia. Recuperado de: <https://www.psychiatryonline.it/notizie-varie/a-proposito-del-concetto-di-presa-in-carico-l-intervento-alla-conferenza-nazionale/>
- Rai Fiction y Picomedia (2020-actualidad). *Mare Fuori* [Serie de televisión]. Netflix.
- Recalcati, M. (2014). *Il complesso di Telemaco*. Feltrinelli.
- Rigon G. (2018). Dalla chiusura delle scuole speciali alla salute mentale dell'età evolutiva. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, Vol. CXLII(2).
- Salari, N., Rasoulpoor, S., Rasoulpoor, S., Shohaimi, S., Jafarpour, S., Abdoli, N., Khaledi-Paveh, B. y Mohammadi, M. (2022). The global prevalence of autism spectrum disorder: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Italian journal of pediatrics*, 48(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s13052-022-01310-w>
- Samji, H., Wu, J., Ladak, A., Vossen, C., Stewart, E., Dove, N., Long, D. y Snell, G. (2022). Review: Mental health impacts of the COVID-19

- pandemic on children and youth - a systematic review. *Child and adolescent mental health*, 27(2), 173-189.
<https://doi.org/10.1111/camh.12501>
- Skokauskas, N., Fung, D., Flaherty, L. T., von Klitzing, K., Pūras, D., Servili, C., Dua, T., Falissard, B., Vostanis, P., Moyano, M. B., Feldman, I., Clark, C., Boričević, V., Patton, G., Leventhal, B. y Guerrero, A. (2019). Shaping the future of child and adolescent psychiatry. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 13, 19.
<https://doi.org/10.1186/s13034-019-0279-y>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U. y Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*, 27(1), 281-295.
<https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Treanor, M. y Troncoso, P. (2023). The Invisibility of Parental and Child Mental Health and Why Poverty Matters. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 73(3), 470-477.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.04.012>
- Uçar, H. N. y Vural, A. P. (2018). Irritability and Parenting Styles in Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Controlled Study. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 56(9), 33-43.
<https://doi.org/10.3928/02793695-20180412-02>
- Unión Europea (2000). Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. *Diario Oficial de la Unión Europea*, C 364, 18.12.2000. Recuperado de
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A12012P%2FTXT>
- van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Duschinsky, R., Fox, N. A., Goldman, P. S., Gunnar, M. R., Johnson, D. E., Nelson, C. A., Reijman, S., Skinner, G. C. M., Zeanah, C. H. y Sonuga-Barke, E. J. S. (2020). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children 1: a systematic and integrative review of evidence regarding effects on development. *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 703-720.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30399-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30399-2)
- Wade, M., Fox, N. A., Zeanah, C. H. y Nelson, C. A. (2018). Effect of foster care intervention on trajectories of general and specific psychopathology among children with histories of institutional rearing: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 75(11), 1137-1145.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.2556>
- Winters, N. C. y Metz, W. P. (2009). The wraparound approach in systems of care. *The Psychiatric clinics of North America*, 32(1), 135-151.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.11.007>
- Xiao, Y., Mann, J. J., Chow, J. C., Brown, T. T., Snowden, L. R., Yip, P. S., Tsai, A. C., Hou, Y., Pathak, J., Wang, F. y Su, C. (2023). Patterns of Social Determinants of Health and Child Mental Health, Cognition, and Physical Health. *JAMA Pediatrics*, 177(12), 1294-1305.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.4218>
- Yoshikawa, H., Aber, J. L. y Beardslee, W. R. (2012). The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: implications for prevention. *The American psychologist*, 67(4), 272-284.
<https://doi.org/10.1037/a0028015>

Papá, soy Youtuber. Infancias adolescentizadas

KARINA BACELAR PEREIRAZ¹

RESUMEN

Papá, soy Youtuber. Infancias adolescentizadas. La franja etaria comprendida entre los seis y los 12 años constituye una etapa en la que tienen lugar transformaciones psíquicas de gran relevancia para el futuro equilibrio psicológico del sujeto en construcción. Durante este período, a modo de submarino, los restos pulsionales y fantasmáticos ligados al pasaje edípico se sumergen en las profundidades del aparato psíquico, quedando latentes hasta su posible reactivación con la irrupción de la pubertad. Sin embargo, el momento social actual está marcado por un evidente declive y disolución de esta fase evolutiva, a la que una adolescencia precoz y sobredimensionada va ganando terreno. Cada vez es más frecuente encontrar en la clínica a niñas y niños que adoptan comportamientos propios de jóvenes, muchas veces alentados —de forma más o menos explícita— por sus propios padres, y que llegan al contexto clínico con graves problemáticas de salud mental. *Palabras clave:* tecnologías de la relación, información y comunicación (TRIC), desarrollo infantil, psicopatología Infantil, funciones parentales, psicoanálisis.

ABSTRACT

Dad, I'm a YouTuber. Adolescent childhoods. The age range between six and 12 years old is a stage in which psychological transformations take place that are highly relevant to the future psychological balance of the developing individual. During this period, like a submarine, the remnants of drives and fantasies linked to the Oedipal passage sink into the depths of the psychic apparatus, remaining latent until their possible reactivation with the onset of puberty. However, the current social moment is marked by an evident decline and dissolution of this evolutionary phase, with early and exaggerated adolescence gaining ground. It is increasingly common to find girls and boys in clinical settings who adopt behaviors typical of young adults, often encouraged —more or less explicitly— by their own parents, arriving at the clinic with serious mental health problems. *Keywords:* relationship, information, and communication technologies, child development, child psychopathology, parental functions, psychoanalysis.

RESUM

Papá, soc youtuber. Infàncies adolescents. La franja d'edat compresa entre els sis i els 12 anys constitueix una etapa en què es donen transformacions psíquiques de gran rellevància per a l'equilibri psicològic futur del subjecte en construcció. Durant aquest període, a manera de submarí, els residus pulsionals i fantasmàtics lligats al pas edípic s'enfonsen en les profunditats de l'aparell psíquic i hi resten latents fins a la seva possible reactivació amb la irrupció de la pubertat. No obstant això, el moment social actual està marcat per un evident declivi i dissolució d'aquesta fase evolutiva, a la qual una adolescència precoç i sobredimensionada va guanyant terreny. Cada vegada és més freqüent trobar a la clínica nens i nenes que adopten comportaments propis de joves, moltes vegades encoratjats —de manera més o menys explícita— pels seus propis pares, i que arriben al context clínic amb greus problemàtiques de salut mental. *Paraules clau:* TRIC (tecnologies de la relació, informació i comunicació), desenvolupament infantil, psicopatologia infantil, funcions parentals, psicoanàlisi.

Matías, un adolescente de siete años

Matías tenía siete años la primera vez que lo conocí. Era un niño con obesidad severa, de movimientos torpes y una corporalidad laxa, que se desplazaba por la sala de terapia como una

peonza que pierde impulso. Sus padres solicitaron ayuda, entre otros motivos, porque, en palabras de su madre, el comportamiento del niño en casa era “insufrible”, quien lo describía como un “pequeño tirano incontrolable”. Gritaba e insultaba a sus progenitores, especialmente al

¹Psicóloga especialista en Psicología Clínica. Asociación para a Saúde Emocional na Infância e na Adolescência (ASEIA). Contacto: kbacper@gmail.com

Recibido: 30/5/25 - Aceptado: 1/7/25

padre, a quien había agredido físicamente en reiteradas ocasiones.

La vida familiar estaba supeditada a los deseos de Matías: salían de casa si él quería, comían lo que él decidía, e incluso en algunas ocasiones lo dejaban faltar al colegio porque se negaba a ir. En el entorno familiar se mostraba caprichoso, demandante e intolerante a la espera o a la frustración.

Las crisis de conducta eran tan intensas que los padres se vieron obligados a acudir en varias ocasiones a los servicios de urgencias.

Los progenitores lo describían como un niño muy maniático y obsesivo, características que no se evidenciaban en el centro escolar. Matías tenía mucho miedo a moverse por la casa solo, especialmente de noche. Presentaba problemas para conciliar el sueño y tenía pesadillas frecuentes.

En las entrevistas, los padres se mostraban devastados por la experiencia de criar a su hijo. Reconocieron que, de haber sabido cómo serían las cosas, “nunca lo habríamos tenido”. La sensación de agotamiento era abrumadora, se sentían sin fuerzas ni energía para sostener a un niño con semejantes dificultades.

A lo largo del proceso terapéutico, la madre reveló que había atravesado una depresión en el último trimestre del embarazo. Describía ese período como “insoportablemente largo” y confesaba que sentía que el feto “la consumía”. El cuidado del recién nacido le resultaba abrumador: los llantos la desbordaban y las demandas constantes del bebé la sobrepasaban. Pocos meses después del nacimiento de Matías, se trasladó a vivir fuera por motivos laborales, dejando al niño al cuidado del padre. Respecto a los cuidados básicos de su bebé, verbalizaba haber dedicado “mucho tiempo y estudio” a temas de alimentación infantil. No obstante, se evidenciaba una marcada dificultad para sintonizar emocionalmente con él.

El padre, miembro de las fuerzas del orden, se presentaba desaliñado, con una actitud sumisa y una postura pasiva en las entrevistas. Sin embargo, con Matías perdía los nervios, le gritaba y e incluso lo violentaba físicamente para intentar imponer su autoridad.

Las discrepancias en las pautas de crianza eran notorias. La madre solicitaba ayuda, pero era incapaz de contener emocionalmente a su

hijo. El padre, por su parte, se mostraba reacio al tratamiento, convencido de que todo se resolvería con el paso del tiempo.

Desde las primeras sesiones, Matías manifestaba su deseo de convertirse en *youtuber*: “quería ser de los ricos, de los muy, muy ricos”. Estaba plenamente convencido de que, con su canal de YouTube y TikTok, alcanzaría la fama. Su padre alimentaba estas fantasías megalomaniacas, ya que era él quien creaba las cuentas, promocionaba el contenido y animaba a Matías a continuar. El canal versaba sobre su vida cotidiana: sus vacaciones familiares, sus mascotas, lo que desayunaba, o sencillamente se grababa a sí mismo haciendo muecas en su habitación. Un día me contó que había publicado un libro en una plataforma digital: *La vida de Matías*. Esta idea, que surgió de su padre, tenía por objetivo “fortalecer la autoestima del niño y trabajar sus dificultades en lectoescritura”.

En el ámbito escolar, Matías se comportaba de forma educada, colaboradora y respetuosa con las normas y profesores. Recibía apoyo logopédico y tenía importantes déficits atencionales. Sin embargo, su gran dificultad residía en el área social. Era objeto de burlas, insultos y exclusión por parte de sus compañeros.

Al inicio del proceso terapéutico jugaba al escondite o a la gallinita ciega. Pronto abandonó esos juegos para encarnar un niño millonario con iPhone de última generación. A veces fabricaba móviles de cartulina que luego destruía violentamente con una “varita mágica”. Con ella, también me convertía —o se convertía— “en una caca”. Este juego de características más destructivas dejó paso a otros en los que se hacían evidentes sus anhelos omnipotentes donde era todopoderoso, multimillonario, famoso o ilustre, y en los que la ley y las normas aparecían de manera sádica y recurrente. Jugaba a ser un profesor que controlaba a sus alumnos con cámaras de seguridad; o un policía torpe e insolente que me multaba e insultaba sin motivo. En otro juego, vendía baratijas como si fueran joyas: cobraba sumas millonarias por un peine o un destornillador. Durante todos estos juegos sus difemias desaparecían y su el lenguaje se volvía soez. A nivel anímico se mostraba muy apático y desmotivado, requiriendo de ayuda para iniciar el juego terapéutico.

Con el tiempo, comenzó a hacer preguntas sexuales a los adultos más cercanos. “¿Tú practicas el coito? ¿con qué frecuencia?”, repetía incesantemente. Estaba muy preocupado con este tema y con ganar dinero, por lo que convenció a su padre para incubar pollitos y venderlos a cinco euros: “Así iré ahorrando para ser millonario”, explicaba. Semanas después comenzó a autoleccionarse en la escuela, golpeándose la cabeza contra la pared.

A lo largo del tratamiento, Matías consiguió ir poniendo palabras a sus sentimientos. Como un adolescente, se sentaba en su silla y me hablaba de lo solo que se sentía, del rechazo que vivía en su clase y de cómo se burlaban de él por su canal de Youtube. No comprendía por qué sus vídeos, que para él eran motivo de orgullo, provocaban risa o desprecio en sus compañeros. Con el apoyo del equipo escolar se logró una mejora en la dinámica del grupo de clase y mejor integración; además, reportaban avances significativos en el niño: informaban de una mejora en la comunicación, disminución de la dispersión en el aula y evolución en el aprendizaje que se reflejaba en el rendimiento académico.

En las fases finales del tratamiento, Matías manifestaba su anhelo de cursar 5º de primaria, convencido de que el uso del ordenador en clase lo haría sentirse especial y visible. Encontraba placer en llegar tarde al colegio, pues eso le garantizaba la atención de sus compañeros. Incluso intentó modificar el horario de terapia con ese propósito, aunque su propuesta fue finalmente rechazada.

En las entrevistas familiares comenzaron a evidenciarse las proyecciones parentales sobre Matías: “nunca se sabe hasta dónde puede llegar... podría ser *youtuber* o famoso”, afirmaba el padre. Fue también en este espacio donde se esclareció que padre e hijo compartían la misma cama desde su nacimiento. Se insistió entonces en la necesidad de que el niño contara con un espacio propio y diferenciado, dada la violencia implícita en ese vínculo. Tras varios intentos, se logró el cambio, pero no duró mucho: al mes, el padre regresó a la cama con Matías, justificando que “lo llamaba por las noches” y que se sentía agotado. Este retroceso trajo consigo un rebrote de conductas regresivas: agresiones al padre e insultos a la madre. Sin embargo, desde

el ámbito escolar la evolución del niño se valoraba como positiva.

En la última entrevista, los padres comunicaron su decisión de abandonar el tratamiento, luego de consultar con un profesional, según ellos “muy famoso”, que los convenció de que “lo del niño tenía que tener una causa cerebral”. La decisión fue firme e irrevocable.

Hipótesis etiológicas y reflexiones clínicas

La madre

En los primeros meses de vida, el bebé siente como parte de sí el pecho o biberón que lo alimenta, siendo incapaz de diferenciar que quien le da de comer forma parte de una realidad externa. Lo esperable es que se establezca en este momento un estado de simbiosis, de no diferenciación y de fusión entre la madre y el bebé (Mahler et al., 2002). Este estado sería una condición necesaria para el posterior desarrollo y subjetivación del niño. A partir de esta interrelación célula narcisista madre-bebé se va creando, de manera progresiva, un estado de integración psíquica en el lactante.

En toda esta primera etapa, los padres, si son sanos, libidinizarán al bebé y lo colocarán en el trono de *His Majesty the Baby* (Freud, 2015a), ofreciéndole sus ideales, sus anhelos narcisistas, sus creencias transgeneracionales y lo llenarán de cargas conscientes e inconscientes propias. Esta etapa se corresponde con el narcisismo primario (Freud, 2015a). La madre debe adaptarse a las necesidades del bebé de tal forma que este pueda tener experiencias de omnipotencia.

El proceso que sucede a un período simbiótico evolutivamente adecuado implica que el niño logre un funcionamiento autónomo en presencia de la madre, siempre que esta mantenga una disponibilidad emocional suficiente (Mahler et al., 2002). En el caso de Matías, se observa que dicha simbiosis, esperable en las primeras etapas del desarrollo, probablemente no se haya establecido de manera exitosa. La madre expresó explícitamente que sentía que el embarazo “la consumía”, lo cual sugiere un estado depresivo que le impidió vincularse emocionalmente con su hijo durante los primeros meses de vida.

A esto habría que añadir la vivencia de Matías de discontinuidad en los cuidados primarios

maternos, lo que podría haber generado fallos precoces en el *holding* materno (Winnicott, 2013). Hay que entender que la madre de Matías no contaba con recursos personales que le permitieran contener el mundo pulsional de su hijo, lo que explicaría, en parte, las dificultades de autorregulación emocional que se observan en el pequeño. En la medida en que la madre no asumió plenamente esta función, el niño también fracasó en su intento de interiorizarla, quedando expuesto al desbordamiento por tensiones internas que alteran su funcionamiento psíquico.

Estos defectos en el sostén temprano podrían haber obstaculizado el desarrollo de los mecanismos encargados de regular la construcción de la imagen de sí. Es decir, Matías no ha logrado constituir un yo suficientemente consolidado ni representaciones estables de sí mismo.

Por otro lado, el yo ideal permanece al servicio de su omnipotencia infantil, en parte porque la madre no ha podido ofrecer las condiciones necesarias para generar en el niño sentimientos de omnipotencia que le permitan, posteriormente, integrar experiencias de frustración o desilusión. Las defensas maníacas se revelan entonces como una protección frente al sufrimiento y a los sentimientos de vacío, inutilidad y desvalorización, lo que le permiten al niño negar su vulnerabilidad y mantener una ilusión de control.

El padre

A diferencia de lo que tradicionalmente se espera del padre —cuya función simbólica consiste en instaurar la ley y el deseo— el padre de Matías se encuentra sumido en su propio delirio de paternidad (Laurent, 1980, como se cita en Ubieto, 2019). Además de proyectar sus ideales narcisistas sobre el niño, ha convertido a su hijo en su objeto fálico, en una extensión de sí mismo. Incapaz de poner límites y frustrar las demandas infantiles, otorga al pequeño un lugar de omnipotencia que le resulta tóxico para su desarrollo psíquico.

Desde esta perspectiva, puede pensarse que entre Matías y su progenitor se da lo que Fandiño y Rodríguez (2021) denominan una “inversión del sentido del reflejo”, en la que no es solo el niño quien busca ser mirado, sino que es

el padre quien se busca a sí mismo a través de la mirada del hijo. Este intenta, mediante estas proyecciones masivas, obtener el reconocimiento social del que careció en su propia historia.

Matías clama una y otra vez, con las agresiones hacia su padre, por un adulto que instaura la ley. Así lo constatan sus juegos en los que se convierte en policía, profesor o juez. Ante la carencia de referentes adultos consistentes, el niño busca figuras identificatorias ideales en la web, más próximas al yo ideal que al ideal del yo, lo que favorece una construcción grandiosa y defensiva de su *self* (Janín, 2022).

El pequeño se encuentra huérfano de referentes que ejerzan la función de autoridad; que lo tomen de la mano y le ayuden a transitar del principio de placer al principio de realidad; que lo empujen progresivamente a dejar atrás su proyección imaginaria omnipotente; que le ayuden poco a poco a bajarse de su trona de *His Majesty the Baby* (Freud, 2015b). Actualmente, vivimos bajo la prescripción del “prohibido prohibir”, en palabras de Bellido (2024), un precepto que imposibilita el desarrollo de un sistema social estructurado y contenedor de la infancia.

Infancias adolescentizadas

Transformaciones socioculturales

Para poder hablar de infancias contemporáneas y pensar el caso de Matías, debemos tener en cuenta, además de la construcción y el desarrollo de su psiquismo al interior de su parentela, las transformaciones socio-culturales actuales. Tomando como referencia a Ubieto y Pérez (2019), estos cambios podrían resumirse en tres: transformación de las familias contemporáneas; la degradación de la infancia a los ideales de rendimiento; y la tecnología como religión.

Transformación de las familias contemporáneas

Nuevas paternidades: del Prohibido prohibir a los padres holding. En las relaciones parentofiliales actuales se observa un declive de la autoridad parental tradicional (Recalcati, 2014). Hemos pasado del hijo-Edipo, cuyo conflicto principal giraba en torno a la diferencia generacional, al hijo-Telémaco, que busca a un padre ausente (Recalcati, 2014). Se ha transitado desde el padre autoritario y patriarcal hacia un

modelo permisivo basado en el *laissez-faire*, que promueve la homogeneidad relacional y rechaza la diferencia generacional, favoreciendo vínculos horizontales entre niño y adulto (Ubieto, 2019). Lejos está esta reflexión de promover o hacer un llamado a la restauración del padre kafkiano, dado que los resultados podrían ser trágicos, como se ilustra en la película *El Regreso* (Zvyagintsev, 2003), en la cual dos hermanos adolescentes asesinan a un padre sádico que estuvo ausente durante más de once años. Más bien, el propósito es invitar a profundizar en las funciones clásicas atribuidas a la figura paterna —y también materna— y en la manera en que estas se articulan en las configuraciones familiares contemporáneas.

La familia contemporánea se caracteriza por su diversidad, dejando atrás el modelo tradicional donde el padre era la única figura de autoridad y la madre la encargada exclusiva del cuidado (Fandiño, 2024). Actualmente, estas funciones ya no ejercen desde una perspectiva binaria de género, sino que responden a nuevos determinantes culturales y sociales.

Un buen ejemplo de ello lo encontramos en la novela *Literatura Infantil* de Zambra (2023). Esta obra aborda la paternidad desde la perspectiva de las nuevas masculinidades, retratando a padres contemporáneos que alimentan, cambian pañales, cuidan, aman y sostienen. Son padres que, cada vez con mayor frecuencia, acuden a consulta ejerciendo o intentando ejercer una paternidad que va más allá de la concepción clásica centrada únicamente en la autoridad. Padres que asumen funciones tradicionalmente asociadas a lo materno y que, ya sea por voluntad propia o por las exigencias actuales, se ven en la necesidad —o en la obligación— de ejercer el *holding* o *sostén*.

Nuevas maternidades: el handling como técnica. La maternidad contemporánea ya no puede entenderse desde los estándares tradicionales. ¿Qué significa ser madre en 2025? ¿En qué consisten las nuevas maternidades? Fandiño y Rodríguez (2021) describen a la madre hipermoderna, aquella que debe desdoblarse constantemente. Es una madre ilusionista, capaz de transitar del mundo privado-familiar al sociolaboral, a menudo obligada a dividirse en madre y mujer según lo que el momento requiera. Los tiempos actuales exigen, a veces por elección y

otras por imposición, que quien ejerce la maternidad se convierta en una malabarista del ámbito privado y público.

Ya Winnicott (2022) subrayaba, con su concepto de *handling*, la importancia de una presencia materna sostenida y sensible, que se transmite en el modo en que se toca, se mira y se sostiene al bebé. El cuidado materno implica paciencia, dedicación y espera sin exigencias, aunque vivimos en una sociedad que contradice este principio (Recalcati, 2018).

Uno de los padecimientos actuales tiene que ver con la pobreza y la aceleración del tiempo, lo que genera una tensión entre los cuidados maternos y el discurso capitalista dominante. ¿Cómo ejercer la maternidad sin sucumbir a la avidez del tiempo? ¿A qué costo ofrecemos estos cuidados en una época marcada por la prisa, la dispersión y la desazón?

Nuestro contexto sociocultural actual impulsa la búsqueda de métodos que sustituyan ese regalo temporal, dificultando la construcción de la singularidad en la relación materno-filial y la paciencia en los cuidados. De este modo, múltiples tips y consejos sobre el mundo infantil (ej.: tipos de alimentación), junto con un sinfín de accesorios del mundo del bebé (ej.: carritos, cunitas, bañeras, etc.), se convierten en herramientas que, para quien las utiliza, corren el riesgo de llevar al equívoco de que el cuidado maternal es tan solo una técnica. Los cuidados maternos no se miden en horas y no pueden estandarizarse sin perder su esencia. Sin embargo, pareciera que en tiempos recientes hay una tendencia a homogeneizarlos, olvidando la singularidad necesaria en la relación con la figura de apego para el desarrollo saludable del bebé.

Asistimos, pues, a un momento social que coloca a la familia como institución en un callejón sin salida. En la época actual, la institución familiar se configura como un lugar de refugio y seguridad frente a un mundo que se encuentra en transformación. Por el contrario, el ritmo y demanda social actual destruye las relaciones familiares debilitando la posibilidad de la construcción de vínculos afectivos (Fisher, 2016).

La degradación de la infancia a los ideales de rendimiento. De niño a producto

En la sociedad actual, es común escuchar que

el rendimiento de un niño durante los primeros años determinará su futuro, olvidando que el desarrollo infantil es un proceso dinámico y en constante transformación. En la clínica, somos testigos de la angustia que sienten muchas madres y padres al imaginar que sus hijos puedan quedar fuera de la rueda productiva (Bleichmar, 2008). Esta preocupación los lleva a buscar soluciones donde los deseos y necesidades reales del niño quedan en segundo plano. Así, la función de los padres como creadores de sujetos, según Janín (2017), se reduce a fabricar “objetos” de alto rendimiento para satisfacer sus propios ideales narcisistas. De este modo, se instala en los niños la idea de que para sobrevivir deben ser competitivos. Tal como señala Berardi (2007), en el mundo actual, para ser competitivo es necesario estar siempre conectado.

David Le Breton (2016) nos ofrece una reflexión profunda sobre la fatiga, describiéndola como un “tope identitario” capaz de transformar a la persona para bien o para mal. Cuando la fatiga es elegida, puede generar una fuerza renovadora; sin embargo, si se impone sin deseo ni capacidad, se vuelve destructiva y “*nadifica* el ser”, dejando a la persona sin sentido ni propósito.

El caso de Matías ejemplifica esta lógica: su obsesión con la tecnología no responde a un mero entretenimiento, sino a una internalización de las exigencias del mercado adulto. Alicia Valdés (2024), en *Política del Malestar*, describe cómo los discursos sociales actuales imponen ideales de éxito y productividad que llevan a los sujetos a la extenuación, tal como se refleja en la conducta de este niño.

En nuestra práctica clínica, vemos con frecuencia niños y niñas en la etapa de latencia sometidos a una sobreexigencia desmedida. Son pequeños de siete a diez años con ideales del yo más propios de la adolescencia. Los adultos, de manera inconsciente, hipertrofiamos estos ideales a través de exigencias exageradas: sacar las mejores notas, destacar en el deporte o aprender varios idiomas. Estas demandas dificultan la instauración de mecanismos más típicamente latentes en los niños y niñas. Este exceso de presión productiva en la etapa infantil podría explicar por qué muchos jóvenes al llegar a la adolescencia regresan a un narcisismo infantil

y se aferran a su yo ideal en lugar de construir ideales del yo que faciliten la transición hacia la adultez.

La tecnología como religión

La posición más primitiva del niño es la de ser objeto de mirada. Para poder mirar el mundo y comenzar a construirse, primero necesita sentirse visto. Solo si ha sido mirado por un Otro significativo podrá reconocerse y empezar a habitar su propia identidad. Esta idea ya había sido planteada por Spitz (1972), quien sostuvo que la mirada entre madre e hijo constituye el inicio de un vínculo psíquico esencial, lejos de ser un simple gesto funcional. Por su parte, Winnicott (2022) desarrolló el concepto de función especular para explicar cómo el niño, al mirar el rostro materno, se encuentra con una imagen de sí mismo. Ser mirado lo hace real: es en esa experiencia donde comienza a sentirse capaz, inteligente y digno de amor.

Pero ¿qué ocurre cuando la mirada atenta al otro se ausenta o se vuelve indiferente? Según Esquirol (2006) y Rot (2023), vivimos en una era marcada por la indiferencia. Una indiferencia que erosiona el lazo social. El triunfo de la imagen sobre la mirada, como lo plantea también Dessal (2019), convierte el deseo de ser visto en una demanda de validación inmediata, medida en *likes*. Una lógica que ya se instala en la infancia.

Han (2013) advierte que habitamos una “sociedad de la transparencia”, donde solo quien se muestra, existe. Donde los sujetos deben exponerse para ser, transformándose en sus propios agentes publicitarios, exaltando lo cotidiano como si fuera extraordinario (Rot, 2023). Este contexto no deja fuera a la infancia. Los niños son posicionados como consumidores por excelencia, capturados por un circuito donde los objetos reemplazan vínculos (Janín, 2022) y la información deviene núcleo identitario (Han, 2022).

McLuhan afirmaba que “el medio es el mensaje” (citado en Fandiño y Rodríguez, 2021) y esta idea resuena hoy con fuerza. Las herramientas que creamos terminan por modelarnos. Almudena Hernando (2018), desde la arqueología, defiende que la identidad humana se transforma según los medios que empleamos para comunicarnos. En este tiempo, es la tecnología la que

está redefiniendo los contornos de lo humano. No solo media nuestras relaciones: las reconfigura. Un ejemplo de ello lo encontramos en el documental *Cyborg Generación* (Morillo, 2024)

La virtualidad obliga a repensar qué es lo real, porque tal y como plantea Rot (2023), las fronteras entre lo *online* y lo *offline* son cada vez más difusas. Se observa en muchos niños, como Matías, que se desarrollan en entornos donde las redes ya no son solo espacios de paso, sino hábitats emocionales. Redes que no solo informan, sino que afectan, que emocionan, que vinculan y que, en definitiva, forman parte y modelan su identidad.

Se convierte así la tecnología en la nueva diosa a la que rendir pleitesía; deidad que fascina y seduce a través de un laberinto de imágenes, espejos y espejismos; la cual ejerce una función activa en la construcción de las nuevas identidades de niños y niñas contemporáneos.

Adolescencias voraces. Acortamiento y disolución del período de latencia

La introducción de estos ideales de rendimiento y estos cambios y transformaciones sociales en la infancia turba la diferencia entre niños, adolescentes y adultos (Ubieto, 2019). Como sabemos, cada época tiene una figura emblemática, y la de la nuestra es la adolescencia. Vivimos en un mundo de espectáculo, en donde los jóvenes son los actores, en donde los adultos jugamos a ser adolescentes y en donde los niños sufren, en última instancia, las más nefastas consecuencias de este juego.

Fandiño (2014) advierte sobre una idealización creciente de la adolescencia, aspecto que se expresa tanto en niños que desean ingresar cuanto antes a ese territorio, como en adultos que se resisten a abandonarlo. Junto con Rodríguez (2021), denominan este fenómeno como “infantoescencia” y “adultescencia”. A ello se suma una erotización cada vez más precoz de las infancias, particularmente de las niñas, transformadas a menudo en mercancía visual y sexual en series, publicidad o redes sociales. Este proceso comienza también a dejar huellas corporales. Estudios recientes, como el de Wang et al. (2024) en Harvard, muestran una clara tendencia al adelanto cronológico de la menarquia. Otro metaanálisis (Eckert-Lindt et al. [2020],

como se cita en Fandiño y Rodríguez [2024]) confirma una disminución progresiva en la edad de inicio puberal en niñas desde finales de los años 70.

En *El malestar en la cultura*, Freud (2015c) defendía el poder represivo de la cultura sobre el mundo pulsional del individuo. Esta represión, necesaria para la vida en sociedad, implicaba la renuncia a la satisfacción directa de los deseos y permitía garantizar así un orden social.

Pareciera que la cultura hoy en día actuara de un modo más sofisticado en el inconsciente del sujeto; no interviene únicamente desde el exterior, sino que su influencia pareciera haber penetrado hasta los niveles más íntimos del psiquismo. Así, siguiendo la tesis de Colina (2023), podríamos pensar que la cultura ya no sólo reprime, sino que también *performa* el inconsciente. Esto implica que el sujeto no sólo se somete a normas sociales actuales, sino que llega a identificarse con ellas.

Asistimos, pues, como espectadores pasivos, al deshielo de la etapa de la latencia, a la disolución de un período que Wilhelm Reich (1995), en su libro *Análisis del carácter*, describía como “un producto (...) propio de la cultura”, tiempo este necesario para la construcción de diques represivos y contenedores de la sexualidad que sustenten una personalidad sana en la etapa adulta (Freud, 2015c). Pero para que exista la latencia, algo debe quedar velado. Si no hay represión, “la sexualidad polimorfa de los primeros años de vida se instalará como funcionamiento en el psiquismo del niño” (Knobel, 2017).

Matías, un niño de siete años

Los misterios de la infancia. Del Desamparo Digital al Acompañamiento Parental

Como referíamos al comienzo, el niño está obsesionado con el sexo y el dinero. El infante se encuentra en período de latencia sobreexcitado, el cual manifiesta a través de sus comentarios y conductas sexualizadas (recordemos sus preguntas obsesivas sobre el coito y criar pollitos en una incubadora). Esta sobreexcitación le dificultaba el desarrollo de funciones tales como la lectoescritura, la atención, la conciencia de sí mismo (Blos, 1979). Tanto a través de internet y redes sociales, como de la relación

con su padre, el infante entra en contacto con contenidos excitantes que no puede metabolizar. Matías es incapaz de descargar su libido sexual por medio de la sublimación, por lo que debe hacerlo a través de su cuerpo y comportamiento.

En 1982, Neil Postman, en una conferencia titulada *La desaparición de la infancia*, proponía que con la llegada de la televisión los más pequeños comenzarían a acceder a secretos propios de la edad adulta, como el sexo o el dinero (Postman, 2012). Según este sociólogo, preservar estos misterios a los niños permitiría establecer diferencias generacionales, entre aquellos que tienen edad y madurez para comprenderlos y los que no. Por el contrario, el padre de Matías se presenta ante su hijo como un transmisor de la llamada “lógica del mercado”, por lo que la instancia idealizada protectora para el infante estaría puesta en el dinero y el poder. Los deseos que este padre proyecta en el pequeño no tienen ninguna relación con las necesidades emocionales reales de este.

Las niñas y niños necesitan descubrir los entresijos y vericuetos del mundo adulto de manera progresiva, dulcificada y limitada. En caso contrario, pueden terminar instalados en un eterno presente continuo indiferenciado de la etapa adolescente en la que difícilmente un futuro puede esperarse porque todo resulta conocido. Pequeños abocados a estados de apatía, como el caso de Matías, suspendidos en el tiempo sin un futuro que anhelar.

¿Cómo poder ayudarles a integrar toda esa información, noticias, imágenes, que reciben queramos o no (con controles parentales o sin ellos) de manera continuada en su vida cotidiana? Difícil trabajo de digestión para estómagos tan diminutos. Es cometido del adulto aceptar con humildad que somos extranjeros en un territorio que es el suyo y no el nuestro. Sólo con cuidado, sigilo y mucho respeto podremos adentrarnos en él. Sin embargo, es habitual encontrarnos situados como padres o adultos en dos posiciones que considero poco útiles en el acompañamiento digital. La primera de ellas sería la posición de *hipercontrol*. Esta forma de vigilancia tecnológica se ha convertido en la más corriente para demostrar que uno es un padre o una madre responsable (Fandiño y Rodríguez,

2021). Caemos en la fantasía de que así protegemos o educamos a nuestros hijos cuando en realidad este mecanismo resulta tan eficiente como ponerle diques al mar.

La otra postura posible sería el desinterés y/o desprecio por la tecnología. Nos refugiamos en argumentos como “yo de esto no entiendo nada”, “a mí esto nos interesa lo más mínimo” o “yo es que no soy nada tecnológico”. En otras ocasiones, nos cobijamos en el anhelo de que tiempos pasados fueron mejores. Somos nosotros, los que con esta falta de implicación y altivez ahondamos en la brecha digital que, si ya no es pequeña, la convertimos en una fosa abisal.

Las infancias contemporáneas crecen y se desarrollan en un mundo que es tecnológico, nos guste más o menos, queramos o no. Nuestro cometido como adultos debería ser interesarnos genuinamente por eso que tanto los deleita para no quedarnos atrás, buscando aprender con ellos y de ellos. Porque de lo que sí precisan los infantes es de alguien que les triture y facilite la realidad tecnológica, que les ayude a digerir y absorber los nutrientes y desechar lo sobrante. En definitiva, de un aparato digestivo (un otro adulto) que les posibilite alimentarse adecuadamente.

El dulce arte de no llegar a ninguna parte

Con tan solo siete años, Matías se encuentra sometido a dictadura de la transparencia, atrapado bajo el influjo y mandato “ser mirado y dar a ver”, degradado al rendimiento, doblegado a las consignas de los ideales de autoproducción (vender un libro sobre su vida para rentabilizarla), de autorrealización (ser *youtuber*) y *autooptimización* (ser millonario).

Gabriel García Márquez (1995), en su ensayo *Un manual para ser niño*, alertaba sobre el riesgo que corrían muchos de ellos en manos del adulto, en el caso de que este no fuese capaz percatarse de sus virtudes y promoviera otras que considerara más relevantes para él. Deberíamos entonces acercarnos a la infancia como un momento de creatividad, de despliegue de posibilidades personales, de desarrollo de la autonomía del niño y no como una etapa productiva y de exigencias que persiga ideales de éxito que tienen como objetivo alcanzar la felicidad. Solicitamos a los niños que respeten al adulto,

pero no somos conscientes de que nosotros, como adultos, no respetamos su niñez. Permitamos pues que puedan disfrutar “del dulce arte de no tener que llegar a ninguna parte” (Márquez, 1995). Porque, tal y como escribe la poeta Louise Gluck, “miramos el mundo una sola vez, en la infancia. El resto es memoria”.

Bibliografía

- Bellido, J. (2024, abril 6). *Seminarios de Formación Permanente de Integración cuerpo-mente*. Ourense.
- Berardi, B. (2007). *La generación post alfa. Patologías e imaginarios en el semiocapitalismo*. Colección Nociones Comunes.
- Blos, P. (1979). *Los comienzos de la adolescencia*. Amorrortu.
- Bleichamar, S. (2008). *Violencia Social-violencia escolar*. Editorial Noveduc.
- Colina, F. (2023). *Huecos y Recovecos*. La revolución delirante.
- Dessal, G. (2019). *Inconsciente 3.0. Lo que hacemos con las tecnologías y lo que las tecnologías hacen con nosotros*. Xoroi Edicions.
- Esquirol, J. M. (2006). *El respeto o la mirada atenta. Una ética para la era de la ciencia y la tecnología*. Editorial Gedisa.
- Fandiño, R. (2014). *Adolescencia, psicosis y pasarelas rotas*. V Jornadas Gradiva. Los caminos de la psicosis. Santiago de Compostela.
- Fandiño, R. y Rodríguez, V. (2021). *Ser adolescente. ¿Transición o destino?* Editorial UOC.
- Fandiño, R. y Rodríguez, V. (2024). El lugar del cuerpo y la sexualidad adolescente en la clínica. Hacia una dimensión desconocida. *Revista encuentros de educación y psicoterapia*, 3. Recuperado de <https://adp-cets.org/wp-content/uploads/02.-El-lugar-del-cuerpo-y-la-sexualidad-adolescente-en-la-clinica.-Hacia-una-dimension-desconocida.-Ricardo-Fandino-Vanessa-Rodriguez.-pp.3-9.pdf>
- Fisher, M. (2016). *Realismo Capitalista. ¿No hay alternativa?* Caja Negra Editores.
- Freud, S. (2015a). *Introducción al narcisismo*. Amorrortu.
- Freud, S. (2015b). *Tres ensayos de Teoría Sexual*. Amorrortu.
- Freud, S. (2015c). *El Malestar en la cultura*. Amorrortu.
- García Márquez, G. J. (1995). *Un manual para ser niño*. Presidencia de la República de Colombia.
- Han, B. (2022). *No cosas. Quiebras del mundo de hoy*. Editorial Taurus.
- Han, B. (2013). *La sociedad de la transparencia*. Editorial Herder.
- Hernando, A. (2018). *La fantasía de la individualidad. Sobre la construcción sociohistórica del sujeto moderno*. Traficantes de sueños.
- Janín, B. (2022). *Niñas, niños y adolescentes en tiempos de desamparo colectivo. De la incertidumbre a la esperanza en salud mental y educación*. Noveduc.
- Janín, B. (2017). El sufrimiento psíquico en los niños en los tiempos actuales – intervenciones subjetivantes. *Cuadernillo aperturas*, 1.
- Knobel, J. F. (2017). Cuando no se instala el estado de latencia: niños hiperexcitados sexualmente. *Revista de Psicoanálisis con niños*. Fort Da, 12, Recuperado de: <https://fort-da.org/fort-da12/knobelfreud.htm>
- Morillo Vega, M. (Director) (2024). *Cyborg Generation* [Película]. Landia Films SLU.
- Le Breton, D. (2016). *Desaparecer de sí*. Ediciones Siruela.
- Mahler, M. S., Pine, F. y Bergman, A. (2002). *El nacimiento psicológico del niño: una perspectiva psicoanalítica del desarrollo*. Paidós.
- Postman, N. (2012). La desaparición de la niñez. *Boletín Iberoamericano de Teatro para la Infancia y la Juventud*, 31, 15–24. Recuperado de: <https://www.cervantesvirtual.com/obra/la-desaparicion-de-la-ninez/>
- Recalcati, M. (2014). *El complejo de Telémaco*. Editorial Anagrama.
- Recalcati, M. (2018). *Las manos de la madre*. Editorial Anagrama.
- Reich, W. (1995). *Análisis del Carácter*. Editorial Paidós.
- Rot, M. (2023). *Intoxicación*. Editorial Paidós.
- Spitz, R. (1972). *El primer año de vida del niño. Génesis de las primeras relaciones objetales*. Editorial Aguilar.
- Ubieto, J. R. y Pérez, M. (2019). *Niños Hiper. Infancias hiperactivas, hipersexualizadas, hiperconectadas*. Ediciones NED.
- Ubieto, J. R. (2019). *Del padre al Ipad*. Ediciones NED.
- Valdés, A. (2024). *Política del malestar*. Penguin Random House Grupo Editorial.

- Winnicott, D. (2013). *Realidad y Juego*. Editorial Gedisa.
- Winnicott, D. (2022). *Obras completas. Volumen 2: Escritos sobre guerra, niños evacuados y desarrollo emocional primitivo*. Editorial Pólvora.
- Wang, Z., Asokan, G., Onnela, J. P., Baird, D. D., Jukic, A. M. Z., Wilcox, A. J., Curry, C. L., Fischer-Colbrie, T., Williams, M. A., Hauser, R., Coull, B. A. y Mahalingaiah, S. (2024). Menarche and Time to Cycle Regularity Among Individuals Born Between 1950 and 2005 in the US. *JAMA network open*, 7(5), e2412854. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.12854>
- Zamora, A. (2023). *Literatura infantil*. Anagrama.
- Zviáguintsev, A. (Director). (2003). *El regreso* [Película]. REN Film.

Las relaciones afectivas en la adolescencia contemporánea: una investigación-acción en las escuelas secundarias de Padua

NIVIA-PILAR NOSADINI¹ Y MATTEO PADUANELLO²

RESUMEN

Las relaciones afectivas en la adolescencia contemporánea: una investigación-acción en las escuelas secundarias de Padua. El presente estudio examina el proyecto de educación afectiva y sexual “Es amor, seguro”, llevado a cabo en los institutos de educación secundaria de la ciudad de Padua, Italia, y promovido por la empresa pública sanitaria local en el ámbito escolar. Se presentan los principales aspectos surgidos durante los encuentros con el alumnado de los centros participantes, con el objetivo de ofrecer una panorámica de las áreas temáticas seleccionadas por las propias clases en función de sus intereses. Asimismo, se aporta una observación cualitativa sobre las diversas modalidades de discusión de dichas temáticas, en función del contexto y del grupo de pertenencia. Este proyecto se configura como una oportunidad para que los y las estudiantes se emancipen de esquemas de referencia restrictivos y disfuncionales, desarrollen sus competencias personales y refuercen su sentido de autoeficacia. Las actividades descritas forman parte del conjunto de acciones promovidas en el territorio por la red institucional, lo cual contribuye a potenciar su eficacia mediante una intervención coordinada tanto en el ámbito preventivo como en el de promoción del bienestar adolescente. **Palabras clave:** educación afectivo-sexual, adolescencia, consentimiento sexual, dependencia afectiva, violencia intrarelacional.

ABSTRACT

Emotional relationships in contemporary adolescence: action research in secondary schools in Padua. This study examines the emotional and sexual education project “It’s surely (and safely) love” carried out in secondary schools in the city of Padua, Italy, and promoted by the local public health company in schools. The main aspects that emerged during the meetings with the students of the participating schools are presented, with the aim of offering an overview of the subject areas selected by the classes themselves based on their interests. Likewise, a qualitative observation is provided on the various ways in which these topics were discussed, depending on the context and the group to which they belonged. This project is an opportunity for students to break free from restrictive and dysfunctional reference frameworks, develop their personal skills, and strengthen their sense of self-efficacy. The activities described are part of a set of actions promoted in the local area by the institutional network, which helps to enhance their effectiveness through coordinated intervention in both the prevention and promotion of adolescent well-being. **Keywords:** affective-sexual education, adolescence, sexual consent, emotional dependence, intimate relationship violence.

RESUM

Les relacions afectives a l'adolescència contemporània: una investigació-acció als instituts de secundària de Pàdua. El present estudi examina el projecte d'educació afectiva i sexual “És amor, segur”, desenvolupat als instituts d'educació secundària de la ciutat de Pàdua, Itàlia, i promogut per l'empresa pública sanitària local en l'àmbit escolar. Es presenten els principals aspectes sorgits durant les sessions amb l'alumnat dels centres participants, amb l'objectiu d'oferir una panoràmica de les àrees temàtiques seleccionades pels mateixos grups classe en funció dels seus interessos. Així mateix, s'aporta una observació qualitativa sobre les diverses modalitats de discussió d'aquestes temàtiques, en funció del context i del grup de pertinença. Aquest projecte es configura com una oportunitat perquè els i les estudiants s'emancipin d'esquemes de referència restrictius i disfuncionals, desenvolupin les seves competències personals i reforcin el seu sentit d'autoeficàcia. Les activitats descrites formen part del conjunt d'accions promogudes al territori per la xarxa institucional, cosa que contribueix a potenciar-ne l'eficàcia mitjançant una intervenció coordinada tant en l'àmbit preventiu com en el de promoció del benestar adolescent. **Paraules clau:** educació afectivosexual, adolescència, consentiment sexual, dependència afectiva, violència intrarelacional.

¹Psicóloga y psicoterapeuta, ²Doctor en Psicología y psicoterapeuta, Padua, Italia.
Contacto: npnosadini@gmail.com

Recibido: 7/7/25 - Aceptado: 7/10/25

Introducción

La educación integral en sexualidad (*comprehensive sexuality education*) representa actualmente el paradigma más reconocido en el ámbito de la educación afectiva y sexual (UNESCO et al., 2018). Este enfoque se define como “integral” porque aborda la sexualidad considerando múltiples dimensiones: cognitivas, emocionales, físicas y sociales. Se trata de un enfoque educativo que concibe la sexualidad como un derecho, promueve el respeto por uno mismo y por los demás en un marco positivo, e incluye, además de la información sanitaria, el análisis de aspectos afectivos y relacionales.

Hablar de sexualidad desde una perspectiva integral supone abordar, en primer lugar, aspectos del cuerpo humano, su desarrollo, la anticoncepción, la salud sexual y reproductiva. Además, requiere tener en cuenta dimensiones como el amor, las relaciones interpersonales, el placer, los derechos, los valores, la violencia y el género. Este enfoque busca favorecer la construcción de significados tanto en el plano personal como en el social.

Este tipo de propuesta de acción “integral” considera eficaz dirigir actividades educativas y de prevención a diversos grupos etarios, desde la infancia hasta la edad adulta. Por tanto, se concibe como una intervención progresiva y científicamente validada, implementada en el territorio por profesionales con formación y competencias específicas.

Las actividades propuestas tienen como objetivo fortalecer las competencias individuales, generando un impacto tanto en las actitudes personales como grupales. Este proceso no se limita al mero aumento de información o conocimientos disponibles para los jóvenes, sino que promueve principalmente el desarrollo de nuevas habilidades y competencias intra e interpersonales, como la comunicación, la gestión del conflicto y la toma de decisiones. Por este motivo, los objetivos de estas investigaciones se consideran multidimensionales, interconectados y con efectos tanto a corto como a largo plazo.

Dado este marco, la evaluación longitudinal de las intervenciones de educación afectiva y sexual ha sido siempre un desafío complejo. El

sistema sanitario orienta sus acciones prioritariamente a la reducción de comportamientos de riesgo para la salud de la población joven, con un enfoque particular en la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Pero, en el ámbito afectivo y sexual, ¿cómo detectar los efectos de estos comportamientos en el estado de salud de los jóvenes?

En este sentido, algunas investigaciones han ofrecido ya correlaciones interesantes: disponer de mayor información en materia de sexualidad, como el uso correcto de métodos anticonceptivos y una mayor conciencia sobre los significados y consecuencias de las propias conductas, se asocia con una menor probabilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual, a través de la reducción de conductas promiscuas o el retraso en el inicio de la actividad sexual (Panzeri et al., 2021).

Asimismo, la capacidad de poner en práctica acciones concretas de prevención y cuidado del propio bienestar, como la adhesión a campañas sanitarias o el aumento del control sobre la salud mediante visitas especializadas, puede ser otra consecuencia significativa de este tipo de intervención.

En este sentido, es importante recordar que las directrices internacionales han señalado que los programas de educación afectiva y sexual deben actuar en sinergia con los servicios de salud dirigidos a la juventud en el territorio, sin los cuales ninguna intervención en el contexto escolar podría tener un impacto suficientemente eficaz (UNESCO et al., 2018). Esta orientación requiere una coordinación entre servicios, un monitoreo de los accesos y una visión común respecto a los objetivos perseguidos.

Está ampliamente demostrado que determinadas metodologías de trabajo en el aula están asociadas a una reducción de conductas de riesgo (Kirby et al., 1994), entre las cuales destacan: definir pocos y específicos objetivos conductuales; fomentar en los jóvenes un sentido de autoeficacia; proponer actividades experienciales, tanto en pequeño como en gran grupo; estimular una reflexión crítica sobre los factores que influyen en el pensamiento y vivencias personales (como los medios de comunicación o el grupo de pares); reforzar valores y normas

protectoras; y promover habilidades comunicativas, especialmente en la negociación de conflictos o ante un rechazo.

Estudios recientes confirman aún más la eficacia de esta metodología: los jóvenes que participan en estas actividades se muestran más conscientes de sus derechos y de los derechos de los demás, lo que los hace más capaces de protegerse y de sentirse competentes en sus relaciones afectivas y sexuales. También se muestran más abiertos al diálogo con los padres y madres, reportando resultados positivos a largo plazo, tanto en el plano psicosocial como comportamental, en el proceso de construcción de su identidad (Vanwesenbeeck, 2020).

En esta complejidad, las investigaciones subrayan que el marco de la educación integral en sexualidad representa el paradigma actualmente más indicado, definiendo objetivos y metodologías que muestran impactos positivos en los planos conductual y psicosocial para los jóvenes involucrados.

Estas variables, complejas e interrelacionadas, configuran cambios tanto individuales como colectivos, afectando a grupos y comunidades, en un proceso dinámico y en constante transformación.

Nos aproximamos a este ámbito de intervención avalando estos datos, que constituyen referentes operativos validados para los profesionales del sector. Con una mirada abierta a la complejidad y a la dimensión multidimensional de la educación afectiva y sexual, deseamos ofrecer una “fotografía” del diálogo desarrollado con los adolescentes que participaron, así como de las características que marcaron dicho proceso en nuestro territorio durante el año escolar 2024/2025.

Sexualidad en la adolescencia: transformaciones e implicaciones de nuevas formas de acercamiento a la sexualidad en la adolescencia

Los adolescentes de hoy viven la sexualidad en un contexto profundamente distinto al de generaciones anteriores: el acceso inmediato a la información a través de internet y la presencia omnipresente de las redes sociales transforman la experiencia sexual en algo más visible, pero a menudo más frágil, confuso o paradójicamente

solitario.

El ingreso al universo sexual ocurre con frecuencia a través de lo digital: antes de los 12 años, muchos adolescentes acceden a contenidos sexualmente explícitos, comenzando el consumo de pornografía entre los 15 y 17 años. Un estudio del CNR (grupo MUSA, noviembre de 2023) señala que este consumo tiene efectos diferenciados por género: en los varones tiende a reforzar visiones sexistas, mientras que en las chicas puede tener un efecto emancipador. No obstante, la pornografía *mainstream* se mantiene alejada de una sexualidad empática y consensuada: los modelos hiperperformativos, a menudo agresivos o poco realistas, distorsionan la percepción del rol y del deseo.

Una revisión sistemática publicada en el *Journal of Medical Internet Research* (Pathmendra, 2023) analizó 19 estudios realizados entre 2010 y 2022, evidenciando la correlación entre el visionado de pornografía antes de los 16 años y un debut sexual precoz, aunque subrayando que la relación causal no está claramente demostrada. El estudio también muestra que los contenidos violentos o coercitivos, aunque no predominantes en todos los consumidores, se asocian a comportamientos más agresivos. Paralelamente, una investigación realizada en 2024 (Hernández et al., 2024) en la población española confirmó que los varones presentan un uso más intencional y problemático de la pornografía, mientras que las chicas parecen estar menos involucradas de manera intensa. En síntesis, aunque la pornografía proporciona material informativo a través de guiones sexuales, a menudo carece de las dimensiones del respeto, el consentimiento y la empatía, lo que pone en riesgo la construcción de una sexualidad adolescente basada en estándares hiperperformativos e irreales.

Las redes sociales y los medios de comunicación promueven estándares estéticos inalcanzables. Solo el 55,9 % de los adolescentes se declara satisfecho con su propio cuerpo, pero las chicas están mucho menos satisfechas (34,4 % frente al 58,1 %) (Tintori et al., 2023). Esta comparación constante genera vergüenza y ansiedad social, empujando en ocasiones hacia formas de interacción *protegidas* en línea, como chats o redes, en lugar de relaciones presenciales.

Los entornos digitales introducen constantemente imágenes de cuerpos idealizados, generando una comparación incesante que sacude la percepción del propio cuerpo. La literatura indica que más del 50 % de los adolescentes visita sitios pornográficos, a menudo acompañados de comportamientos de riesgo como sexo sin protección o múltiples parejas. El material pornográfico refuerza estos modelos, actuando como nuevas formas culturales —códigos compartidos implícitos— que moldean actitudes hacia la normalización del sexo y de los roles de género. Esta dinámica va acompañada con frecuencia de ansiedad corporal: los varones tienden a desconfiar de su desempeño sexual, mientras que las chicas experimentan sentimientos de vergüenza ligados al cuerpo. En este sentido, el cuerpo se convierte más en objeto observado y evaluado que en sujeto de la experiencia sexual (Brown et al., 2006; Pathmendra et al., 2023).

A pesar de algunas señales de avance, los estereotipos persisten: en 2023, el 48,5 % de los adolescentes muestra niveles medio-altos de adhesión a roles de género masculinos tradicionales, y un 22 % no se considera completamente libre de estos. En relación con la violencia sexual, casi la mitad cree que puede evitarse modificando el comportamiento femenino, o que el silencio equivale a consentimiento. Estas creencias inciden negativamente en las relaciones íntimas, alimentan la comunicación asimétrica entre géneros y dificultan la construcción de un consentimiento auténtico.

La adhesión a roles de género tradicionales continúa influyendo en la sexualidad adolescente. El concepto de *sexual script*, vigente desde la infancia, asigna a los hombres el rol de iniciadores sexuales y a las mujeres el de receptoras, favoreciendo una doble moral sexual: permisiva para los varones, represiva para las mujeres. Recientes metaanálisis internacionales confirman esta tendencia (Hald et al., 2010), asociando el consumo pornográfico con estereotipos sexistas: en los varones adolescentes se observa una mayor prevalencia de actitudes hostiles y justificación de conductas de tipo coleccionista sexual. Así se activa un circuito de *gender policing*: los estereotipos de género refuerzan comportamientos sexuales desiguales y debilitan la

comprensión del consentimiento. Esto contribuye a la persistente confusión sobre qué constituye un “no” válido o un silencio implícito, con dificultades consecuentes en la construcción de relaciones igualitarias.

El descubrimiento de la orientación sexual suele ocurrir entre los 14 y 15 años, seguido de un proceso de *coming out* en los años posteriores (Russel et al., 2016). Un número creciente de adolescentes se encuentra en una fase de cuestionamiento respecto a la identidad de género y orientación sexual. Estudios internacionales señalan que los jóvenes en esta situación enfrentan mayores riesgos de aislamiento, depresión, conductas de riesgo y pensamientos suicidas, en ausencia de un adecuado apoyo familiar o escolar (Russell y Fish, 2006).

La adolescencia es también una etapa de descubrimiento de la orientación e identidad de género. El modelo *Differential Susceptibility to Media Effects Model* (DSMM) (Valkenburg y Peter, 2013) y estudios sobre pornografía confirman que adolescentes LGBTQ+ suelen recurrir a contenidos explícitos como forma de exploración y afirmación de su identidad. Tanto en contextos sociales como digitales, la acogida o el rechazo recibido inciden profundamente en el bienestar psíquico, aumentando el riesgo de aislamiento y síntomas depresivos o ansiosos, especialmente en ausencia de redes de apoyo escolares y familiares. Si bien estos procesos de *cuestionamiento* reflejan una apertura hacia nuevas configuraciones identitarias, exigen espacios educativos inclusivos y respetuosos para evitar el estigma y la marginalización.

Los adolescentes expresan un fuerte deseo de autenticidad y conexión emocional, pero a menudo reprimen su sexualidad por miedo al desempeño, vergüenza o ansiedad social. Muchos optan por formas de protección emocional que se traducen más en vivencias defensivas que relacionales, buscando el apoyo de adultos empáticos para desarrollar un estilo relacional integrado y consciente. Parecen anhelar una conexión emocional, pero a menudo viven la sexualidad de forma defensiva, oscilando entre la exposición mediática y la reticencia en la vida real.

El término *sexting* hace referencia al envío, la recepción o la difusión de mensajes, fotografías

o vídeos de contenido sexual a través de dispositivos digitales. Se trata de un fenómeno prevalente entre adolescentes y adultos jóvenes, frecuentemente asociado al uso de teléfonos inteligentes y redes sociales. Puede tener fines lúdicos, afectivos o relacionados con la exploración de la identidad sexual, pero también conlleva riesgos significativos. Entre estos se incluyen la pérdida de control sobre las imágenes, el chantaje sexual (*sextorsión*), la difusión no consentida y consecuencias psicológicas como ansiedad o sentimientos de vergüenza (Madigan et al., 2017).

Estudios longitudinales sobre el *sexting* indican que aproximadamente el 20 % de los jóvenes entre 14 y 18 años ha enviado al menos una foto íntima en su vida; sin embargo, estas conductas suelen estar asociadas a factores como presión grupal o dificultades relacionales. Esto refleja un uso de la sexualidad mediado por ansiedades que impiden su plena integración: los adolescentes aspiran a una participación auténtica, pero vacilan frenados por vergüenza, represión o temor al juicio. En este contexto, la figura del adulto —docente o progenitor— resulta crucial para facilitar trayectorias que fomenten sentirse sujetos activos, capaces de narrar, escuchar y modular sus propios deseos (Patchin y Hinduja, 2020).

El *sexting*, fenómeno ya consolidado, tiene una prevalencia que oscila entre el 14 % y el 29 %, y muestra diferencias de género según diversos estudios (Ybarra y Mitchell 2014; Strassberg et al., 2014). Investigaciones longitudinales lo relacionan con un aumento de problemas conductuales y síntomas depresivos, especialmente cuando está asociado a coerción o difusión no consensuada. Paralelamente, la adicción a la pornografía (PPU) —presente en aproximadamente el 5 % de los adolescentes— se vincula a síntomas de ansiedad y depresión, aislamiento y una menor capacidad empática. También están en aumento las violencias digitales y la producción de contenidos íntimos no consensuados, como *deepfakes* y *revenge porn*. Con el término *deepfake* se hace referencia a contenidos multimedia (principalmente videos, pero también imágenes y audios) generados o manipulados mediante inteligencia artificial, en particular utilizando técnicas de *deep learning* basadas en

redes neuronales generativas. Por otro lado, el *revenge porn* (pornografía por venganza) se refiere a la difusión no consentida de imágenes o videos sexualmente explícitos de una persona, a menudo por parte de una expareja, con el objetivo de humillarla o causarle daño. Esto implica una necesidad urgente de alfabetización digital específica que proteja a los jóvenes de daños emocionales y reputacionales.

Su difusión expone a los jóvenes al riesgo de distribución no consensuada, *revenge porn* y problemas legales. Las formas de violencia en línea y el control en la *teen dating violence* afectan a aproximadamente el 40-50 % de la población estudiantil, con comportamientos de culpabilización de la víctima en aumento. Esta última es una forma de violencia que ocurre en las relaciones sentimentales entre adolescentes. Puede incluir agresiones físicas, coerción sexual, violencia psicológica o emocional y comportamientos de control, incluso a través de medios digitales. A menudo se manifiesta mediante insultos, amenazas, presiones para realizar actos sexuales o la difusión no consentida de imágenes íntimas. La TDV puede afectar tanto a chicas como a chicos y tiene consecuencias significativas para el bienestar psicológico, académico y social (CDC, 2019).

Al mismo tiempo, crecen los fenómenos de adicción a la pornografía o al cibersexo: formas compulsivas asociadas al aislamiento, disfunciones en las relaciones reales y síntomas ansioso-depresivos. Estas son las nuevas formas en las que, entre lo *online* y lo *offline*, se entreteje la sexualidad juvenil actual y su construcción identitaria en la dimensión relacional, afectiva y sexual.

El proyecto “Es Amor, seguro” para adolescentes de segundo curso de educación secundaria superior

Los adolescentes, en la mayoría de los casos, viven la sexualidad en el contexto de una pareja basada en el vínculo afectivo y, aunque de corta duración, de naturaleza monógama. Es en la intimidad de la pareja donde se inician las primeras prácticas sexuales, las cuales representan una etapa fundamental en el proceso de crecimiento, diferenciación e individuación respecto a las

figuras parentales. Cuando los padres llegan a estar al tanto de las relaciones sentimentales de la joven pareja, suelen quedar excluidos de su intimidad sexual.

En este contexto, los jóvenes —a menudo confundidos, temerosos, poco preparados y mal informados— inician sus primeras experiencias afectivas y sexuales, adoptando con frecuencia comportamientos de riesgo relacionados con la anticoncepción y la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS). Estas dificultades son confirmadas por una encuesta que se realiza anualmente desde 2018 por el Observatorio “Jóvenes y Sexualidad” (realizado por Durex y Skuola.net, en colaboración con EbiCo [2023], spinoff académico de la Universidad de Florencia) sobre una muestra de más de 15.000 jóvenes entre los 11 y los 24 años. Los datos más recientes revelan un acercamiento cada vez más precoz de las nuevas generaciones a la sexualidad: el 38,7 % de los encuestados afirma haber tenido su primera relación sexual entre los 17 y los 18 años, pero aproximadamente el 11,6 % declara haberla tenido antes de los 13 años; comportamientos poco conscientes y frecuentemente de riesgo: menos de la mitad (44 %) de los encuestados utiliza habitualmente preservativos, un dato especialmente preocupante si se compara con el 57 % en 2018. Más de la mitad (62,5 %) declara haber practicado el coitus interruptus, cifra que ha ido en aumento respecto al 52 % en 2018, 57 % en 2019 y 62 % en 2020; escaso conocimiento sobre las ITS: el 48 % de los encuestados posee información confusa al respecto; baja participación en programas de prevención y cribado: el 73 % de los jóvenes nunca se ha sometido a una prueba de diagnóstico de ITS; escasa comunicación y diálogo: los jóvenes no parecen sentirse cómodos hablando del tema con sus familias; de hecho, el 54 % afirma no hablar con sus padres sobre prevención y sexo seguro. Entre los motivos, el 44,7 % manifiesta incomodidad al tratar el tema, y el 15,1 % considera que el sexo es un tema tabú en casa. La falta de este intercambio con figuras adultas de referencia, junto al deseo de conocer más, expone a los jóvenes a información potencialmente errónea, *fake news* o conocimientos engañosos. El 55 % busca habitualmente información sobre sexualidad y anticoncepción en internet.

Como se ha anticipado, la *educación sexual integral* (CSE, por sus siglas en inglés), en línea con las recomendaciones de la UNESCO, es un proceso de aprendizaje continuo a lo largo de la vida, que debe adaptarse a las distintas edades y necesidades. Está basada en un programa educativo sobre los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su objetivo es dotar a niños, niñas y jóvenes de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que les permitan: alcanzar su salud, bienestar y dignidad; desarrollar relaciones sexuales y sociales respetuosas; comprender cómo sus decisiones afectan su bienestar y el de los demás; garantizar la protección de sus derechos a lo largo de toda la vida. (UNESCO, 2018).

Los programas de educación sexual deberían abordarse de forma multidisciplinaria, es decir, tratados por diferentes docentes desde diversas perspectivas, no ser optativos, y estar incluidos como asignaturas curriculares con valor académico, para otorgar la importancia y atención adecuadas a los temas propuestos y fomentar la motivación del alumnado. La multidisciplinariedad de la educación sexual permite su inclusión en los programas de diversas asignaturas, de modo que docentes de distintas disciplinas aborden diversos aspectos, en colaboración con profesionales externos al entorno escolar que aborden temáticas específicas. Estos profesionales pueden ser médicos, enfermeros, matronas, psicólogos o educadores, con formación específica en educación sexual, quienes además de desempeñar un rol educativo, tienen también una función informativa y de difusión, dando a conocer los servicios disponibles para adolescentes y garantizando su privacidad.

El proyecto “Es Amor, Seguro” se dirige al alumnado de segundo curso de secundaria superior en Padua y su provincia, en Italia. La oferta formativa tiene un rol educativo e informativo, y está diseñada para las franjas de edad en las que ocurren la mayoría de las primeras experiencias afectivas y sexuales. A cada grupo clase se le ofrece, garantizando la privacidad de los contenidos que emergen en el diálogo con los profesionales, un espacio de reflexión y confrontación sobre los temas de afectividad y sexualidad como promoción de la salud y el bienestar personal, de pareja y social.

Los objetivos del proyecto son múltiples:

- **Informativo:** facilitar la adquisición, profundización y consolidación de conocimientos sanitarios, y promover competencias conductuales, opiniones y valores sobre afectividad y sexualidad como herramientas de prevención de embarazos no deseados, VIH/SIDA, ITS, posibles consecuencias sobre la fertilidad futura, e información sobre los servicios socio-sanitarios y psicológicos territoriales competentes.
- **Preventivo:** evaluación de conductas sexuales de riesgo y aproximación a estrategias conscientes de pensamiento y comportamiento (individual y grupal) que permitan prevenir, afrontar o contrarrestar situaciones problemáticas (por ejemplo: sexualidad/drogas/anticoncepción/ITS/IVG, etc.).
- **Relacional:** fomentar la reflexión sobre (a) *el sí mismo*: la propia identidad sexual y sexuada; percepciones y vivencias personales respecto al desarrollo del cuerpo y la psique; posibles crisis y malestares vinculados a la no aceptación o el no reconocimiento de sí, y (b) *los demás*: cambios en las relaciones con los adultos y con los pares en comparación con la infancia; riesgos, miedos, incomprensiones y posibles malestares vinculados a estos cambios; primeras relaciones amorosas; experimentación del grupo clase como espacio de expresión, discusión y negociación de las propias opiniones; diálogo con el/la profesional como figura adulta externa, competente y no juzgadora, distinta de padres o docentes.

El proyecto “Es Amor, Seguro” no solo ofrece a cada estudiante un espacio dedicado a temáticas delicadas que no siempre pueden abordarse en otros contextos (familia, médico de cabecera, grupo de amigos, etc.), sino que pretende, a través del intercambio con el grupo clase, educarle activamente en el intercambio interpersonal, la responsabilidad en la toma de decisiones, la resolución de conflictos y el reconocimiento del adolescente como sujeto activo y participe en la construcción de su propia realidad, alejándose de estigmatizaciones como la del adolescente desmotivado y carente de proyectos.

El proyecto incluye un encuentro ginecológico-sanitario de dos horas, en el que se abordan temas sanitarios específicos como: métodos

anticonceptivos, anticoncepción de emergencia, interrupción voluntaria del embarazo, VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, posibles consecuencias sobre la fertilidad futura, vacunación contra el VPH, etc. También incluye un encuentro psicológico de dos horas, durante el cual se abordan temas relacionados con el desarrollo psicoafectivo de la sexualidad.

Durante el encuentro psicoafectivo, el aprendizaje tiene una naturaleza experiencial y circular: el profesional divide la clase en pequeños grupos (de 5-6 estudiantes) y les propone dinámicas o situaciones estímulo (actividades, carteles, fotos, artículos, cuestionarios, juegos de rol, etc.) sobre distintos temas. Este material permite al alumnado compartir activamente con sus compañeros pensamientos, significados, conocimientos y sentimientos. Finalizado el trabajo en pequeños grupos, el profesional retoma los aportes en el grupo completo con el objetivo de llegar a conclusiones que integren lo producido en las distintas dinámicas.

Resultados

En este apartado se presentan los aspectos que han emergido como más relevantes durante el diálogo con los estudiantes que hemos encontrado en el marco del proyecto “Es Amor, Seguro” durante el año escolar 2024/2025. Precisamente sobre estos contenidos parece centrarse con mayor intensidad su atención en esta fase del desarrollo: sus miedos, sus dudas y sus incertidumbres.

A continuación, se presenta una exposición de las observaciones recogidas, organizadas según las temáticas emergidas en los grupos clase.

La dependencia afectiva

Los adolescentes que hemos conocido han mencionado, casi unánimemente, la dependencia afectiva como una de las principales problemáticas que temen en el desarrollo de una relación afectiva y sexual. Al referirse a dependencia afectiva, destacan dinámicas como los celos, el control del/de la compañero/a, y una sensación de escasa autonomía emocional ante las acciones y la validación del otro. Muchos estudiantes describen cómo este sentido de dependencia puede degenerar, en forma de escalada, en una

serie de comportamientos orientados a recuperar el control sobre el otro y restablecer la seguridad personal.

Lo que se ha observado en el aula es que, cuanto más frágil es la autoestima personal y la red social de apoyo del joven, mayor es el riesgo de desarrollar comportamientos dependientes y una sexualidad de riesgo, así como una mayor dificultad para afrontar emociones negativas y para gestionar situaciones de conflicto en la pareja.

Es relevante subrayar cómo las tecnologías y su uso han sido ampliamente consideradas en el debate sobre la dependencia afectiva. Los estudiantes han identificado el uso del teléfono móvil por parte de sus parejas como un ámbito —aunque virtual— que requiere acuerdos explícitos y un uso consciente y respetuoso, para no favorecer dinámicas relacionales dependientes. El debate puso en relieve la frecuente dificultad de los jóvenes para usar la tecnología de manera saludable en situaciones de baja autoestima: cuanto más inseguros se sienten respecto a su propio valor, mayor es el riesgo de adherirse rígidamente a estereotipos de género o evitar una verdadera intimidad emocional, fragmentando la afectividad de la sexualidad y abusando de las formas de control que ofrece la tecnología.

En cambio, cuanto más integrados se sienten en relaciones y actividades gratificantes, mayor es su capacidad para implementar conductas relacionales efectivas, también en lo relativo a la intimidad afectiva y sexual. Esto les permite incluir su necesidad de disfrutar del encuentro con el otro dentro de un marco de reconocimiento mutuo. Quienes presentan una autoestima más sólida y una imagen de sí más estable, también informan de un uso menos problemático de las tecnologías dentro de la relación de pareja.

El contacto con los iguales se percibe como una fuente de fortaleza en la vida de los adolescentes, y la disponibilidad de servicios de consulta psicológica y sanitaria —tanto en el entorno escolar como en la comunidad— se menciona como un recurso útil ante dificultades percibidas en las relaciones de pareja o dinámicas de dependencia, ya sean afectivas o vinculadas al uso de sustancias.

El elemento clave identificado como factor de riesgo para las dinámicas de dependencia afectiva es la escasa regulación autónoma de las pro-

pias emociones. En este sentido, la posibilidad de pedir ayuda se valora como una estrategia significativa para contener el sufrimiento mediante la cercanía de amistades o de profesionales que garanticen la privacidad, en coherencia con la edad y la necesidad de autonomía, así como con el aprendizaje de nuevas estrategias.

Resulta especialmente significativo que muchos estudiantes hayan identificado de manera autónoma que una intimidad genuina con el otro —en cualquier ámbito— no puede existir sin seguridad personal, planteándose y compartiendo reflexiones sobre las formas más efectivas para alcanzarla.

Consentimiento y comunicación

Los estudiantes mostraron escaso conocimiento respecto al consentimiento y las formas de comunicarlo. Sigue siendo un área ambigua y confusa, rara vez abordada con claridad. La manera en que el consentimiento se negocia y se percibe tiene un fuerte impacto emocional y psicológico sobre el recuerdo y la calidad de la experiencia sexual, especialmente en la “primera vez”.

Los adolescentes participantes en los encuentros pusieron gran énfasis en el derecho a pedir y expresar consentimiento, aunque mostraron gran incertidumbre respecto a las formas adecuadas para hacerlo. Esta dificultad generó un amplio debate entre iguales, tanto en los grupos pequeños como en los grandes. Ellos y ellas relacionan la posibilidad de hablar abiertamente sobre sexualidad y deseos de manera íntima y asertiva con el nivel de autoestima y seguridad personal. Frecuentemente, los grupos destacaron que la comunicación, en términos generales, favorece ampliamente una buena relación afectiva y sexual, estableciendo un vínculo directo entre el autoconcepto y las relaciones interpersonales.

En muchos grupos clase, el consentimiento se vinculó no solo al acto sexual, sino también a todas las decisiones y comportamientos que pueden influir en la vida compartida de la pareja: elección de entornos, actividades, solicitudes o decisiones personales con impacto en la otra persona.

La capacidad de expresar y solicitar consentimiento sexual parece estar asociada a habilidades

comunicativas más amplias, que se desarrollan a través de experiencias previas de diálogo y reconocimiento en otros ámbitos de la vida cotidiana. Quienes no han experimentado un diálogo abierto sobre sexualidad en sus entornos de referencia manifiestan sentirse más inseguros/as respecto a sus propios deseos o decisiones, y tienen mayor dificultad para comunicarlos. Esto aumenta el riesgo de vivir la sexualidad en contextos de escaso conocimiento entre las partes, con una comunicación inexistente o disociada del componente afectivo, donde el tema del consentimiento cobra especial relevancia.

Interferencias de la familia de la pareja

Un aspecto interesante de esta investigación fue analizar la influencia que los jóvenes sienten de su familia de origen en sus propias elecciones y comportamientos en el ámbito de la afectividad y la sexualidad.

En las clases que encontramos hemos observado que, especialmente en contextos donde hay una ausencia parental significativa o, por el contrario, una presencia excesivamente rígida y controladora, no solo el grupo de iguales sino también los contenidos mediáticos son consumidos con menor espíritu crítico. Esto se traduce en una mayor dependencia del juicio externo y en un escaso desarrollo de un pensamiento autónomo y reflexivo.

Además, la familia actúa como transmisora de normas, reglas y valores también de forma indirecta, a través de los comportamientos cotidianos de sus integrantes. Por tanto, la educación en el respeto hacia los demás —especialmente en lo que concierne al reconocimiento y la igualdad de género— es percibida por los jóvenes observando las dinámicas familiares que viven a diario.

Estas experiencias familiares parecen incidir de forma significativa en la manera en que los adolescentes se aproximan a sus relaciones afectivas y sexuales, ya sea con seguridad y apertura, o bien con temor, rigidez o desconfianza.

La primera vez

Para abordar estas temáticas, se propusieron actividades orientadas a fomentar una reflexión sobre aquellos aspectos que los adolescentes

consideran favorables para vivir esta experiencia en el momento actual de su vida, así como sobre los motivos por los que tal vez aún no se sienten preparados, reconociendo el valor de tomarse más tiempo si así lo necesitan.

Asimismo, se les invitó a explorar posibles diferencias o estereotipos de género mediante ejercicios de empatía con el sexo opuesto, incluyendo reportes anónimos. Estas actividades revelaron unánimemente que las discrepancias reales entre los deseos y los temores de chicos y chicas son mínimas, lo que ayudó a deconstruir estereotipos superficiales sobre el tema.

Los adolescentes participantes señalaron con frecuencia sentir una fuerte presión social respecto a la conveniencia de no postergar demasiado esta experiencia. En este contexto, expresaron el temor de ser discriminados por sus pares o considerados de escaso valor. El miedo al juicio y la presión del grupo parecen influir especialmente cuando hay una percepción de fragilidad personal. Por el contrario, la capacidad de decidir de forma autónoma el momento oportuno y la elección de la persona “adecuada” con quien vivir esta primera experiencia se asocia a una imagen de sí más positiva y a una red social más protectora.

Durante este proceso, los grupos clase subrayaron que escuchar las propias sensaciones en presencia del otro, así como contar con un tiempo suficiente para el conocimiento mutuo entre las personas implicadas, son los factores que más contribuyen a una vivencia positiva de la primera experiencia sexual. Esto aumenta la posibilidad de conservar un recuerdo agradable, evitando adherirse a expectativas rígidas y respetando las propias necesidades.

Violencia interrelacionar

Los adolescentes han identificado conductas que consideran violentas no solo en el plano físico, sino también en el psicológico. Han relacionado estas dinámicas con lo que observan en el mundo adulto, reflexionando de manera compleja e integral sobre cómo el escenario social se vincula estrechamente con las conductas individuales.

Parece que los adolescentes perciben como legítimos el control y los celos, considerándolos fenómenos normales dentro de las relaciones

afectivas e incluso elementos esenciales para validar la autenticidad de la relación. No menos relevante es la dimensión del silencio y la vergüenza, que a menudo impide la solicitud de ayuda o la denuncia, generando un clima de impunidad relacional.

Llama la atención que las clases que mostraron menor empatía hacia estos fenómenos y frente a la violencia de género correspondían precisamente a contextos donde los adolescentes describieron a sus familias como más ausentes y menos sostenedoras. Por el contrario, en contextos en los que los padres estaban más presentes e influían positivamente desde el punto de vista educativo, se observó una mayor capacidad de los jóvenes para identificar la violencia de género y, en general, la violencia interrelacional con mayor precisión y conciencia, así como un mayor respeto por el valor y el consentimiento del otro. En este segundo escenario, también se encontraron disponibles más herramientas y modelos útiles para enfrentar el conflicto con la pareja o negociar aspectos considerados relevantes.

Discusión

Los datos recogidos se relacionan con las características específicas del alumnado participante, teniendo en cuenta —como ya se ha señalado— que la primera parte del programa, de carácter sanitario, es inseparable de la segunda parte, conducida por el psicólogo escolar. Esta última permite explorar y profundizar, mediante una metodología adecuada, en las expectativas, creencias, prejuicios y fantasías de los adolescentes en torno a la sexualidad y al encuentro con el otro.

Cuando hablamos de características específicas de los participantes, nos remitimos a la teoría de los *scripts* sexuales (Simon y Gagnon, 2003), considerando así que la sexualidad está profundamente entrelazada con parámetros de naturaleza social, no solo en relación con su manifestación —es decir, los comportamientos que se adoptan—, sino aún más con respecto a las premisas y consecuencias de dichos comportamientos. Los *scripts* sexuales inciden de forma significativa en la representación de uno mismo y del otro, contribuyendo a generar dinámicas

que entrelazan las dimensiones personal, interpersonal y social.

Los estudiantes que participaron parecen manifestar interés por las mismas temáticas cuando piensan en una relación afectiva y sexual, pero la manera en que estas son vividas, abordadas y discutidas en el aula varía en función del contexto sociocultural y, por tanto, frecuentemente también del entorno escolar de pertenencia.

Esto nos permite no solo explorar e interactuar con los distintos grupos de forma compleja y específica, sino también definir y adoptar acciones de prevención e intervención adecuadas. Por tanto, los profesionales no emplean métodos de intervención rígidos ni estandarizados, sino que —siguiendo una metodología científicamente validada en la literatura— orientan sus actividades y el diálogo con los estudiantes de manera específica, teniendo en cuenta las variables culturales y sociales que definen tanto el contexto escolar como la composición concreta de cada grupo clase.

El proyecto prevé, además —según los principios y fundamentos ya expuestos— que estos aspectos se compartan con el profesorado y se tengan en consideración por parte del servicio competente, el consultorio para adolescentes que recoge y gestiona la demanda de atención de los jóvenes en lo que respecta a consultas médicas y sanitarias vinculadas a la sexualidad y a la anticoncepción.

El trabajo ha considerado el tema de la dependencia afectiva, que se define como una necesidad compulsiva de relaciones que persiste a pesar de sus consecuencias adversas (Reynaud et al., 2010). Aunque no está explícitamente incluida en el DSM-5, comparte múltiples características con las denominadas nuevas adicciones (American Psychiatric Association, 2013). Las dinámicas de la dependencia afectiva recuerdan, de hecho, los mecanismos propios de las adicciones a sustancias o de tipo conductual.

La investigación ha demostrado que las personas con un estilo de apego preocupado o evitativo tienden a vivir el amor de forma obsesiva y dependiente, tanto en hombres como en mujeres (Ahmadi et al., 2013; Honari et al., 2015). Por el contrario, un estilo de apego seguro influye positivamente en la calidad de las relaciones a lo largo de la vida, disminuyendo el riesgo de

establecer vínculos afectivos patológicos o disfuncionales (Sussman, 2010).

Estas premisas evidencian cuán determinantes son las primeras experiencias de cuidado en el desarrollo relacional y afectivo de una persona, y cómo la adolescencia representa una oportunidad clave para identificar malestares psicológicos antes de que se estructuren como problemáticas más severas, en relación con el amor, pero también con los propios sistemas de apego. Los adolescentes con fragilidades en sus vínculos afectivos primarios tienden a iniciar precozmente su vida sexual como una forma de mantener cercanía y seguridad con la pareja (Tracy et al., 2003). Los preadolescentes con estilos de apego evitativo o distante suelen abordar la sexualidad negando sus propias necesidades y temores, evitando relaciones sexuales con implicaciones afectivas y prefiriendo, en cambio, conductas sexuales ocasionales y sin protección (Bogaert y Sadava, 2002). Otros estudios han puesto en evidencia cómo la evitación de emociones percibidas como peligrosas puede llevar a actuar impulsivamente en el ámbito sexual, a menudo mediante comportamientos poco protectores (Baldoni, 2002).

Sabemos que durante la adolescencia las funciones del apego tienden a desplazarse de los padres hacia los iguales y hacia la pareja. La posibilidad de establecer una relación íntima en esta etapa tiene un impacto significativo tanto en el desarrollo de la identidad (Furman y Shaffer, 2003) como en los futuros resultados vitales asociados al proceso de convertirse en persona.

La dependencia afectiva en los contextos escolares analizados parece estar asociada no solo a fragilidades personales, sino también a carencias en la red de apoyo. Los adolescentes que se sienten con menos puntos de referencia, menos satisfacción en sus actividades cotidianas, una autoestima frágil y mayores dificultades para gestionar afectos negativos, tienden a presentar un mayor riesgo de desarrollar dinámicas afectivas y relacionales disfuncionales, tanto en el encuentro físico real como en las interacciones digitales con sus parejas. Estos mismos factores también se relacionan con un menor pensamiento crítico y una mayor adhesión a estereotipos de género rígidos, donde el control

y los celos se convierten en estrategias relacionales violentas para restablecer una sensación de dominio sobre el otro, en detrimento de una auténtica intimidad.

El segundo aspecto, el consentimiento sexual, se define como un acuerdo claro, libre e informado para participar en una actividad sexual. En la literatura, se describe como “un proceso comunicativo dinámico mediante el cual las personas expresan su voluntad de implicarse en una actividad sexual, en ausencia de coacción, manipulación, amenazas o incapacidad para decidir libremente” (Muehlenhard et al., 2016).

Muchos adolescentes confunden la disponibilidad relacional (por ejemplo, “nos estamos conociendo”) con un “sí” implícito. Este es uno de los motivos por los que la educación sexual resulta tan necesaria. El consentimiento no es un permiso otorgado una vez para siempre, sino un diálogo continuo. Puede expresarse: verbalmente (“sí, me apetece”, “así está bien”, “sigue”), no verbalmente, de forma clara e inequívoca (acercarse, responder positivamente al contacto), a través del *feedback* mutuo durante la interacción.

Es importante recordar que la ausencia de un “no” no es un “sí”. El silencio o la inmovilidad deben interpretarse como una señal de falta de consentimiento. En educación afectivo-sexual, se suele enseñar la regla FRIES (*Planned Parenthood*): *Freely given* (dado libremente), *Reversible* (reversible en cualquier momento), *Informed* (informado), *Enthusiastic* (entusiasta) y *Specific* (específico) (Planes Parenthood Federation of America, 2025).

Un punto clave es ayudar a los adolescentes a sentirse autorizados/as para pedir confirmación (“¿Te gusta?”, “¿Quieres parar?”) y a expresar claramente sus propios límites.

Cuando el consentimiento es claro y mutuo, las emociones predominantes tras la experiencia son satisfacción, sentido de autoeficacia y fortalecimiento de la autoestima (Impett y Tolman, 2006).

Cuando el consentimiento es ambiguo o percibido como presión —aunque no exista violencia explícita— pueden aparecer sentimientos posteriores de arrepentimiento, culpa, confusión o malestar (Muehlenhard y Peterson, 2005). El grado de comunicación incide directamente en

las expectativas: quienes han podido expresar deseos y límites tienden a desarrollar una imagen positiva de la sexualidad; quienes han vivido situaciones de pasividad o falta de capacidad de agencia tienden a repetir patrones de silencio o resignación (Hickman y Muehlenhard, 1999).

En otras palabras, la calidad del consentimiento influye directamente en la autorrepresentación de la experiencia sexual y, por tanto, en la construcción de la propia identidad sexual y relacional.

El trabajo conjunto en el aula mostró que estas competencias, aunque inicialmente percibidas como frágiles, son desarrollables y ejercitables por parte de los adolescentes. Muchos de ellos y ellas identificaron las relaciones de pareja como verdaderas oportunidades de aprendizaje, capaces de transformarse en espacios de desarrollo personal y emocional. Sin duda, el debate en clase estimula la capacidad de cada uno para expresarse con respeto hacia los demás, desde las interacciones cotidianas.

La Organización Mundial de la Salud ha subrayado que, en el ámbito de los derechos sexuales, la escuela y la familia tienen la responsabilidad de fomentar en los jóvenes la capacidad de aprender ejercitando el pensamiento crítico. A través de la relación con los progenitores y del modelo que estos representan, los adolescentes aprenden el sentido del respeto hacia sí mismos y hacia los demás (Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS & BZgA, 2010).

La experiencia relacional con adultos significativos constituye un requisito fundamental para el desarrollo de la autoeficacia y la autonomía personal, así como para la adquisición de competencias útiles en la gestión de conflictos o en la negociación dentro de la pareja. El diálogo en el ámbito familiar representa una primera oportunidad de sentirse reconocidos como sujetos en las relaciones, y no simplemente como objetos; una experiencia que favorece un sentido de sí más estable y positivo, promoviendo también relaciones más respetuosas y simétricas con los demás.

Cuando hablamos de educación afectivo-sexual, no nos referimos únicamente a la transmisión de información por parte de las familias hacia sus hijos o al apoyo que puedan ofrecer en el

acceso a los servicios especializados. Consideramos también la propia relación entre padres e hijos, ya que esta conlleva un fuerte contenido simbólico y afectivo.

Las investigaciones confirman que una presencia parental de tipo afectivo y de apoyo se asocia con un mayor uso de métodos anticonceptivos y un inicio más tardío de la actividad sexual (Simons et al., 2016).

Estos aspectos presentes en la literatura han sido validados por nuestro estudio; los jóvenes perciben tanto la ausencia como la excesiva presencia parental como una influencia disfuncional en relación con su afectividad y sexualidad, reconociendo un valor en la intervención o, paradójicamente, en la no intervención de su familia de origen.

Hemos abordado el importante tema de la primera experiencia sexual con los jóvenes. Sobre este aspecto, estudios muestran que la adolescencia es un periodo caracterizado por fuertes expectativas emocionales respecto a la primera experiencia sexual: expectativas románticas (que se trate de un evento “significativo” en pareja); expectativas de rendimiento (que “salga bien” en el primer intento); temores al juicio (especialmente en las chicas); y presiones del grupo (especialmente en los chicos).

Por ejemplo, la investigación de Sprecher y Regan (1996) evidenció que muchos adolescentes tienden a idealizar la primera vez como una prueba de madurez y de valor personal. Cuando esta experiencia se vive con incertidumbre o con un consentimiento ambiguo, aumenta la probabilidad de que sea recordada con arrepentimiento.

Educar en el consentimiento implica también normalizar la posibilidad de decir que no, de esperar, de elegir cómo y con quién vivir esa experiencia, y de no adherir a modelos estereotipados (“tengo que hacerlo porque todos lo hacen”). Los jóvenes han puesto de relieve que escuchar las propias sensaciones en presencia del otro, así como contar con un tiempo suficiente para el conocimiento mutuo entre las personas implicadas, son los factores que más contribuyen a una vivencia positiva de la primera experiencia sexual.

Este se considera un momento clave dentro del proceso de investigación-acción, ya

que permite recoger el punto de vista de la generación actual respecto a estas temáticas, ofreciéndoles una experiencia en vivo con un potencial positivo y transformador. El espacio de diálogo favorece la explicitación de necesidades auténticas, permitiendo cuestionar posibles factores limitantes vinculados a la presión social, los estereotipos o posibles vulnerabilidades personales.

La violencia intrarrelacional en las relaciones afectivas durante la adolescencia, conocida en la literatura como *teen dating violence*, representa un fenómeno ampliamente difundido pero a menudo subestimado en sus implicaciones psicológicas y relacionales. Los jóvenes señalaron que dichas experiencias no suelen ser episódicas, sino que se insertan en patrones relacionales caracterizados por la normalización de la posesividad, los celos y las amenazas como pruebas de amor y lealtad. Muchos de ellos han vivido episodios de abuso digital, desde el control de dispositivos móviles hasta la difusión no consentida de imágenes íntimas.

Estas formas de violencia tienen un impacto considerable en el desarrollo psicosocial: los adolescentes expuestos a maltratos intrarrelacionales presentan con mayor frecuencia síntomas depresivos, ansiedad crónica, conductas autolesivas y mayor aislamiento social. La vulnerabilidad se ve alimentada por la aceptación de estereotipos de género y la ausencia de modelos relacionales alternativos, lo cual dificulta el reconocimiento de conductas abusivas como tales. ¿Cuánto contribuye el entorno social a normalizar las formas de violencia en el ámbito afectivo y sexual? Ciertamente, la reflexión de los adolescentes ha dado prioridad a cuestionar los formatos mediáticos difundidos y la influencia de la pornografía en los roles y normas de género. En el marco de los *scripts* sexuales, la investigación ha mostrado que la exposición a medios pornográficos violentos incrementa la probabilidad de que los espectadores adopten conductas más violentas en sus relaciones afectivas y sexuales (Rostad et al., 2019); específicamente, la violencia se manifiesta en creencias y comportamientos misóginos (Mikorski y Szymanski, 2017). Esta tendencia contribuye a la reproducción de guiones sexuales violentos y marcados por estereotipos de género, que

dejan a los adolescentes poco preparados y emocionalmente frágiles ante una verdadera intimidad con sus parejas, afectando negativamente sus trayectorias vitales.

La pornografía violenta del *mainstream* parece centrar su atractivo en la no consensualidad como fetiche principal ofrecido al usuario. No nos referimos aquí al *consensual non-consent* típico del ámbito BDSM (bondage, dominación, sadismo, masoquismo), que representa un fenómeno menor, sino a la difusión masiva de material violento que impacta directamente en los *scripts* sexuales, lo cual resulta especialmente preocupante cuando se considera a usuarios adolescentes o preadolescentes.

Las actividades desarrolladas fueron significativas para estimular el pensamiento crítico sobre esta temática y para ofrecer referencias concretas que orienten a los jóvenes en relación con los fenómenos de violencia interpersonal en contextos afectivos y sexuales, incluyendo la identificación de servicios e instituciones a los cuales recurrir en caso de necesidad. Las dinámicas utilizadas permitieron activar la reflexión crítica de los participantes y ofrecer oportunidades para reconocer la gravedad de ciertos fenómenos de violencia intrarrelacional, sus mecanismos de funcionamiento y su correlación con un escenario social más amplio, incluso mediático.

También en el tema de la violencia relacional, la investigación-acción ofrece aportes importantes. Se crea la posibilidad de confrontarse sobre normas y valores que conciernen y regulan las dinámicas agresivas y violentas. Las actividades estimulan, mediante el diálogo, elementos educativos y protectores, constituyendo una oportunidad valiosa para los jóvenes, especialmente en aquellos contextos donde las familias no logran estar suficientemente o adecuadamente presentes.

Las actividades de educación afectiva y sexual parecen además ayudar a los jóvenes a deconstruir prejuicios hacia las figuras profesionales que operan en estos servicios, favoreciendo una mayor confianza a la hora de pedir ayuda, al generar una experiencia positiva previa que incrementa la probabilidad de acceder posteriormente a un servicio especializado en caso de dificultad personal o relacional.

Conclusiones

Un aspecto relevante que emerge de nuestra investigación y del *retrato* de los jóvenes es la fuerte preocupación expresada por los adolescentes respecto a la posibilidad de que la intimidad con otra persona se transforme en dinámicas de dependencia y coerción. El debate ha puesto en evidencia, como primer punto de atención, precisamente el tema de la dependencia afectiva. Resulta significativo, en este sentido, que en una etapa evolutiva como la adolescencia —caracterizada por una progresiva separación del núcleo familiar como paso fundamental hacia el crecimiento— el deseo de encontrar una “distancia adecuada” con el otro y la necesidad de vivir la intimidad sin quedar atrapados en nuevas formas de dependencia, se configuren como preocupaciones primordiales, especialmente en el actual contexto social. La sociedad actual arraiga cada vez más los procesos y las acciones en la tecnología y en sus infinitas posibilidades. Si bien esto representa sin duda un potencial, consideramos que para los jóvenes en formación también puede ser un posible obstáculo para el desarrollo de formas saludables de separación y no control en su esfera afectiva y relacional.

El diálogo ha puesto de manifiesto la importancia de que chicos y chicas puedan cultivar espacios de vida personales y diversificados, construir y mantener relaciones y actividades significativas —familiares, amistosas, afectivas, formativas— que alimenten el sentido de identidad y autonomía. Las actividades propuestas han constituido, en este sentido, una experiencia concreta de contacto con las propias emociones, permitiendo explorar la percepción de sí mismos en el intercambio con sus pares, dentro de un entorno protegido y guiado por el adulto.

El debate sobre el consentimiento y la comunicación entre parejas ha representado otra oportunidad valiosa para aprender a afrontar estas temáticas desde el respeto mutuo. Ha surgido con claridad cómo aquellos que han experimentado contextos familiares positivos de diálogo muestran una mayor disposición a la comunicación sana y abierta también dentro del grupo clase, confirmando lo que la literatura señala sobre el vínculo entre experiencias

de apego primario y competencias relacionales posteriores. Estos elementos han permitido a los operadores desempeñar, especialmente con los adolescentes más vulnerables, una función que no se ha limitado a ofrecer una experiencia positiva de relación, sino que se ha extendido hacia un acompañamiento informativo orientado a dar a conocer la posibilidad de sentirse respaldados también por los servicios del territorio. En este sentido, se ilustró la posibilidad de acceder a servicios de orientación psicológica, concebidos para reforzar las competencias relacionales y emocionales propias, e identificar formas más funcionales de gestión de las dificultades.

En conclusión, los datos recogidos y las experiencias compartidas durante las actividades han confirmado la centralidad de un enfoque educativo integrado, capaz de apoyar a los adolescentes en la construcción de una identidad afectiva y relacional consciente y respetuosa. La posibilidad de tratar, en un contexto protegido, temas a menudo percibidos como complejos o delicados, ha contribuido a reducir sentimientos de aislamiento y a normalizar el intercambio sobre vivencias comunes. A futuro, resulta fundamental continuar y fortalecer estos recorridos, insertándolos de manera estructural en una red de colaboración entre escuelas, familias, servicios socio-sanitarios y organizaciones sociales.

Estas intervenciones deberían prever herramientas de monitoreo y evaluación capaces de medir, a lo largo del tiempo, los efectos en los niveles de conciencia, en las competencias comunicativas y en la percepción de autoeficacia de los jóvenes. También es importante invertir en la formación de los adultos de referencia, reconociéndola como una palanca estratégica para fomentar una cultura compartida de la responsabilidad y el respeto mutuo.

En un momento en el que la comunicación digital tiende a reducir la complejidad de las emociones y a simplificar las relaciones en categorías rígidas, se vuelve esencial recuperar espacios de diálogo que reconozcan la pluralidad de experiencias y la legitimidad de los recorridos individuales. La escuela y los servicios educativos, junto con las familias, pueden constituir un espacio de reflexión y cultura, capaz de contrarrestar modelos relacionales basados en

la competencia, el miedo y la violación de los límites.

Invertir en la creación de entornos educativos que valoren la escucha auténtica y el reconocimiento no representa solo un compromiso ético, sino una prioridad para el bienestar juvenil, y para la prevención de formas de malestar, violencia y exclusión. En esta perspectiva, la educación afectivo-sexual adquiere un sentido que trasciende lo meramente informativo, convirtiéndose en un proceso transformador, capaz de crear condiciones para una ciudadanía consciente y para relaciones marcadas por la dignidad, la libertad y el cuidado mutuo.

Es necesario subrayar que un recorrido educativo de este tipo no puede reducirse a intervenciones puntuales, sino que requiere continuidad, coherencia y un compromiso constante en el tiempo, capaz de involucrar a todos los adultos significativos. Los adultos, en su función educativa y afectiva, tienen la responsabilidad de encarnar con coherencia los valores que desean transmitir, reconociendo su propia vulnerabilidad y fomentando relaciones en las que sea posible nombrar los conflictos sin temor al juicio.

El encuentro intergeneracional, cuando se basa en la disponibilidad auténtica a la escucha y al intercambio, se convierte en el terreno en el que los miedos pueden transformarse en conocimiento, las fragilidades en recursos y la soledad en pertenencia. Es en esta dimensión de comunidad educativa donde se arraiga la esperanza de un futuro en el que la esfera afectiva y sexual sea reconocida como un espacio de conciencia, respeto y crecimiento compartido.

Nos corresponde a cada uno de nosotros, como profesionales, educadores, madres, padres y ciudadanos, contribuir activamente a este cambio cultural, ofreciendo a los jóvenes herramientas de comprensión, oportunidades de diálogo y la posibilidad de experimentar relaciones basadas en la autenticidad y el reconocimiento mutuo.

En definitiva, acompañar a los adolescentes en un recorrido de educación afectivo-sexual significa reconocer y apoyar su natural impulso hacia la autonomía y la búsqueda de vínculos significativos. Significa también ofrecer herramientas para comprender que la libertad relacional no está en contradicción con el respeto del otro,

sino que representa su forma más plena. La calidad de esta inversión se mide en la capacidad de crear contextos en los que cada joven pueda sentirse acogido en su unicidad, libre para expresar necesidades y temores, y para vivir relaciones fundadas en la responsabilidad compartida y la confianza recíproca.

Es en la concreción de estos gestos —la escucha, el reconocimiento, la disponibilidad a acompañar— donde se arraiga la posibilidad de un futuro en el que la dimensión afectiva y sexual deje de ser un lugar de dominación o vergüenza, y se transforme en un terreno de conciencia, dignidad y crecimiento personal.

Bibliografía

- Ahmadi, V., Davoudi, I., Ghazaei, M. y Mardani, M. (2013). Prevalence of obsessive love and its association with attachment styles. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 696-700.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.
- Baldoni, G. (2002). *Adolescenza: Il tempo delle emozioni*. Carocci Editore.
- Bogaert, A. F. y Sadava, S. (2002). Adult attachment and sexual behavior. *Personal Relationships*, 9(2), 191-204.
<https://doi.org/10.1111/1475-6811.00012>
- Brown, J. D., L'Engle, K. L., Pardun, C. J., Guo, G., Kenneavy, K. y Jackson, C. (2006). Sexy media matter: exposure to sexual content in music, movies, television, and magazines predicts black and white adolescents' sexual behavior. *Pediatrics*, 117(4), 1018-1027.
<https://doi.org/10.1542/peds.2005-1406>
- Centers for Disease Control and Prevention (2019). *Preventing teen dating violence*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control. Recuperado de:
<https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimate-partner-violence/teen-dating-violence>
- Furman, W. y Shaffer, L. (2003). *The role of romantic relationships in adolescent development*. En P. Florsheim (Ed.), *Adolescent romantic relations and sexual behavior: Theory, research, and practical implications*. Lawrence Erlbaum Associates (pp. 3-22).

- Hald, G. M., Malamuth, N. M. y Yuen, C. (2010). Pornography and attitudes supporting violence against women: revisiting the relationship in nonexperimental studies. *Aggressive behavior*, 36(1), 14-20.
<https://doi.org/10.1002/ab.20328>
- Hernández, C. D., Barroso, F. G. y Martín-Palomino, E. T. (2004). Pornography Consumption and Sexual Behaviors in Spanish Adolescents and Young Adults: Findings from a Sample of Girls and Boys Aged 15 to 29 Years, *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 13(3), 156 - 174.
<http://dx.doi.org/10.17583/generos.14080>
- Hickman, S. E. y Muehlenhard, C. L. (1999). "By the semi-mystical appearance of a condom": How young women and men communicate sexual consent in heterosexual situations. *Journal of Sex Research*, 36(3), 258-272.
- Honari, B. y Saremi, A. A. (2015). The study of relationship between attachment styles and obsessive love style. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 165, 152-159.
- Impett, E. A. y Tolman, D. L. (2006). Late Adolescent Girls' Sexual Experiences and Sexual Satisfaction. *Journal of Adolescent Research*, 21(6), 628-646.
<https://doi.org/10.1177/0743558406293964>
- Kirby, D., Short, L., Collins, J., Rugg, D., Kolbe, L., Howard, M., Miller, B., Sonenstein, F. y Zabin, L. S. (1994). School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, 109(3), 339-360.
- Madigan, S., Ly, A., Rash, C. L., Van Ouytsel, J. y Temple, J. R. (2018). Prevalence of multiple forms of sexting behavior among youth: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 172(4), 327-335.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.5314>
- Mikorski, R. y Szymanski, D. M. (2017). Masculine norms, peer group, pornography, Facebook, and men's sexual objectification of women. *Psychology of Men & Masculinity*, 18(4), 257-267.
<https://doi.org/10.1037/men0000058>
- Muehlenhard, C. L. y Peterson, Z. D. (2005). III. Wanting and Not Wanting Sex: The Missing Discourse of Ambivalence. *Feminism & Psychology*, 15(1), 15-20.
<https://doi.org/10.1177/0959353505049698>
- Muehlenhard, C. L., Humphreys, T. P., Jozkowski, K. N. y Peterson, Z. D. (2016). The Complexities of Sexual Consent Among College Students: A Conceptual and Empirical Review. *Journal of sex research*, 53(4-5), 457-487.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1146651>
- Osservatorio "Giovani e Sessualità", Durex, & Skuola.net, en colaboración con EbiCo (2023). 6ª Edizione del Osservatorio "Giovani e Sessualità". Recuperado de <https://www.skuola.net/news/inchiesta/giovani-sessualita.html>
- Panzeri, A., Bertamini, M., Butter, S., Levita, L., Gibson-Miller, J., Vidotto, G., Bentall, R. P., y Bennett, K. M. (2021). Factors impacting resilience as a result of exposure to COVID-19: The ecological resilience model. *PloS one*, 16(8), e0256041.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256041>
- Patchin, J. W. y Hinduja, S. (2020). It is Time to Teach Safe Sexting. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 66(2), 140-143.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.10.010>
- Pathmendra, P., Raggatt, M., Lim, M. S., Marino, J. L. y Skinner, S. R. (2023). Exposure to pornography and adolescent sexual behavior: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 25.
<https://doi.org/10.2196/43116>
- Peter, J. y Valkenburg, P. M. (2013). Adolescents' exposure to sexually explicit internet material and sexual preoccupation: A three wave panel study. *Media Psychology*, 11(3), 207-234.
<https://doi.org/10.1080/15213260801994238>
- Planned Parenthood Federation of America (n.d.). *What is consent?* Planned Parenthood. Recuperado el 7 de octubre de 2025, de <https://www.plannedparenthood.org/learn/relationships/consent>
- Reynaud, M., Karila, L., Blecha, L. y Benyamina, A. (2010). Is love passion an addictive disorder? *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(5), 261-267.
<https://doi.org/10.3109/00952990.2010.495183>
- Rostad, W. L., Gittins-Stone, D., Huntington, C., Rizzo, C. J., Pearlman, D. y Orchowski, L. (2019). The Association Between Exposure to Violent Pornography and Teen Dating Violence

- in Grade 10 High School Students. *Archives of sexual behavior*, 48(7), 2137–2147.
<https://doi.org/10.1007/s10508-019-1435-4>
- Russell, S. T. y Fish, J. N. (2016). Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth. *Annual review of clinical psychology*, 12, 465–487.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153>
- Simon, W. y Gagnon, J. H. (2003). Sexual Scripts: Origins, Influences and Changes. *Qualitative Sociology*, 26, 491–497.
<https://doi.org/10.1023/B:QUAS.0000005053.99846.e5>
- Simons, L. G., Sutton, T. E., Simons, R. L., Gibbons, F. X. y Murry, V. M. (2016). Mechanisms that link parenting practices to adolescents' risky sexual behavior: A test of six competing theories. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(2), 255–270.
<https://doi.org/10.1007/s10964-015-0409-7>
- Sprecher, S. y Regan, P. C. (1996). College virgins: How men and women perceive their sexual status. *Journal of Sex Research*, 33(1), 3–15.
<https://doi.org/10.1080/00224499609551810>
- Sussman, S. (2010). Love Addiction: Definition, Etiology, Treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17(1), 31–45.
<https://doi.org/10.1080/10720161003604095>
- Strassberg, D. S., Rullo, J. E. y Mackaronis, J. E. (2014). The sending and receiving of sexually explicit cell phone photos (“Sexting”) while in high school: One college’s students’ retrospective reports. *Computers in Human Behavior*, 41, 177–183.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.09.008>
- Tintori, A., Cerbera, L. y Ciancimino, G. (2023). Lo stato dell’adolescenza 2023. Indagine nazionale su atteggiamenti e comportamenti di studentesse e studenti di scuole pubbliche secondarie di secondo grado. *IRPPS Working Papers*, 135.
- Tracy, J. L., Shaver, P. R., Albino, A. W. y Cooper, M. L. (2003). Attachment styles and adolescent sexuality. En P. Florsheim (Ed.), *Adolescent romantic relations and sexual behavior: Theory, research, and practical implications* (pp. 137–159). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Ufficio Regionale per l’Europa dell’OMS y BZgA (2010). *Standard per l’educazione sessuale in Europa: Quadro di riferimento per responsabili delle politiche, autorità scolastiche e sanitarie, specialisti*. WHO Regional Office for Europe & BZgA.
https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Standards_it.pdf
- Ufficio Regionale per l’Europa dell’OMS & BZgA (2014). *Standard per l’educazione Sessuale in Europa*.
- UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women y WHO (2018). *International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach (2nd ed.)*. UNESCO. Recuperado de
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/sexual-health/international-technical-guidance-on-sexuality-education.pdf?sfvrsn=10113efc_29&download=true
- UNESCO (2018). *International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach*.
- Valkenburg, P. M. y Peter, J., (2013). The differential susceptibility to media effects model. *Journal of Communication*, 63(2), 221–243.
<https://doi.org/10.1111/jcom.12024>
- Vanwesenbeeck I. (2020). *Comprehensive sexuality education, in Oxford research encyclopedia of global public health*. Oxford University Press.
- Ybarra, M. L. y Mitchell, K. J. (2014). “Sexting” and its relation to sexual activity and sexual risk behavior in a national survey of adolescents. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 55(6), 757–764.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.07.012>

Apoyo individualizado a la inserción laboral de jóvenes en el proyecto de atención a adolescentes con trastornos psiquiátricos

STEFANO COSTA^{1A} Y VALENTINA RONCAGLIA^{2A}

RESUMEN

Apoyo individualizado a la inserción laboral de jóvenes en el proyecto de atención a adolescentes con trastornos psiquiátricos. El apoyo individualizado a la inserción laboral de jóvenes (IPS Young) es una forma de intervención psicosocial que se aplica en casos graves y urgentes de psicopatología adolescente, dentro de la Unidad Operativa de Psiquiatría y Psicoterapia de la Edad Evolutiva del DSM-DP de la AUSL de Bologna. Se ha realizado un estudio de casos sobre 40 jóvenes (de 14 a 18 años) tratados con el método IPS Young en el trienio 2021-2023, llevando a cabo una medición de los resultados relativos al funcionamiento social, medida con la escala CGAS, y a la eficacia de la intervención. **Palabras clave:** *intervención psicosocial, adolescentes, trastornos psiquiátricos, inserción laboral, IPS Young.*

ABSTRACT

Individualized support for the employment integration of young people in the project for adolescents with psychiatric disorders. Individualized support for the employment of young people (IPS Young) is a form of psychosocial intervention applied in serious and urgent cases of adolescent psychopathology, within the DSM-DP Developmental Age Psychiatry and Psychotherapy Operational Unit of the AUSL in Bologna. A case study was conducted on 40 young people (aged 14 to 18) treated with the IPS Young method in the three-year period 2021-2023, measuring the results in terms of social functioning, as assessed using the CGAS scale, and the effectiveness of the intervention. **Keywords:** *psychosocial intervention, adolescents, psychiatric disorders, employment integration, IPS Young.*

RESUM

Suport individualitzat a la inserció laboral de joves en el projecte d'atenció a adolescents amb trastorns psiquiàtrics. El suport individualitzat a la inserció laboral de joves (IPS Young) és una forma d'intervenció psicosocial que s'aplica en casos greus i urgents de psicopatologia adolescent, dins de la Unitat Operativa de Psiquiatria i Psicoteràpia de l'Edat Evolutiva del DSM-DP de l'AUSL de Bolonya. S'ha realitzat un estudi de casos sobre 40 joves (d'entre 14 i 18 anys) tractats amb el mètode IPS Young en el trieni 2021-2023, duent a terme una mesura dels resultats relatius al funcionament social, mesurat amb l'escala CGAS, i a l'eficàcia de la intervenció. **Paraules clau:** *intervenció psicosocial, adolescents, trastorns psiquiàtrics, inserció laboral, IPS Young.*

Introducción

El apoyo individualizado a la inserción laboral de jóvenes (Individual Placement and Support [IPS]) es un programa de apoyo al empleo basado en la evidencia desarrollado en los Estados Unidos en la década de 1990 para adultos con enfermedades mentales graves (Becker y Drake,

1993). Con el tiempo, el método IPS se ha extendido a muchos países del mundo, demostrando ampliamente su eficacia.

El IPS se mueve desde la perspectiva de la recuperación, invirtiendo la práctica de proporcionar largas preparaciones previas al trabajo antes de encontrar un empleo (modelo *train and place*) para proponer, en su lugar, un modelo *place*

¹Médico, ²Psicóloga y operadora IPS, ^AUnidad Operativa de Psiquiatría y Psicoterapia de la Edad Evolutiva DSM-DP/AUSL de Bologna. Contacto: stefano.costa@ausl.bologna.it

Recibido: 31/3/25 - Aceptado: 9/9/25

and train, que prevé la asistencia a las personas en la búsqueda de un empleo en un plazo relativamente breve, para luego proporcionar una formación individualizada y un apoyo adecuado al tipo de trabajo encontrado y a las características de la persona (Fioritti et al., 2013).

Históricamente, la mayoría de los programas IPS se han implementado en centros de salud mental territoriales y han reclutado a adultos en edad laboral con enfermedades mentales graves.

Posteriormente, la metodología se ha extendido a otros subgrupos de la población: jóvenes en edad de transición, personas sin hogar, personas con adicción a sustancias, personas con diagnóstico de autismo o discapacidad del desarrollo (Swanson et al., 2017).

El IPS-Y es una implementación del método IPS dirigido a la población joven (14-25 años). Las reflexiones sobre este grupo de edad han dado lugar a la publicación de un manual dedicado íntegramente a los jóvenes que introduce, junto con el apoyo al empleo (*supported employment*), también el apoyo a los estudios (*supported education*) (Swanson et al., 2017).

En los últimos años, se han desarrollado programas IPS cada vez más especializados para subgrupos de la población joven, incluidos los jóvenes con enfermedades mentales sin hogar, los jóvenes que salen de centros comunitarios y los estudiantes de secundaria con problemas de salud mental.

Muchos estudios demuestran la eficacia del método IPS en la población joven en lo que respecta a la consecución de objetivos laborales (empleo con apoyo); sin embargo, son muy pocos los que confirman la eficacia del método en la consecución de objetivos escolares y formativos (educación con apoyo) (Bond et al., 2024).

Un estudio noruego (Sveinsdottir et al., 2020) sobre adultos jóvenes de entre 18 y 29 años demuestra que un número significativamente mayor de participantes en el programa IPS consiguió un empleo competitivo, en comparación con los pacientes a los que se les propuso unas prácticas tradicionales (48 % frente a 8 %; *odds ratio*, 10,39). El grupo que utilizó el método IPS obtuvo resultados significativamente mejores que el grupo tradicional también en términos de disminución de los trastornos subjetivos de salud, la sensación de impotencia y la desesperación, con resultados

significativamente mejores en áreas relacionadas con el optimismo sobre el bienestar futuro y la disminución del consumo de sustancias.

Otro estudio realizado en Italia (Pelizza et al., 2020), dirigido a adultos jóvenes en edad laboral (18-35 años) con enfermedades mentales de moderadas a graves y con una disfunción significativa en los 12 meses anteriores al inicio del programa IPS, reveló una tasa de empleo bruta del 40,7 % y una tasa de abandono bruta del 22,2 % en el periodo de seguimiento de tres años; sin embargo, la tasa bruta de empleo, cuando se somete a análisis estadístico (análisis de supervivencia), aumenta hasta el 66 % en los 42 participantes que permanecieron en el programa IPS durante un período superior a tres años.

Hasta la fecha, no tenemos constancia de estudios específicos sobre la aplicación del método a menores, y son pocos los estudios relacionados con el IPS en su versión para jóvenes.

Objetivo del estudio, material y método

El objetivo de este trabajo es presentar el modelo de intervención IPS Young implementado en el ámbito de un servicio dedicado a situaciones urgentes de psiquiatría adolescente y proporcionar datos sobre su eficacia.

El modelo IPS Young dentro de la Unidad Operativa de Psiquiatría y Psicoterapia de la Edad Evolutiva (PPEE)

Principios generales del método IPS. El método IPS se basa en ocho principios que los operadores deben seguir para garantizar su máxima eficacia (Fioritti et al., 2017):

- Objetivo de trabajo competitivo: los especialistas IPS ayudan a los clientes a conseguir un empleo en el mercado laboral libre.
- Apoyo integrado con el tratamiento de la patología mental: los servicios IPS están estrechamente integrados con el trabajo de los servicios de salud mental. Los especialistas IPS son miembros de equipos multidisciplinares que se reúnen periódicamente para examinar la evolución de la situación de los clientes.
- Exclusión cero: la participación en un programa IPS es una elección libre del cliente. Toda persona que desee trabajar es apta para el IPS, independientemente de su diagnóstico

psiquiátrico, sus síntomas, su historial laboral u otros problemas como el abuso de sustancias o los trastornos cognitivos.

- Atención a las preferencias del cliente: los servicios se basan en las preferencias y elecciones de los clientes, no en las evaluaciones o juicios de los profesionales.
- Asesoramiento sobre oportunidades económicas: los especialistas IPS ayudan a los clientes a acceder y mantener las prestaciones sociales y económicas, como la seguridad social, la asistencia médica, otras prestaciones económicas y las pensiones
- Búsqueda rápida de empleo: los especialistas IPS ayudan a los clientes a buscar trabajo directamente, en lugar de ofrecerles una selección dentro de la amplia gama de actividades previas al empleo, como la evaluación y la formación, o las experiencias laborales “protegidas”.
- Trabajo sistemático de desarrollo profesional: los especialistas IPS desarrollan relaciones con los empleadores de la zona en la que operan.
- Apoyo ilimitado en el tiempo: la duración del apoyo se individualiza y se basa en las peticiones y necesidades del cliente.

Aplicación del método dentro de la UO PPEE.

El método IPS-Y se introdujo en la UO PPEE en 2019. En 2021, nuestra Unidad Operativa acogió la primera *visita de fidelidad* en Italia relacionada con la aplicación del método IPS en su versión para jóvenes (Young). Los resultados de *la visita de fidelidad* confirmaron un buen cumplimiento de los principios del método, con puntos de excelencia en cuanto al trabajo integrado del equipo y al nivel de personalización de los itinerarios.

Criterios de acceso. Pueden acceder al programa IPS todos los jóvenes a cargo de la Unidad Operativa PPEE que estén motivados para retomar o continuar sus estudios, encontrar un trabajo, hacer ambas cosas o que estén indecisos en su elección. De acuerdo con los principios del método, nadie queda excluido de la posibilidad de acceder al itinerario, ni siquiera los casos más graves.

Tipo de intervención. La intervención IPS-Y es una intervención centrada en la persona (apoyo individual), a través de la cual los jóvenes reciben apoyo para definir sus objetivos (académicos y

profesionales) y a lo largo del camino para alcanzarlos. Dada la corta edad de los usuarios, la intervención se centra principalmente en el ámbito escolar, con la mirada puesta en el proyecto de vida y las perspectivas de futuro. Las intervenciones más frecuentes se refieren al rendimiento escolar, la reanudación de los estudios tras una interrupción y la reorientación escolar y formativa. La intervención IPS no puede prescindir del trabajo en equipo. El operador debe integrarse en el grupo de trabajo y colaborar con todos los demás operadores que participan de diversas maneras en la vida del joven.

Participación de la familia. Siempre se hacen partícipes a los padres en el proceso, en cierta medida. El grado de participación puede variar en función de la situación y los objetivos de la intervención.

Duración del proceso. El proceso IPS no tiene una duración preestablecida. Desde un punto de vista teórico, puede continuar mientras la persona lo considere necesario. Desde un punto de vista práctico, esto no es posible debido a las limitaciones objetivas relacionadas con el tiempo de permanencia en el Servicio y las horas disponibles del operador (16 horas semanales en el trienio en cuestión, 2021-2023). Otros motivos para dar por concluido el proceso pueden ser la escasa adhesión al proyecto (por parte del joven o de la familia) y la falta de motivación. En caso de traslado al Centro de Salud Mental, si el equipo lo considera oportuno, el proceso puede continuar con otro operador.

El operador IPS. La figura del operador IPS no requiere una formación específica. En Italia, el papel de operador lo desempeñan principalmente educadores y psicólogos. Los operadores siguen cursos de formación sobre el método y su aplicación (1).

Muestra clínica

Se analizaron los pacientes de la UO que se sometieron a una intervención IPS en el trienio 2021-2023. Para cada paciente, además de las variables relacionadas con el género, la edad y el diagnóstico, se realizó una evaluación del funcionamiento social mediante la escala CGAS, al inicio (T0) y al menos seis meses después del inicio del proceso IPS (T1).

Como factor que obstaculiza el proceso de

tratamiento, se evaluó la adhesión o no de los familiares a la filosofía de la intervención propuesta.

Por último, se evaluó la eficacia del método IPS teniendo en cuenta tres posibles resultados:

- Resultado *máximo positivo*: significa que el paciente se ha integrado positivamente en un proceso educativo o formativo que se mantiene estable incluso después de varios meses.
- Resultado *positivo medio*: significa que el paciente aún no ha logrado integrarse en un programa estructurado, pero ha alcanzado una conciencia con respecto a objetivos concretos relacionados con su proyecto de vida, abandonando hipótesis anteriores poco realistas.
- Resultado *negativo*: significa que el paciente no ha aceptado o ha abandonado el programa IPS, o que no se ha logrado ningún resultado significativo.

Resultados

Dentro de una población que cuenta unos 300 pacientes, el número de chicos y chicas a los que se les propuso la intervención IPS en el trienio investigado fue de 40 (el 13 % del total de casos): 21 eran chicos y 19, chicas. La edad media era de 16 años y medio, con un rango que iba de los 14 a los 18 años.

Los diagnósticos se recogen en la tabla 1 del anexo.

La puntuación media de la escala CGAS al inicio del tratamiento (T0) es de 50, lo que corresponde a la presencia de problemas evidentes de tipo psicopatológico en el funcionamiento; mientras que la puntuación media en T1, al menos seis meses después del inicio, es de 67, lo que corresponde a la presencia de solo algunos problemas en un área específica, con un funcionamiento general bastante adecuado; 29 pacientes (72 %) presentaban una puntuación superior a 60 en T1.

Se registró un aumento de 10 puntos en la escala en 35 jóvenes (87 %) y 16 jóvenes (40 %) mostraron un aumento de 20 puntos en la escala CGAS.

En siete casos (17 %) se detectó como factor que obstaculizaba el proceso de tratamiento la falta de adhesión de los padres a la filosofía de la intervención IPS y a las propuestas del operador.

El resultado de la intervención IPS según los parámetros descritos anteriormente se muestra en la Tabla 2 del anexo.

Discusión

Uno de los aspectos característicos del método IPS es el principio de *exclusión cero*; en nuestra práctica clínica, esto significa concretamente la inclusión de jóvenes con cualquier diagnóstico y con un funcionamiento social bastante comprometido.

El análisis de los diagnósticos de los usuarios a los que se les ha propuesto la intervención IPS Young muestra que es posible proponerla tanto a casos con cuadros patológicos de gravedad media, como los trastornos de ansiedad o depresivos, como a cuadros clínicos como los trastornos de la personalidad en los que, especialmente en la edad evolutiva, resulta complejo activar procesos de empoderamiento y compromiso que conlleven riesgos de frustración.

El rango de edad de los usuarios a los que se les ha propuesto el IPS Young, que va de los 14 a los 18 años, con una media de 16, aclara que esta metodología también se puede utilizar en la franja de edad escolar y que luego puede ser un elemento útil para la transición de los jóvenes más mayores, cercanos a la mayoría de edad.

La eficacia de la intervención se demuestra cuantitativamente tanto por la mejora en la escala CGAS sobre el funcionamiento social (el 87 % de los pacientes registra una mejora de 10 puntos y el 72 % muestra un buen funcionamiento en T1, partiendo de un funcionamiento medio bajo en T0), como por los parámetros específicos de resultado que hemos identificado para la intervención IPS (87,5 % de resultados positivos).

Desde el punto de vista cualitativo, además, nos parece importante destacar la relevancia del resultado obtenido en cuanto a una mayor conciencia sobre el proyecto de vida, elemento que se prevé específicamente en la evaluación de la fidelidad a la metodología IPS Young internacional y que evoca los aspectos señalados en la literatura sobre la disminución del sentimiento de impotencia y el aumento del optimismo con respecto al futuro. Este elemento de la capacidad de alcanzar una conciencia y la posibilidad

de responsabilizarse de objetivos y programas concretos es, sin duda, uno de los aspectos más difíciles y, al mismo tiempo, más importantes de alcanzar en la adolescencia.

También ha sido interesante observar que el elemento que más frecuentemente obstaculiza el proceso IPS Young no es tanto el abandono por parte de los jóvenes (12,5 %), sino la dificultad de los padres para comprender y adherirse a la filosofía de la intervención (17 %).

En el equipo de trabajo se ha establecido la práctica de incluir, entre las diferentes herramientas terapéuticas, la figura del operador y el método IPS Young. Esta incorporación no solo ha ampliado las posibilidades de intervención, sino que también ha enriquecido la perspectiva desde la cual se analizan los casos y se diseñan los proyectos. Asimismo, ha favorecido la integración efectiva del enfoque de la recuperación, entendido como el desarrollo del protagonismo activo de los jóvenes usuarios en relación con su propio proyecto de vida. Este enfoque garantiza también un mayor cumplimiento por parte de los chicos y de las chicas en su proceso de tratamiento, algo que no es fácil de conseguir en la adolescencia.

El análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados, con pruebas estandarizadas, confirma, por un lado, la eficacia del método, pero también, más en general, refuerza la costumbre de cuestionarse los resultados de las intervenciones llevadas a cabo y de prever de forma curricular el uso de herramientas de evaluación en la actividad clínica.

Conclusiones

El método IPS ha demostrado ser aplicable en la práctica en un grupo de adolescentes con trastornos psicopatológicos graves y resulta eficaz tanto en lo que se refiere a la formación profesional como, en términos más generales, a la orientación hacia un proyecto de vida.

Los casos presentados han puesto de manifiesto que, partiendo de situaciones de importante deterioro del funcionamiento social y con cuadros diagnósticos graves, es posible obtener una mejora significativa del funcionamiento social y una adhesión al programa IPS en casi el 90 % de los casos.

La promoción del protagonismo y la valoración compartida de los puntos fuertes de cada joven parece, en la fase adolescente, un elemento particularmente útil para mantener un enganche, iniciar y apoyar el proceso de curación que, con estas atenciones, se convierte en un proceso de orientación hacia la vida futura.

Traducción del italiano de Elena Venuti.

Notas

(1) Como los que ofrece la asociación IPSILON en Italia (<https://ipsilonitalia.org/>).

Bibliografía

- Becker, D. R. y Drake R. E. (2003). *A Working Life for People with Severe Mental Illness, Innovations in Practice and Service Delivery with Vulnerable Populations*. Oxford Academic.
- Bond, G. R., Swanson, S. J., Becker, D. R., Al-Abdulmunem, M., Ressler, D. R. y Marbacher, J. (2024). Individual placement and support for young adults: One-year outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 47(1), 46–55. <https://doi.org/10.1037/prj0000580>
- Fioritti, A. y Berardi, D. (ed.) (2017). *Individual Placement and Support. Manuale italiano del metodo per il supporto all'impiego delle persone con disturbi mentali*. Bonomia University Press.
- Fioritti A., Rinaldi M. y Bruschetta S. (2013). L'Individual Placement & Support (IPS) e la crisi italiana, En R. Barone, S. Bruschetta y M. D'Alema (ed.), *L'inclusione sociale e lavorativa* (Cap. 3). Franco Angeli Editore.
- Pelizza, L., Ficarelli, M. L., Vignali, E., Artoni, S., Franzini, M. C., Montanaro, S., Andreoli, M. V., Marangoni, S., Ciampà, E., Erlicher, D., Troisi, E. y Pupo, S. (2020). Individual placement and support in Italian young adults with mental disorder: Findings from the Reggio Emilia experience. *Early intervention in psychiatry*, 14(5), 577–586. <https://doi.org/10.1111/eip.12883>
- Sveinsdottir, V., Lie, S. A., Bond, G. R., Eriksen, H. R., Tveito, T. H., Grasdahl, A. L. y Reme, S. E. (2020). Individual placement and support for young adults at risk of early work disability (the SEED trial). A randomized controlled trial.

Scandinavian journal of work, environment & health, 46(1), 50–59.
<https://doi.org/10.5271/sjweh.3837>
Swanson, S., Becker, D., Bond, G. y Drake, R. E.

(2017). *The IPS Supported Employment Approach to Help Young People with Work and School: A Practitioner’s Guide*. The Rockville Institute.

Anexos

Tabla 1 - Diagnósticos de la muestra clínica: usuarios que han seguido el programa IPS

Diagnóstico	N. Pacientes
Trastorno de personalidad	13 (32,5 %)
Trastorno depresivo	12 (30 %)
Trastorno de ansiedad	7 (17,5 %)
Otro diagnóstico	8 (20 %)

Tabla 2. Resultado de la intervención IPS

Resultado de la intervención	N. Pacientes
Máximo positivo	19 (47,5 %)
Positivo medio	16 (40 %)
Negativo	5 (12,5 %)

Análisis de la relación entre el uso de *Instagram* con la depresión, la ideación suicida y la soledad en estudiantes universitarios

IRIS CATALÁN-PÉREZ^{1AB} Y HELENA GARRIDO-HERNANSAIZ^{2AC}

RESUMEN

Análisis de la relación entre el uso de Instagram y la depresión, la ideación suicida y la soledad en estudiantes universitarios. El objetivo de este trabajo ha sido estudiar si existe una relación entre el uso activo y pasivo de Instagram con la ideación suicida, la depresión y la soledad en estudiantes universitarios, así como considerar las diferencias de género en estas variables. La muestra se compuso de 212 personas (163 mujeres, 48 hombres y una persona que prefirió no reportar su género), con una edad media de 21,76 años. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario sociodemográfico ad-hoc, la escala SESLAS-S, BDI-II, Escala Paykel de Ideación Suicida, Cuestionario PAUM y tiempo de uso de *Instagram*. Los resultados indican que la ideación suicida podría verse influenciada por la depresión, la soledad social y familiar y el uso pasivo de *Instagram*. **Palabras clave:** redes sociales, ideación suicida, depresión, soledad, estudiantes universitarios.

ABSTRACT

Analysis of the relationship between Instagram use and depression, suicidal ideation, and loneliness in university students. The aim of this study was to investigate whether there is a relationship between active and passive *Instagram* use and suicidal ideation, depression, and loneliness in university students, as well as to consider gender differences in these variables. The sample consisted of 212 individuals (163 women, 48 men, and one person who preferred not to report their gender), with a mean age of 21.76 years. The instruments used were an ad hoc sociodemographic questionnaire, the SESLAS-S scale, BDI-II, Paykel Suicide Ideation Scale, PAUM questionnaire, and *Instagram* usage time. The results indicate that suicidal ideation could be influenced by depression, social and family loneliness, and passive use of *Instagram*. **Keywords:** social media, suicidal ideation, depression, loneliness, university students.

RESUM

Anàlisi de la relació entre l'ús d'Instagram i la depressió, la ideació suïcida i la soledat en estudiants universitaris. L'objectiu d'aquest treball és estudiar la relació entre l'ús actiu i passiu d'*Instagram* amb la ideació suïcida, la depressió i la soledat en estudiants universitaris, tenint en compte les diferències de gènere. La mostra estava formada per 212 persones (163 dones, 48 homes i una persona preferia no indicar el seu gènere), amb una edat mitjana de 21,76 anys. Els instruments utilitzats van ser els següents: qüestionari sociodemogràfic ad hoc, escala SESLAS-S, BDI-II, escala d'ideació suïcida de Paykel, qüestionari PAUM i temps d'ús d'*Instagram*. Els resultats indiquen que la ideació suïcida podria estar influenciada per la depressió, la solitud social i familiar i l'ús passiu d'*Instagram*. **Paraules clau:** xarxes socials, ideació suïcida, depressió, solitud, estudiants universitaris.

Introducción

Suicidio

La muerte por suicidio es la puesta en marcha de conductas que provocan la propia muerte de manera intencionada (Villar, 2022) e implica un proceso. La literatura científica coincide en que

la conducta suicida comienza con la ideación suicida. Esta ideación se refiere al conjunto de pensamientos, ideas o rumiaciones relacionados con el suicidio, presentándose este fenómeno en diferente intensidad desde ideas de muerte, deseo de muerte, ideación suicida hasta plan suicida. Cualquiera de sus manifestaciones supone un riesgo,

¹Residente de Psicología Clínica. ²Doctora en Psicología Clínica y de la Salud; Profesora universitaria e investigadora. ^ACentro Universitario Cardenal Cisneros (Universidad de Alcalá). ^BFundación Hospitalarias. ^CUniversidad Pontificia Comillas.
Contacto: iris.catalan@fundacionhospitalarias.org

Recibido: 2/12/24 - Aceptado: 31/3/25

pero cuanto más elaborada está la ideación, mayor riesgo presenta la persona para realizar un intento de suicidio (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023).

En 2023, el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2025) recogió que, en España, 4116 personas se quitaron la vida, es decir, 11 personas al día. En el último año, se ha producido una disminución del 2,6 % de estas muertes, las cuales seguían una tendencia ascendente desde 2018. Los hombres mueren por esta causa en mayor proporción que las mujeres: una mujer por cada tres hombres.

Actualmente, es la primera causa de muerte entre los jóvenes y, en población general, es la segunda causa de muerte externa más frecuente, por detrás de las caídas accidentales.

Dentro del grupo de jóvenes se encuentran los estudiantes universitarios, sobre los cuales estudios como el de Estupiñá y Fernández (2022) recogen que cerca de la mitad presentaba algún tipo de ideación autolítica, mientras que, en el estudio del Ministerio de Universidades (2020), la proporción superó el 20 %. En muestras de población joven, las mujeres presentan un mayor riesgo de realizar intentos de suicidio y los hombres de suicidio consumado (Miranda-Mendizabal et al., 2019). Esto se ha explicado atendiendo a algunas características asociadas al género, como que las mujeres tienen un mayor riesgo de sufrir cuadros de depresión y/o ansiedad, así como de haber sufrido experiencias adversas en la infancia, todo lo cual se asocia con mayor probabilidad de presentar ideación suicida (Auerbach et al., 2017; Blasco et al., 2019; Boyd et al., 2015; INE, 2021). Por otro lado, los varones suelen presentar mayor impulsividad y agresividad, de modo que esto los puede llevar a escoger métodos más letales (Fonseca-Pedrero y Pérez, 2020; Mergl et al., 2015).

La tendencia ascendente de esta problemática puede deberse, en parte, al estrés que generó la pandemia de la COVID-19 y los efectos que las medidas tomadas por los gobiernos tuvieron en la soledad y en el uso de las redes sociales (Equipo de Coordinación Regional de Salud Mental, 2020), sumado al estrés propio de los jóvenes universitarios, que se encuentran en un periodo de transición a la edad adulta y

en ocasiones afrontan un cambio de entorno y una alteración de sus redes de apoyo (Gardani et al., 2022), además de la presión para cumplir sus objetivos académicos (Mortier et al., 2017; Younis et al., 2021).

Este estrés puede ser un desencadenante de emociones desagradables y generar la necesidad de escapar de esta situación, favoreciendo la aparición de ideación suicida (de la Torre, 2013; Hamdan-Mansour et al., 2024). En esta situación, carecer de los recursos suficientes para hacer frente a las crisis sería un elemento relevante (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023), así como la relación entre la ideación suicida y la depresión, mediada por las distorsiones cognitivas propias de la tríada cognitiva negativa (Jager-Hyman et al., 2014; Toro-Tobar et al., 2016). De este modo, se hace evidente que el suicidio no depende de un solo elemento, ya que, como señalan la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), Till et al. (2023) y Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz (2020), se trata de un fenómeno multidimensional y multicausal en el que interaccionan múltiples factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales.

Algunos de los factores de riesgo que influyen en la ideación suicida a nivel psicológico son la impulsividad y agresividad (Brokke et al., 2022), las sensaciones de pérdida, aislamiento y desesperanza (Sánchez Teruel et al., 2014) y la depresión (Cheng et al., 2009). Estas dos últimas variables son las que más se han relacionado con el suicidio (Ribeiro et al., 2018; Seo et al., 2021). En concreto, la soledad ha emergido como variable predictora de la ideación suicida incluso cuando media la depresión (McClelland et al., 2020), por lo que se profundizará en ella en el siguiente apartado. A nivel social y ambiental, la conducta suicida se relaciona, entre otras cosas, con el *burnout* académico, tener una orientación sexual minoritaria, tener relaciones basadas en el conflicto, la ausencia de apoyo, ser inmigrante, la ruptura de una relación amorosa o no tener pareja (Camara et al., 2017; Fitzpatrick et al., 2020; Kazan et al., 2016; Lane y Miranda, 2018; Seo et al., 2021; Siabato y Salamanca, 2015). Algunos de estos factores serán abordados en mayor profundidad en los siguientes apartados.

Soledad

Como se ha expuesto previamente, la conducta suicida es un fenómeno complejo. La soledad y la falta de una red social son algunos de los principales factores de riesgo para que una persona piense en el suicidio (Blázquez-Fernández et al., 2023; Hollingsworth et al., 2018; Lamis et al., 2016). La soledad se define como un sentimiento de insatisfacción con las propias relaciones interpersonales y, desde una perspectiva de género, la padecen por igual hombres y mujeres, aunque en algunos casos se acentúa en las mujeres (Díez y Morenos, 2015). En algunos estudios, la prevalencia más alta de soledad se ha observado en la población juvenil (McClelland et al., 2020). Ha habido un aumento en los sentimientos de soledad en las últimas décadas, impulsado por los cambios en la estructura social. Uno de los últimos cambios estuvo muy influido por la pandemia de la COVID-19 y la necesidad de confinamiento y aislamiento social (Equipo de Coordinación Regional de Salud Mental, 2020; Farooq, 2021). A causa de esto, se incrementaron los sentimientos de soledad, aislamiento, tristeza, estrés, ideación suicida y tentativas autolíticas, entre otros (Benítez, 2021; Cobo-Rendón et al., 2020; Fitzpatrick et al., 2020).

Existen dos tipos de soledad, la emocional y la social (Weiss, 1973). La *soledad emocional* se refiere a cuando la persona no siente que tenga fuertes vínculos afectivos con otros individuos, ni que estos le proporcionen suficiente apoyo emocional. DiTomasso y Spinner (1993) subdividen este tipo de soledad en *soledad familiar* y *romántica*, según se refiera al núcleo familiar o a las relaciones de pareja. Por otro lado, la *soledad social* está relacionada con la cantidad y la calidad de las relaciones sociales de la persona, de tal forma que, si la cantidad y calidad son bajas, puede darse una falta de sentido de pertenencia e integración (Díez y Morenos, 2015). De este modo, la *soledad familiar* se entendería como la sensación de no sentirse parte del núcleo familiar. La *soledad romántica* se refiere a la ausencia de una relación afectiva íntima. La *soledad social* sería la ausencia de un círculo de amistades satisfactorio.

Algunas de las consecuencias de experimentar sentimientos de soledad son, a su vez, un factor

de riesgo para el suicidio (Blasco et al., 2019). Dichas consecuencias de la soledad, como el abuso de internet o la mayor propensión para sufrir depresión, se han visto incrementadas en los últimos años, especialmente desde la pandemia de la COVID-19 (Bojórquez et al., 2021; Cruz-Vargas et al., 2020; Díez y Morenos, 2015). Por tanto, es importante tener en cuenta los sentimientos de soledad que puede experimentar una persona de cara a detectar, explicar y prevenir la ideación suicida, tal y como se recoge en algunas de las teorías más difundidas sobre el suicidio, como la teoría de los tres pasos (Klonsky y May, 2015), que plantea la conexión interpersonal como un factor protector; o la teoría interpersonal del suicidio de Ribeiro y Joiner (2009), según la cual un sentimiento de pertenencia frustrado y la sensación de ser una carga para los demás serían causas suficientes y próximas para la ideación suicida.

En cualquier caso, un factor protector ante posibles sentimientos de soledad sería contar con una red de apoyo social, lo que funciona a su vez como factor protector de la conducta suicida (Blasco et al., 2019; Fredrick et al., 2018; Lamis et al., 2016; Sánchez-Teruel et al., 2018; Shenouda y Basha, 2014). Investigaciones como las de Carstensen (1987), Lee y Goldstein (2016) y Qualter et al. (2015) identifican las fuentes de apoyo de los amigos y de la pareja como las más relevantes para disminuir el estrés percibido y la soledad. Sin embargo, se ha visto que el apoyo proveniente de la familia también tiene un papel relevante a la hora de disminuir la depresión (Rueger et al., 2016; Wang et al., 2014), los sentimientos de soledad (Díez y Morenos, 2015) y, en las mujeres, la ideación suicida de manera directa (Miranda-Mendizabal et al., 2019).

Redes sociales en Internet

Muy relacionadas con el aislamiento y el apoyo social, se encuentran las redes sociales digitales. Un 91,5 % de las personas entre 16 y 74 años utilizan el móvil a diario (INE, 2024), el cual se ha convertido en el modo de comunicación más habitual entre los jóvenes actuales y, en comparación con otras épocas anteriores, ha transformado su modo de interactuar (Zafra, 2019). Debido, de nuevo, a la pandemia de la COVID-19, se produjo un importante aumento

del uso de las redes sociales y un cambio en su uso, que incluyó utilizarlas no solo para mantener las relaciones sociales, sino para la educación en línea y el trabajo de la población (Unión Internacional de Telecomunicaciones, 2021).

Las redes sociales pueden ser beneficiosas al favorecer la creación y mantenimiento de amistades (Díez y Morenos, 2015; Kuss y Griffiths, 2011; Suriá, 2015), lo cual ofrece a la persona una red de apoyo emocional (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023; Zafra, 2019), ayuda a aliviar la angustia psicológica (Gámez-Guadix et al., 2013; Leung y Lee, 2012; Parra et al., 2016) y favorece estrategias de afrontamiento (Arab y Díaz, 2015; Bousoño et al., 2017; Daine et al., 2013; Marchant et al., 2018). A pesar de ello, estos beneficios están sujetos a que se realice un uso responsable de estas, sin sustituir las interacciones cara a cara ni interferir en las actividades diarias (Bousoño et al., 2017; Castillo y Damián, 2015; Muñoz-Rivas et al., 2010; Villar, 2022). Algunas de las redes sociales más populares, como *Instagram* y *TikTok*, incluyen guías que promueven su buen uso (Instagram, 2021; TikTok, 2025).

Por otro lado, diversos estudios relacionan el abuso de las redes sociales con ansiedad, soledad (Rippé et al., 2018; Tokunaga, 2017), aislamiento, ideación suicida (Castillo y Damián, 2015; Kim et al., 2016), impulsividad (Aboujaoude, 2016) y depresión (Moreno-Gordillo et al., 2019). También facilitan el acceso a contenido perjudicial, como blogs que incitan al suicidio (Bousoño et al., 2017; López-Martínez, 2020; Zafra, 2019), o a la retransmisión a tiempo real de la tentativa autolítica (Campaioli et al., 2017), o la posibilidad de sufrir ciberacoso o *sexting* a través de estas (Álvarez, 2018; Navarro-Gomez, 2017).

Por ello, es importante diferenciar entre el *uso activo social*, activo no social y pasivo de las redes sociales (Gerson et al., 2017). El *uso activo social* se refiere a un intercambio directo entre las personas, como puede ser indicar “me gusta” a una publicación, comentar en imágenes o compartir una publicación. El *uso activo no social* corresponde a realizar una publicación, ya sea de fotografía, vídeo o texto. Finalmente, el *uso pasivo*, al que actualmente se está tendiendo (Alhabash y Ma, 2017), se basa en monitorear la actividad de otras personas

sin una participación activa; es decir, consiste en ver las publicaciones, comentarios, historias o perfiles de otras personas, sin interactuar de ningún modo con ellas (Escobar-Viera et al., 2017; Tromholt, 2016; Verduyn et al., 2017). Según Hanna et al. (2017) y Thorisdottir et al. (2019), las personas que realizan un uso pasivo de las redes sociales son las que sufren los efectos más perjudiciales. A pesar de ello, se siguen encontrando resultados mixtos al respecto, ya que cabría esperar que las personas con altos sentimientos de soledad no participasen activamente en estas (Dumas et al., 2017), pero algunas de ellas tienden a hacer un uso activo, buscando reconocimiento social (Pittman, 2015; Sheldon y Bryant, 2016; Yang, 2016).

Las redes sociales más utilizadas son *Youtube*, *Instagram* y *TikTok* (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023), que funcionan de modo similar. Todas ellas permiten a las personas participar de un modo activo social y no social, publicando su propio contenido, indicando “me gusta” a publicaciones de otras personas o mandando mensajes. A la vez, se puede hacer un uso pasivo de estas, monitoreando lo que otras personas comparten en sus historias y publicaciones o accediendo a sus perfiles. *Instagram* es la red social en la que se va a centrar esta investigación, al tratarse de una de las más utilizadas entre los jóvenes españoles (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023). Por otro lado, *WhatsApp* es una red de mensajería instantánea que constituye uno de los canales digitales de comunicación social más utilizados (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023). Su uso se ha vinculado a una disminución del sentimiento de soledad, ya que se utiliza fundamentalmente para conectar con amigos y familiares (Fox, 2019). Este uso social es más característico de las mujeres, mientras que los hombres suelen utilizar las redes sociales en mayor medida para el entretenimiento y como fuente de información (Laor, 2022; Scott et al., 2020; Tifferet, 2020).

Pese a conocer la existencia de una relación entre el uso de redes sociales y la depresión, los sentimientos de soledad y la ideación suicida, no se conoce si las personas recurren más a las redes sociales debido a que padecen estas problemáticas o si, por el contrario, estar expuesto a las redes sociales es un posible factor causal

de estas (Aalbers et al., 2019; Pérez y Quiroga-Garza, 2019). Sí parece haber evidencia de que los efectos positivos o negativos de las redes sociales en la persona se deben al tipo de actividad que realiza en ellas y cómo la persona lo percibe (Carbonell y Oberst, 2015; Caro Mantilla, 2017).

En resumen, tras revisar la literatura existente sobre la ideación suicida, los sentimientos de soledad y las redes sociales, las investigaciones no son claras sobre cuándo la red social puede ser beneficiosa o perjudicial para la persona, ni si actúa como un factor de riesgo o de protección ante la ideación autolítica y los sentimientos de soledad (Castillo y Damián, 2015; Villar, 2022; Zafra, 2019). De tal modo, el efecto de las redes sociales parece depender en mayor medida del uso que la persona hace y cómo las percibe, aunque también se ha visto que la frecuencia y el tiempo de su uso influye de un modo negativo en la salud mental (Rogowska y Libera, 2022; Woods y Scott, 2016). Por ello, este estudio plantea explorar el uso activo social, activo no social y pasivo que se hace de las redes sociales, así como el tiempo empleado.

El objetivo de este trabajo es investigar, en estudiantes universitarios, la posible relación entre el tipo de uso de *Instagram*, los sentimientos de soledad, la presencia y/o gravedad de depresión y la ideación suicida. Resulta relevante, en este sentido, seguir investigando este fenómeno en poblaciones diferentes a las de Jasso-Medrano y López-Rosales (2018) para continuar acumulando datos y comprobar si los resultados van en la misma dirección de su estudio.

Objetivos e hipótesis

El objetivo general de este estudio es describir y analizar cómo el tipo de uso de *Instagram* se relaciona con sentimientos de soledad, síntomas depresivos e ideación suicida en estudiantes universitarios españoles.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Describir los niveles de ideación suicida, sentimientos de soledad, depresión y los tipos de uso de *Instagram* en estudiantes universitarios.
- Examinar si existen diferencias de género en ideación suicida, sentimientos de soledad, depresión y el tipo de uso que se le da a *Instagram*.

- Analizar el modo en el que el tipo de uso de *Instagram* se relaciona con los sentimientos de soledad, la depresión e ideación suicida.

La hipótesis principal que guiará el estudio es que un uso más pasivo de *Instagram* se relacionará con mayores niveles de soledad, depresión e ideación suicida, mientras que un uso más activo de *Instagram* se relacionará con niveles más bajos en dichas variables.

Método

Participantes

Los criterios de inclusión para poder participar en esta investigación fueron ser estudiante universitario con una edad comprendida entre los 18 y los 35 años y tener una cuenta personal en *Instagram*. Las personas que no cumplieron con estos requisitos fueron excluidas del estudio, así como también aquellas que no completasen las respuestas a todos los ítems, siendo estos criterios de exclusión.

La muestra se compuso de 212 estudiantes universitarios, de los cuales 163 eran mujeres (76,9 %), 48 hombres (22,6 %) y una persona que prefirió no indicar su género (0,05 %). Del total de participantes, 161 (75,9 %) pertenecían a universidades de la Comunidad de Madrid y el grupo más numeroso (73 personas, 34,4 %) estudiaba un grado en el Centro Universitario Cardenal Cisneros (CUCC). La edad media fue de 21,76 años (desviación típica, $DT = 2,33$ años), en un rango desde los 18 hasta los 34 años. 121 personas (57,1%) estaban solteras y 91 tenían pareja en ese momento (42,9%). En cuanto a con quién residían, un 70,8 % de los participantes vivía con su familia, un 13,2 % con compañeros de piso, un 6,6 % con amigos, un 4,7 % con su pareja y el otro 4,7 % lo hacían solos, como se muestra en la Tabla 1 del anexo.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico ad-hoc usado para recoger características de cada participante: edad, género (mujer, hombre, no binario, prefiere no decirlo), estado sentimental (con o sin pareja) y con quién vive (solo, en familia, amigos, pareja, compañeros de piso).

Escala para la Evaluación de la Soledad Social y Emocional en adultos (SESLAS-S; Yárnoz,

2008). Es una escala que evalúa la soledad subjetiva con un enfoque multidimensional, al diferenciar entre soledad familiar, social y romántica. La *soledad familiar* se refiere a la falta de un ambiente familiar que apoye a la persona, la *soledad social* refleja la falta de amigos y relaciones sociales y la *soledad romántica* hace referencia a la falta de una relación afectiva íntima. Además, permite obtener una puntuación global que incluye los tres tipos de soledad mencionados. Se responde valorando el grado de acuerdo o en desacuerdo con cada ítem según una escala Likert de siete opciones de respuesta. Una mayor puntuación total indica un mayor sentimiento de soledad y se pueden obtener también las puntuaciones de cada dimensión. La escala original (DiTomasso y Spinner, 1993) constaba de 34 ítems y la adaptación validada al castellano se compone de 15 ítems, con una consistencia interna de $\alpha = ,84$, que en este estudio fue de $\alpha = ,77$ para la escala global. Las subescalas de soledad familiar, social y romántica, en este estudio, tuvieron por separado una consistencia interna de $\alpha = ,89$, $\alpha = ,83$ y $\alpha = ,88$, respectivamente.

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al., 1996), adaptado al español por Sanz y Vázquez (1998). Se trata de un instrumento de autoinforme compuesto por 21 ítems destinados a detectar y evaluar la gravedad de la depresión. Cada ítem se responde del 0 al 3, excepto los ítems 16 y 18, que tienen siete categorías de respuesta, aunque se siguen puntuando de 0 a 3. La puntuación final va de 0 a 63. Una puntuación del 0 al 13 corresponde con ausencia de depresión, del 14 al 19 con depresión leve, del 20 al 28 con depresión moderada y del 29 al 63 con depresión grave. En el presente estudio presenta una consistencia interna de $\alpha = ,92$, que en el estudio de validación en español fue de $\alpha = ,83$.

Escala Paykel de Ideación Suicida (Paykel et al., 1974), validada para adolescentes españoles por Fonseca-Pedrero et al. (2018). Es una herramienta compuesta por cinco ítems que evalúan la ideación suicida en el último año. Se divide en pensamientos de muerte, ideación e intentos de suicidio. A cada ítem se responde de modo afirmativo o negativo (sí/no), para sumar finalmente las respuestas afirmativas y obtener la puntuación total. Una puntuación de 0 implica

que no hay ideación suicida, 1 y 2 que existen pensamientos de muerte, 3 y 4 que hay ideación suicida y 5 que existen intentos de suicidio previos. La consistencia interna fue de $\alpha = ,93$ en el estudio de validación en adolescentes españoles y de $\alpha = ,79$ en este estudio.

Cuestionario Passive and Active Facebook Use Measure (PAUM; Gerson et al., 2017). Este instrumento se diseñó para conocer el tipo de uso activo y pasivo de *Facebook* de la persona. Consta de 13 ítems que describen las actividades que la persona puede realizar cuando está conectada. Se responde señalando la frecuencia con la que se participa en cada actividad, con una escala de Likert del 1 (*Nunca*) al 5 (*Casi siempre*). Dado que no existe adaptación al castellano, se tradujo y se adaptaron las actividades a *Instagram*, la red social objeto de este estudio (ver Anexo 1). Los ítems del cuestionario corresponden a tres categorías: uso activo social, uso activo no social y uso pasivo. El *uso activo social* se refiere a la interacción de la persona con otros mediante mensajes, comentarios, “me gusta”, etc. El *uso activo no social* se da cuando la persona crea y sube contenido como fotografías, posts, etc. El *uso pasivo* ocurre al consumir contenido de otras personas, pero sin que se dé una interacción. Para poder comparar los tres tipos de uso, se convirtieron las puntuaciones de cada dimensión en una escala del 1 al 5, sumando las puntuaciones y dividiendo el resultado entre el número de ítems de cada dimensión. La consistencia interna de las puntuaciones de la escala original fue de $\alpha = ,80$ para el uso activo social, $\alpha = ,78$ para uso activo no social y $\alpha = ,70$ para el uso pasivo. En este estudio fue, respectivamente, de $,70$, $,85$ y $,54$.

Tiempo de uso de Instagram. Se pidió a los participantes que anotaran el número de minutos que habían usado de media la aplicación en la última semana, un dato registrado por *Instagram* en el dispositivo y de fácil consulta.

Procedimiento

Los instrumentos descritos se integraron en un cuestionario de Microsoft Forms en el mismo orden en que han sido presentados. A continuación, se difundió el cuestionario durante un mes entre los universitarios del CUCC y de otras universidades de España, dándolo a conocer

a estudiantes que acudían a la biblioteca de la Universidad de Alcalá tanto de modo en línea, desde la red social *Instagram*, como en persona. Al acceder al cuestionario, los potenciales participantes visualizaron un consentimiento informado donde se les informaba sobre el objetivo de la investigación, la voluntariedad de su participación y la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento, el anonimato y la confidencialidad, los riesgos que implicaba su participación (posibilidad de malestar), y la posibilidad de resolución de dudas a través de un correo electrónico. En relación al posible malestar que la participación podría desencadenar, también se les proporcionó el contacto de algunos profesionales, en caso de que necesitasen atención psicológica.

Una vez aceptado el consentimiento, completaron los distintos instrumentos. No era posible avanzar o enviarlo en caso de que algún dato no estuviese completo, si bien los participantes conocían la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento si lo deseaban. El cuestionario tuvo una duración media de cinco minutos. El método de muestreo utilizado fue no probabilístico, escogiendo a los participantes por conveniencia.

Análisis de datos

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables abordadas en la investigación. A continuación, se realizaron pruebas *t de Student* para estudiar las posibles diferencias entre géneros en las variables estudiadas, así como la posible diferencia de medias en las variables entre personas con y sin pareja. Además, se compararon los tipos de uso (activo social, activo no social y pasivo) de los participantes con una prueba ANOVA de muestras relacionadas y se contrastó si había diferencias entre el uso activo (englobando tanto el social como el no social) y el pasivo con una prueba *t de Student*. Tras realizar una prueba de normalidad de las variables, se hizo un estudio correlacional con las diferentes variables cuantitativas y, por último, se realizó un análisis de regresión con la ideación suicida como variable dependiente y, como variables predictoras, aquellas que mostraron relación significativa en las pruebas anteriores. Todo ello, se efectuó mediante el uso del

programa *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS Statistics) versión 27.

Resultados

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables objeto de estudio (edad, estado sentimental, soledad familiar, soledad romántica, soledad social, soledad total, depresión, ideación suicida, uso activo, uso activo social, uso activo no social, uso pasivo y tiempo de uso de *Instagram*). La Tabla 1 del anexo muestra la descripción sociodemográfica de la muestra, ya comentada. Con respecto al resto de variables, como se observa en la Tabla 2 del anexo, el 19,8 % de la muestra presentaba ideación suicida y la media de depresión fue de 14,87, lo cual indicaría un grado de depresión leve (Sanz et al., 2003).

Respecto a las posibles diferencias de medias entre hombres y mujeres en las diferentes variables (ver Tabla 3 del anexo), no se encontraron diferencias en la soledad familiar, la soledad social, la soledad total, la ideación suicida, el uso activo social de la red social y el tiempo de uso de *Instagram*. En todos estos casos el tamaño del efecto fue insignificante, menos en el caso de la soledad total y del tiempo de uso de *Instagram*, donde fue pequeño. Por el contrario, sí aparecieron diferencias significativas en la soledad romántica, la depresión, el uso activo no social y el uso pasivo de *Instagram*. Concretamente, los hombres puntuaron significativamente más alto en soledad romántica que las mujeres, mientras que estas últimas tuvieron mayores puntuaciones en depresión, uso activo no social y uso pasivo de *Instagram*. El tamaño del efecto fue mediano en todos los casos menos para la depresión, donde fue grande.

Por otro lado, la Tabla 4 del anexo muestra que hubo diferencias significativas en ideación suicida entre las personas con pareja y sin ella (tamaño del efecto pequeño), siendo las personas con pareja las que tenían mayor ideación suicida. También se encontraron diferencias significativas en soledad romántica y social, así como en soledad total (tamaño del efecto grande). Concretamente, las personas sin pareja presentaron mayores niveles de soledad romántica y total (tamaño del efecto grande),

mientras que las personas que tenían pareja reportaron mayor soledad social (tamaño del efecto pequeño).

Respecto al tipo de uso de *Instagram*, hubo diferencias de medias significativas, con un tamaño del efecto grande, entre los tres tipos de uso ($F = 214,70$; $p < ,001$, $\eta^2 = ,50$). Las pruebas post-hoc Bonferroni indicaron diferencias significativas entre cada tipo de uso y los otros dos ($p < ,001$ en todos los casos). Atendiendo a las medias reportadas en la Tabla 2 del anexo, el uso pasivo fue significativamente superior al uso activo social y al no social, y el uso activo no social fue significativamente superior al uso activo social. Esto quiere decir que el uso más frecuente de los participantes consistió en observar las publicaciones de otras personas sin interactuar de forma alguna, seguido de compartir sus propias publicaciones y, finalmente, lo menos frecuente fue interactuar activamente con las publicaciones de otras personas.

También se encontraron diferencias significativas ($t = -13,67$; $p < ,001$; $g = ,93$, tamaño del efecto grande) entre el uso activo (agrupando el activo social y el activo no social) y el uso pasivo de Instagram, siendo mayor este último (se pueden observar las medias correspondientes en la Tabla 2 del anexo).

A continuación, se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov y se observó que solo la soledad total cumplió el criterio de normalidad (ver Tabla 5 del anexo). Por lo tanto, se utilizó la correlación de Spearman para estimar las relaciones lineales bivariadas entre las variables cuantitativas del estudio.

Tal y como se observa en la Tabla 6 del anexo, la ideación suicida correlacionó significativamente de modo positivo con la depresión (correlación grande), la soledad familiar (correlación moderada), la soledad social, la soledad total, y el uso pasivo de *Instagram* (correlaciones pequeñas). También correlacionó negativamente con el uso activo social (correlación pequeña). Esto indica que las personas que presentaban mayor ideación suicida también informaban niveles más elevados de depresión, soledad en general (y, concretamente, de soledad familiar y social) y de uso pasivo de *Instagram*, a la vez que informaban de un menor uso activo social de esta red social.

Por otro lado, la soledad social y la soledad familiar mostraron correlaciones significativas y directas entre sí y con la depresión (correlaciones pequeñas-moderadas). También correlacionaron inversamente con el tiempo de uso de *Instagram*, el uso activo social y el uso activo no social (correlaciones pequeñas, en todos los casos). Es decir, las personas con mayor soledad social y familiar presentaron mayor soledad general, depresión y el otro tipo de soledad (social o familiar) que las que tenían un menor nivel de soledad. Asimismo, las personas que puntuaron más alto en soledad social y familiar presentaron un menor tiempo de uso de *Instagram* y un uso activo menor, ya fuera social o no social. Además, la soledad familiar correlacionó de modo negativo con el uso pasivo (correlación pequeña), de modo que las personas con mayor soledad familiar hicieron un menor uso pasivo en esta red social. La soledad romántica no mostró correlaciones significativas con ninguna variable.

En el caso de la depresión, además de las correlaciones comentadas anteriormente con ideación suicida y soledad, mostró correlaciones significativas pequeñas con el uso activo social de *Instagram* (correlación inversa) y con el uso pasivo de *Instagram* (correlación directa), indicando que las personas que puntuaron más alto en depresión hacían un menor uso activo social y un mayor uso pasivo de *Instagram*.

Por último, cuanto más tiempo usaron *Instagram* los participantes de este estudio, mayor fue el uso que hicieron de la misma de todos los tipos, es decir, de modo activo social, activo no social y pasivo (correlaciones moderadas). Además, quienes usaban más tiempo esta red social tenían menor edad y menores niveles de soledad general, familiar y social (correlaciones pequeñas).

En resumen, atendiendo a las correlaciones comentadas anteriormente, un mayor uso de *Instagram* de cualquier tipo correlacionó con mayor tiempo de uso y menor edad y soledad general, familiar y social. Las personas que realizaron un mayor uso pasivo de esta red social presentaron mayor depresión e ideación suicida y menor soledad a nivel familiar. Las personas que tenían un mayor uso activo social de *Instagram* tuvieron menores puntuaciones en

ideación suicida, soledad general, soledad familiar, soledad social y depresión que las personas que tuvieron un uso activo social menor, mientras que las personas con mayor uso activo no social presentaron menor soledad general, familiar y social.

Por último, se efectuó un análisis de regresión lineal múltiple con la ideación suicida como variable criterio y, como variables predictoras, aquellas que mostraron relación significativa en los análisis previos: el estado sentimental, la soledad familiar y social, la depresión, el uso activo no social y el pasivo de *Instagram*. La ecuación de regresión fue significativa ($F = 19,27$; $p < ,001$), indicando que el conjunto de variables explicaba el 37,7 % de la varianza de ideación suicida (R^2 corregida = ,38). Las variables predictoras estadísticamente significativas fueron la soledad social ($\beta = ,21$), la depresión ($\beta = ,38$) y el uso pasivo de *Instagram* ($\beta = ,14$). El estado sentimental, la soledad familiar y el uso activo social no fueron predictores significativos al tener el resto de las variables en cuenta. Se muestran estos resultados en la Tabla 7 del anexo.

Discusión y conclusiones

El análisis descriptivo reveló que, en la muestra estudiada, un 19,8 % de los estudiantes presentaba ideación suicida. Este resultado va en la misma línea que los estudios de Barros et al. (2017), Blasco et al. (2019) y Ministerio de Universidades (2020), que encontraron que entre un 10 y un 30 % de los estudiantes universitarios presentaban ideación suicida, mientras que es una proporción inferior a la reportada por Estupiñá y Fernández (2022), donde la mitad de estudiantes presentaron ideación suicida de algún tipo.

Por otro lado, hay que tener cautela respecto a las conclusiones relacionadas con los tipos de uso de *Instagram* debido sobre todo al coeficiente de fiabilidad subóptimo obtenido en el tipo de uso pasivo, si bien cabe resaltar que se trata de un primer acercamiento a esta realidad y, por tanto, debería considerarse teniendo siempre en cuenta estas limitaciones. En este sentido, en la muestra se reflejó un mayor uso pasivo de *Instagram* frente a los otros tipos de uso y, al agrupar los dos tipos de uso activo se

mantuvo que el uso predominante era el pasivo, lo cual va en línea con investigaciones como la de Alhabash y Ma (2017), donde el uso de las redes sociales tendía a la pasividad. En cuanto al tiempo medio de uso de *Instagram*, en este estudio fue de casi 90 minutos al día. Además, un mayor tiempo de uso correlacionó de modo positivo con el uso activo y pasivo. Es decir, las personas que pasaban más tiempo en *Instagram* lo hacían usándolo tanto de manera activa (social y no social) como pasiva. Adicionalmente, el tiempo de uso correlacionó de modo negativo con la edad, indicando que las personas que utilizaban más tiempo *Instagram* eran las más jóvenes, lo que concuerda con lo encontrado en los estudios de Cabrero et al. (2016) y Pop et al. (2022).

Otro aspecto de interés en el estudio fue la existencia de diferencias de género en la variable soledad romántica, padeciéndola más hombres que mujeres. Es posible que este resultado se deba a que el 72,92 % de los participantes hombres no tenían pareja, frente al 52,75 % de las mujeres, lo que iría en la línea de otros estudios como el de Pop et al. (2022), en el que las personas que no tienen pareja puntúan más alto en soledad romántica, sin existir diferencias de género en este aspecto. Por otro lado, tampoco hubo diferencias de género en la puntuación total de la escala de soledad, así como en las subescalas de soledad social y familiar, datos apoyados por investigaciones como la de Díez y Morenos (2015). Finalmente, se encontró un mayor nivel de depresión, uso activo no social y uso pasivo en las mujeres. En el caso de la depresión, está documentado que efectivamente los valores en las mujeres son superiores (Auerbach et al., 2017; Boyd et al., 2015). En lo referido al tipo de uso de *Instagram*, la literatura previa apunta a que las mujeres realizan un mayor uso activo social de las redes sociales que los hombres (Fernández-Villa et al., 2015; Scott et al., 2020; Tifferet, 2020), diferencia no hallada en nuestro estudio. Por otro lado, estudios como el de Marengo et al. (2024) no encontraron diferencias de género en el uso activo no social, algo que sí ha emergido en nuestro estudio. Finalmente, ese mismo estudio encontró un uso pasivo mayor en mujeres, en línea con nuestros resultados. Por lo que es necesario realizar más

estudios para seguir profundizando en este asunto.

Otro resultado inesperado fue la ausencia de relación significativa entre la ideación suicida y el género, ya que estudios previos como los de Calvo et al. (2003) y Fonseca-Pedrero et al. (2018) indicaron que las mujeres presentaban mayor ideación suicida. Por otro lado, Boyd et al. (2015) no encontraron estas diferencias, en la misma línea que este estudio. Una posible explicación es que la proporción de hombres en este estudio fue bastante menor a la de mujeres, lo que podría implicar problemas de representatividad de la muestra y afectar a los cálculos estadísticos. Es posible que con una muestra más representativa y equilibrada aparecieran tales diferencias. Tampoco se encontraron diferencias de género en relación al tiempo de uso de *Instagram*.

Respecto al estado sentimental, se puede observar que las personas con pareja mostraron mayor ideación suicida y soledad social. Esto podría explicarse porque tener una relación de pareja podría contribuir a un aislamiento de la persona de su red social, de modo que se refleje en la ausencia de un círculo de amistades (Pereda et al., 2024). Además, también existe la posibilidad de que sean relaciones basadas en el conflicto, ya que esto es un factor relacionado con la conducta suicida (Blasco et al., 2019; Camara et al., 2017; Kazan et al., 2016; Siabato y Salamanca, 2015). Por ello, se recomienda en futuras investigaciones indagar más en la posible influencia de la formación de relaciones de pareja en la soledad social y la ideación suicida.

En lo referido a las relaciones entre las variables principales del estudio, se ha observado que las personas que presentaron un uso activo (social o no social) puntuaron más bajo en niveles de soledad y, en el caso de mayor uso activo social, presentaban también menor ideación suicida y depresión. Estos datos coinciden con los obtenidos por diferentes investigaciones, las cuales relacionaron este uso activo con un mayor apoyo social, lo que serviría de factor protector para la ideación suicida (Fredrick et al., 2018; Jasso-Medrano y López-Rosales, 2018; Marchant et al., 2018; Sánchez-Teruel et al., 2018; Shenouda y Basha, 2014) y la soledad (Rippé et al., 2018; Tokunaga, 2017), especialmente si la

mayoría de las personas a las que siguen en la red social pertenecen a su entorno (Lup et al., 2015). Otros estudios también han encontrado que el uso activo es un factor protector para la depresión (Ho et al., 2014; Özdemir et al., 2014; Sahin et al., 2013). Con respecto al uso pasivo, este se ha relacionado en el presente estudio con niveles más altos de ideación suicida y de depresión, resultado que va en la línea de diferentes investigaciones que hallaron que el uso pasivo era el que se relaciona con los efectos más perjudiciales de las redes sociales (Hanna et al., 2017; Sherlock y Wagstaff, 2019; Thorisdottir et al., 2019; Valkenburg, 2022; Yoon et al., 2019). El uso pasivo también ha correlacionado con menores niveles de soledad familiar, lo que podría ser debido, por ejemplo, a que entre sus seguidores de la red social haya miembros de su familia, de modo que, pese al uso de tipo pasivo, se establezca una mayor sensación de cercanía con estas personas (Lup et al., 2015). Otra posibilidad a explorar en futuros estudios vendría dada porque, ante menor soledad familiar, exista una menor necesidad de interacción en la red social, aumentando así el uso pasivo de esta.

Por otro lado, el análisis de regresión mostró que casi un 40 % de la ideación suicida podía predecirse a partir de la depresión, la soledad social y el uso pasivo de *Instagram*. Estos datos apoyan los hallazgos de investigaciones previas, como la de Moreno-Gordillo et al. (2019) en relación con la depresión, las de Lee y Goldstein (2016) y Qualter et al. (2015) en lo referente a la soledad social y las de Hanna et al. (2017) y Thorisdottir et al. (2019) al respecto del uso pasivo de las redes sociales.

En relación con la depresión, se ha hipotetizado que la relación entre esta variable y la ideación suicida está mediada por las distorsiones cognitivas sobre el mundo, uno mismo y el futuro (Jager-Hyman et al., 2014; Toro-Tobar et al., 2016). Respecto a la soledad social, se podría explicar su papel atendiendo a la necesidad humana de formar parte de un grupo (Blasco et al., 2019; Fredrick et al., 2018; Sánchez-Teruel et al., 2018), lo cual puede moderar la relación entre los síntomas depresivos y la ideación autolítica (Lamis et al., 2016). Respecto al uso pasivo de *Instagram*, como ya se ha comentado, es el que

más se ha relacionado con efectos perjudiciales en los usuarios de redes sociales (Hanna et al., 2017; Moreno-Gordillo et al., 2019; Thorisdottir et al., 2019), lo cual parece extenderse, según los datos de este estudio, a la ideación suicida.

Finalmente, se puede decir que se ha logrado parcialmente el objetivo planteado en esta investigación relativo a describir y analizar cómo el tipo de uso de *Instagram* se relaciona con sentimientos de soledad, síntomas depresivos e ideación suicida en estudiantes universitarios españoles. En concreto, faltaría disponer de una escala que mida los diferentes tipos de uso con un mayor grado de consistencia interna. Además, se han obtenido diferencias significativas según el género, de modo que las mujeres han puntuado más alto en depresión, uso activo no social y uso pasivo, y los hombres en soledad romántica. La hipótesis principal del estudio ha recibido un apoyo parcial, ya que las personas con un mayor uso pasivo han mostrado mayores niveles de depresión e ideación suicida, pero no mayores sentimientos de soledad. Sin embargo, el uso activo sí ha correlacionado con niveles más bajos de soledad y el uso activo social con menor ideación suicida y depresión. En concreto, la ideación suicida podría depender de la depresión, la soledad social, la soledad familiar y el uso pasivo de *Instagram*.

La principal limitación de este trabajo es que la muestra fue pequeña y se seleccionó por conveniencia, lo que lleva a que no sea representativa de la población universitaria española y, por tanto, haya que tener mucha cautela a la hora de tratar de generalizar los resultados. Concretamente, la muestra estaba compuesta en su mayoría por mujeres y estudiantes de la Universidad de Alcalá, por lo que los resultados podrían no ser aplicables a otros grupos demográficos. A su vez, las distribuciones de los subgrupos no fueron homogéneas y, al recoger datos a través de autoinformes, pudo existir cierta tendencia a la deseabilidad social.

Otra limitación importante es la inexistencia previa de una escala validada sobre el tipo de uso de *Instagram*. Por ello, en este estudio se realizó una adaptación de la escala PAUM (Gerson et al., 2017), diseñada originalmente para *Facebook*. Aunque ambas redes sociales son similares, tienen funciones diferentes, lo cual ha

podido impactar en la fiabilidad y validez de la escala utilizada. En este sentido, cabe destacar la baja consistencia interna que tuvo la subescala de uso pasivo, de modo que los resultados y conclusiones deben valorarse con cautela. A pesar de esta limitación, se decidió continuar con los análisis para poder aportar más luz en esta área, pero futuras investigaciones deberían enfocarse en la construcción de escalas adaptadas a esta y otras redes sociales y que cuenten con mejores propiedades psicométricas que permitan explorar este constructo con un mayor grado de fiabilidad y precisión.

Otra posible limitación fue contemplar únicamente la red social *Instagram*, sin valorar el uso que los participantes hacían de otras, ya que la mayoría de jóvenes utiliza diferentes redes sociales en su día a día (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023). También conviene considerar que, dentro del uso activo que se puede hacer de las redes sociales, este uso no tiene por qué ser siempre positivo, sino que se pueden dar, por ejemplo, situaciones de ciberacoso que acaben conduciendo a sentimientos de soledad o depresión y que se relacionen con la ideación suicida (Álvarez, 2018; Navarro-Gomez, 2017). Es decir, el uso más específico que da la persona a la red social puede tener diferente influencia en la ideación suicida, la soledad y la depresión.

Por todo ello, sería recomendable realizar investigaciones de mayor grado de sofisticación, como estudios experimentales o longitudinales, que permitan desentrañar la direccionalidad de las relaciones existentes entre las variables. Además, se debería tratar de controlar variables extrañas que podrían estar solapadas con otras de las evaluadas en este estudio: personalidad, autoestima o desesperanza. Otra posible mejora incluiría tener en cuenta la satisfacción de los participantes con sus relaciones de pareja, la existencia de ciberacoso o el uso concreto que se hace de las redes sociales. Finalmente, se recomienda validar una escala sobre el tipo de uso de las redes sociales para *Instagram*, como ya se indicó, y ampliar el análisis de las redes sociales a otras que también son utilizadas en gran medida por la población universitaria, como *TikTok* y *X*.

Más allá de las limitaciones señaladas, se considera que esta investigación resulta relevante

de modo preliminar para mejorar la comprensión del suicidio en relación con el uso que se le da a *Instagram*, los sentimientos de soledad y la depresión. Los resultados hacen patente la necesidad de que las instituciones desarrollen un plan de acción más focalizado en la prevención del suicidio y que tenga en cuenta las variables mencionadas para promover el bienestar de los estudiantes (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023; Villar, 2020; Wolitzky-Taylor et al., 2020). Cabe destacar que el Gobierno de España comenzó a implantar el programa “Salud mental y el Covid-19”, con algunas acciones encaminadas a la prevención del suicidio, como la puesta en marcha de un teléfono gratuito e ininterrumpido de atención profesional y ayuda ante la conducta suicida (Secretaría de Estado de Comunicación, 2021). Además, recientemente, el Ministerio de Sanidad, a través del Comisionado de Salud Mental (2025), ha publicado un plan de acción para la prevención del suicidio que menciona de manera incidental el papel de las redes sociales digitales. Aun así, estas medidas siguen sin ser adecuadas si no se hace una dotación de recursos suficiente para la atención que se demanda desde la población, tal y como reclama la Organización Mundial de la Salud (2013).

Finalmente, es necesario que se fomente un uso responsable de las redes sociales, desde los beneficios y riesgos que se conocen, ya que pueden ser una herramienta que potencie la salud mental de las personas protegiendo frente a sentimientos de soledad, o que, por el contrario, sea contraproducente. En conclusión, se debe seguir investigando cómo el uso de las redes sociales afecta a esta y a otras poblaciones, con modelos más sofisticados que permitan ir más allá en estos resultados y se incluyan otras redes sociales y variables psicosociales.

Bibliografía

- Aalbers, G., McNally, R. J., Heeren, A., de Wit, S. y Fried, E. I. (2019). Social media and depression symptoms: A network perspective. *Journal of Experimental Psychology: General*, 148(8), 1454-1462.
<https://doi.org/10.1037/xge0000528>
- Aboujaoude, E. (2016). Rising suicide rates: An under-recognized role for the Internet? *World Psychiatry*, 15(3), 225-227.
<https://doi.org/10.1002/wps.20344>
- Alhabash, S. y Ma, M. (2017). A tale of four platforms: Motivations and uses of Facebook, Twitter, Instagram, and Snapchat among college students? *Social Media + Society*, 3(1), 1-13.
<https://doi.org/10.1177/2056305117691544>
- Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (2023). *Manual de psicología de la conducta suicida*. Ediciones Pirámide.
- Álvarez Idarraga, G. (2018). Consecuencias e impacto del ciberacoso. *Educación y Futuro: Revista de Investigación Aplicada y Experiencias Educativas*, 38, 109-127. Recuperado de:
<https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/191238/Consecuencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Arab, E. y Díaz, A. (2015). Impacto de las redes sociales e Internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 7-13.
<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2014.12.001>
- Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., Hwang, I., Kessler, R. C., Liu, H., Mortier, P., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Benjet, C., Caldas-de-Almeida, J. M., Demyttenaere, K., ... Bruffaerts, R. (2017). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys - CORRIGENDUM. *Psychological Medicine*, 47(15),
<https://doi.org/10.1017/S0033291717001039>
- Barros dos Santos, H. G., Reschetti Marcon, S., Martínez Espinosa, M., Nunes Baptista, M. y Cabral de Paulo, P. M. (2017). Factores asociados a la presencia de ideación suicida entre universitarios. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25,
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1592.2878>
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory-II* (BDI-II). The Psychological Corporation.
- Benítez Camacho, E. (2021). Suicidio: el impacto del Covid-19 en la salud mental. *Revista de Medicina y Ética*, 32(1), 15-39.
<https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n1.01>
- Blasco, M. J., Vilagut, G., Almenara, J., Roca, M., Piqueras, J. A., Gabilondo, A., Lagares, C., Soto-Sanz, V., Alayo, I., Forero, C. G., Echeburúa,

- E., Gili, M., Cebrià, A. I., Bruffaerts, R., Auerbach, R. P., Nock, M. K., Kessler, R. C., Alonso, J. y UNIVERSAL study group (2019). Suicidal Thoughts and Behaviors: Prevalence and Association with Distal and Proximal Factors in Spanish University Students. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 49(3), 881-898. <https://doi.org/10.1111/sltb.12491>
- Blázquez-Fernández, C., Lanza-León, P. y Cantarero-Prieto, D. (2023). A systematic review on suicide because of social isolation/and loneliness: Does COVID-19 make a difference? *Journal of Public Health*, 45(3), 680-688. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdad001>
- Bojórquez Díaz, C. I., Quintana López, V. A. y Coronado Saucedo, A. (2021). El sentimiento de soledad y su relación con la ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista Inclusiones*, 8(Especial), 80-94. Recuperado de: <http://revistainclusiones.org/index.php/inclu/article/view/247>
- Bousoño Serrano, M., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E. M., Galván, G., García-Álvarez, L., Carli, V., Hoven, C., Sarchiapone, M., Wasserman, D., Bousoño, M., García-Portilla, M. P., Iglesias, C., Sáiz, P. A. y Bobes, J. (2017). Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *Adicciones*, 29(2), 97-104. Recuperado de: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/811>
- Brokke, S. S., Landrø, N. I. y Haaland, V. Ø. (2022). Impulsivity and aggression in suicide ideators and suicide attempters of high and low lethality. *BMC Psychiatry*, 22(1), <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04398-w>
- Boyd, A., Van de Velde, S., Vilagut, G., de Graaf, R., O'Neill, S., Florescu, S., Alonso, J., Kovess-Masfety, V. y EU-WMH Investigators (2015). Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: Results from a large cross-sectional population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 173, 245-254. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.002>
- Cabrero Almenara, J., Barroso Osuna, J., Llorente Cejudo, M. D. C. y Yanes Cabrera, C. (2016). Redes sociales y tecnologías de la información y la comunicación en educación: aprendizaje colaborativo, diferencias de género, edad y preferencias. *RED. Revista de Educación a Distancia*, 51(10), 1-23. <http://dx.doi.org/10.6018/red/51/1>
- Calvo, J. M., Sánchez, R. y Tejada, P. A. (2003). Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista de Salud Pública*, 5(2), 123-143. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18406>
- Camara, M., Bacigalupe, G. y Padilla, P. (2017). The role of social support in adolescents: Are you helping me or stressing me out? *International Journal of Adolescence and Youth*, 22(2), 123-136. <https://doi.org/10.1080/02673843.2013.875480>
- Campaioli, G., Sale, E., Simonelli, A. y Pomini, V. (2017). El doble valor de la web: riesgos y beneficios del uso de Internet en trastornos con componente autodestructivo en adolescentes y adultos jóvenes. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 39(4), 301-313. <https://doi.org/10.1007/s10591-017-9443-9>
- Carbonell, X. y Oberst, U. (2015). Las redes sociales en línea no son adictivas. *Aloma, Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 33(2), 13-19. Recuperado de: <https://raco.cat/index.php/Aloma/article/view/301478>
- Caro Mantilla, M. M. (2017). Adicciones tecnológicas: ¿enfermedad o conducta adaptativa? *Medisur*, 15(2), 251-260. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2017/msu172n.pdf>
- Carstensen, L. L. (1987). Age-related changes in social activity. En L. L. Carstensen y B. A. Edelstein (Eds.), *Handbook of clinical gerontology* (pp. 222-237). Pergamon Press.
- Castillo Rivera, A. A. y Damián Martínez, A. (2015). Redes sociales: la antítesis de las redes sociales. *PsicoEducativa: Reflexiones y Propuestas*, 1(2), 45-48. Recuperado de: <https://psicoeducativa.edusol.info/index.php/rpsicoedu/article/view/45>
- Cheng, Y., Tao, M., Riley, L., Kann, L., Ye, L., Tian, X., Tian, B., Hu, J. y Chen, D. (2009). Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behavior. *Child: Care, Health and Development*, 35(3), 313-322. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00955.x>
- Cobo-Rendón, R., Vega-Valenzuela, A. y García-Álvarez, D. (2020). Consideraciones

- institucionales sobre la Salud Mental en estudiantes universitarios durante la pandemia de Covid-19. *CienciAmérica*, 9(2), 277-284.
<https://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i2.322>
- Cruz-Vargas, D. J., Sánchez-Aragón, R. y Castro-Torres, V. (2020). Soledad y salud: ¿cómo se relacionan y difieren según la edad y la escolaridad? *Psicología y Salud*, 30(2), 231-241.
<https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2657>
- Daine, K., Hawton, K., Singaravelu, V., Stewart, A., Simkin, S. y Montgomery, P. (2013). The power of the web: A systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. *PLOS One*, 8(10), 1-6.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077555>
- De la Torre Martí, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA)*. Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Recuperado de:
https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2018/01/protocolo_ideacion_suicida.pdf
- Díez Nicolás, J. y Morenos Páez, M. (2015). *La soledad en España*. Fundación ONCE y Fundación AXA. Recuperado de:
<https://www.fundacionseres.org/Lists/Informes/Attachments/995/151127%20La%20Soledad%20en%20Espa%C3%B1a.pdf>
- DiTomasso, E. y Spinner, B. (1993). The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SESLA). *Personality and Individual Differences*, 14(1), 127-134.
[https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90182-3](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90182-3)
- Dumas, T. M., Maxwell-Smith, M., Davis, J. P. y Giulietti, P. A. (2017). Lying or longing for likes? Narcissism, peer belonging, loneliness and normative versus deceptive like seeking on Instagram in emerging adulthood. *Computers in Human Behavior*, 71, 1-10.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.01.037>
- Equipo de Coordinación Regional de Salud Mental (2020). *Prevención del aislamiento social y sus consecuencias para la salud mental: retos en tiempos de pandemia*. Servicio de salud de Castilla-La Mancha. Recuperado de:
https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20201221/afrontamiento_del_malestar_ante_fechas_navidenas-rter.pdf
- Escobar-Viera, C. G., Shensa, A., Bowman, N. D., Sidani, J. E., Knight, J., James, A. E. y Primack, B. A. (2018). Passive and active social media use and depressive symptoms among United States adults. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 21(7), 437-443.
<http://doi.org/10.1089/cyber.2017.0668>
- Estupiñá, F. J. y Fernández Arias, I. (2022). *Estudio de prevalencia de ideación autolítica en estudiantes universitarios de la UCM (PIA-UCM)*. Observatorio del Estudiante Universidad Complutense de Madrid. Proyectos POE-UCM. Recuperado de:
<https://www.ucm.es/observatorio/file/informe-proyecto-38?ver>
- Fernández-Villa, T., Alguacil Ojeda, J., Almaraz Gómez, A., Cancela Carral, J. M., Delgado-Rodríguez, M., García-Martín, M., Jiménez-Mejías, E., Llorca, J., Molina, A. J., Ortiz Moncada, R., Valero-Juan, L. F. y Martín, V. (2015). Uso problemático de internet en estudiantes universitarios: factores asociados y diferencias de género. *Adicciones*, 27(4), 265-275. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/2891/289143390004.pdf>
- Fitzpatrick, K. M., Harris, C. y Drawve, G. (2020). How bad is it? Suicidality in the middle of the COVID-19 pandemic. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 50(6), 1241-1249.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12655>
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Aritio Solana, R., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, M. A., Lucas-Molina, B., Domínguez, C., Foncea, D., Espinosa, V., Gorría, A., Urbiola-Merina, E., Fernández, M., Merina Díaz, C., Gutiérrez, C., Aures, M., Campos, M. S., Domínguez-Garrido, E. y Pérez de Albéniz Iturriaga, A. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 76-85.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004>
- Fonseca-Pedrero, E. y Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la Escala Paykel de suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 106-115.
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>

- Fox, B. (2019) Loneliness and social media: a qualitative investigation of young people's motivations for use, and perceptions of social networking sites. En B. Fox (Ed.), *Emotions and Loneliness in a Networked Society* (pp. 309-331). Palgrave Macmillan.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-24882-6_16
- Fredrick, S. S., Demaray, M. K., Malecki, C. K. y Dorio, N. B. (2018). Can social support buffer the association between depression and suicidal ideation in adolescent boys and girls? *Psychology in the Schools*, 55(5), 490-505.
<https://doi.org/10.1002/pits.22125>
- Gámez-Guadix, M., Orue, I., Smith, P. K. y Calvete, E. (2013). Longitudinal and reciprocal relations of cyberbullying with depression, substance use, and problematic internet use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(4), 446-452.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.03.030>
- Gardani, M., Bradford, D. R. R., Russell, K., Allan, S., Beattie, L., Ellis, J. G. y Akram, U. (2022). A systematic review and meta-analysis of poor sleep, insomnia symptoms and stress in undergraduate students. *Sleep Medicine Reviews*, 61,
<https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101565>
- Gerson, J., Plagnol, A. C. y Corr, P. J. (2017). Passive and Active Facebook Use Measure (PAUM): validation and relationship to the Reinforcement Sensitivity Theory. *Personality and Individual Differences*, 117, 81-90.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.05.034>
- Hamdan-Mansour, A. M., Hamdan-Mansour, R. A., Allaham, D. M., Alrashidi, M., Alhaiti, A. y Mansour, L. A. H. (2024). Academic procrastination, loneliness, and academic anxiety as predictors of suicidality among university students. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(6), 2054-2062.
<https://doi.org/10.1111/inm.13366>
- Hanna, E., Ward, L. M., Seabrook, R. C., Jerald, M., Reed, L., Giaccardi, S. y Lippman, J. R. (2017). Contributions of social comparison and self-objectification in mediating associations between Facebook use and emergent adults' psychological well-being. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 20(3), 172-179.
<https://doi.org/10.1089/cyber.2016.0247>
- Ho, R. C., Zhang, M. W., Tsang, T. Y., Toh, A. H., Pan, F., Lu, Y., Cheng, C., Yip, P. S., Lam, L. T., Lai, C. M. Watanabe, H. y Mak, K. K. (2014). The association between internet addiction and psychiatric co-morbidity: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 14(183), 1-15.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-183>
- Hollingsworth, D. W., Sligh, M. L., Wingate, L. R., Davidson, C. L., Rasmussen, K. A., O'Keefe, V. M., Tucker, R. P. y Grant, D. M. (2018). The indirect effect of perceived burdensomeness on the relationship between indices of social support and suicide ideation in college students. *Journal of American College Health*, 66(1), 9-16.
<https://doi.org/10.1080/07448481.2017.1363764>
- Instagram (2021). *Changes we're making to do more to support and protect the most vulnerable people who use Instagram*. [en línea]. Recuperado de:
<https://about.instagram.com/es-la/blog/announcements/more-steps-to-keep-instagram-users-safe>
- Instituto Nacional de Estadística (2021). *La salud mental en la pandemia*. [en línea]. Recuperado de:
https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259953225445&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE_C%2FPYSDetalleCifrasINE
- Instituto Nacional de Estadística (2024). *Uso de Internet por Comunidades y Ciudades Autónomas y frecuencia de uso*. [en línea]. Recuperado de:
<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=70476>
- Instituto Nacional de Estadística (2025). *Estadística de defunciones según la causa de muerte Defunciones por causas, por sexo y grupos de edad*. [en línea]. Recuperado de: <https://ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>
- Jager-Hyman, S., Cunningham, A., Wenzel, A., Mattei, S., Brown, G. K. y Beck, A. T. (2014). Cognitive distortions and suicide attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 38, 369- 374.
<https://doi.org/10.1007/s10608-014-9613-0>
- Jasso-Medrano, J. L. y López-Rosales, F. (2018). Measuring the relationship between social media use and addictive behavior and depression and suicide ideation among university students. *Computers in Human Behavior*, 87, 183-191.

- <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.05.003>
Kazan, D., Cleave, A. L. y Batterham, P. J. (2016). The impact of intimate partner relationships on suicidal thoughts and behaviours: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 190, 585-598.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.003>
- Kim, N. R., Hwang, S. S., Choi, J. S., Kim, D. J., Demetrovics, Z., Király, O., Nagygyörgy, K., Griffiths, M. D., Hyun, S. Y., Youn, H. C. y Choi, S. W. (2016). Characteristics and psychiatric symptoms of Internet Gaming Disorder among adults using self-reported DSM-5 criteria. *Psychiatry Investigation*, 13(1), 58-66.
<https://doi.org/10.4306/pi.2016.13.1.58>
- Klonsky, E. D. y May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129.
<https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Kuss, D. J. y Griffiths, M. D. (2011). Online social networking and addiction - A review of the psychological literature. *International Journal of Environmental and Public Health*, 8(9), 3528-3552.
<https://doi.org/10.3390/ijerph8093528>
- Lamis, D. A., Ballard, E. D., May, A. M. y Dvorak, R. D. (2016). Depressive symptoms and suicidal ideation in college students: The mediating and moderating roles of hopelessness, alcohol problems, and social support. *Journal of Clinical Psychology*, 72(9), 919-932.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22295>
- Lane, R. y Miranda, R. (2018). The effects of familial acculturative stress and hopelessness on suicidal ideation by immigration status among college students. *Journal of American College Health*, 66(2), 76-86.
<https://doi.org/10.1080/07448481.2017.1376673>
- Laor, T. (2022). My social network: Group differences in frequency of use, active use, and interactive use on Facebook, Instagram and Twitter. *Technology in Society*, 68, 101922.
<https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2022.101922>
- Lee, C. Y. S. y Goldstein, S. E. (2016). Loneliness, stress, and social support in young adulthood: does the source of support matter? *Journal of Youth and Adolescence*, 45(3), 568-580.
<https://doi.org/10.1007/s10964-015-0395-9>
- Leung, L. y Lee, P. S. N. (2012). The influences of information literacy, internet addiction and parenting styles on internet risks. *New Media & Society*, 14(1), 117-136.
<https://doi.org/10.1177/1461444811410406>
- López-Martínez, L. F. (2020). *Duelo, autolesión y conducta suicida. Desafíos en la era digital*. Letra Minúscula.
- Lup, K., Trub, L. y Rosenthal, L. (2015). Instagram #instasad?: exploring associations among instagram use, depressive symptoms, negative social comparison, and strangers followed. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 18(5), 247-252.
<https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0560>
- Marchant, A., Hawton, K., Stewart, A., Montgomery, P., Singaravelu, V., Lloyd, K., Purdy, N., Daine, K. y John, A. (2018). A systematic review of the relationship between Internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PLOS One*, 13(3),
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181722>
- Marengo, D., Quilghini, F., Ricci, G. y Settanni, M. (2024). Instagram Stories Unveiled: Exploring Links with Psychological Distress, Personality, and Gender. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 27(4), 275-281.
<https://doi.org/10.1089/cyber.2023.0316>
- McClelland, H., Evans, J. J., Nowland, R., Ferguson, E. y O'Connor, R. C. (2020). Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*, 274(1), 880-896.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.004>
- Mergl, R., Koburger, N., Heinrichs, K., Székely, A., Tóth, M. D., Coyne, J., Quintão, S., Arensman, E., Coffey, C., Maxwell, M., Várník, A., van Audenhove, C., McDaid, D., Sarchiapone, M., Schmidtke, A., Genz, A., Gusmão, R. y Hegerl, U. (2015). What Are Reasons for the Large Gender Differences in the Lethality of Suicidal Acts? An Epidemiological Analysis in Four European Countries. *PLOS One*, 10(7)
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129062>
- Ministerio de Sanidad, Comisionado de Salud Mental (2025). *Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027*. [en línea]. Recuperado de:

https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_prevenccion_del_suicidio_2025_2027.pdf

- Ministerio de Universidades (2020). *Datos y cifras del Sistema Universitario Español. Publicación 2019-2020*. Secretaría General Técnica del Ministerio de Universidades. Recuperado de: <https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:b9e82c7a-1174-45ab-8191-c8b7e626f5aa/informe-datos-y-cifras-del-sistema-universitario-espa-ol-2019-2020-corregido.pdf>
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Alayo, I., Vilagut, G., Blasco, M. J., Torrent, A., Ballester, L., Almenara, J., Lagares, C., Roca, M., Sesé, A., Piqueras, J. A., Soto-Sanz, V., Rodríguez-Marín, J., Echeburúa, E., Gabilondo, A., Cebrià, A. I., Bruffaerts, R., Auerbach, R. P., ... Alonso, J. (2019). Gender commonalities and differences in risk and protective factors of suicidal thoughts and behaviors: A cross-sectional study of Spanish university students. *Depression and Anxiety*, 36(11), 1102-1114. <https://doi.org/10.1002/da.22960>
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G. y Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health*, 64(2), 265-283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
- Moreno-Gordillo, G., Trujillo-Olivera, L. E., García Chong, N. R., y Tapia-Garduño, F. (2019). Suicidio y depresión en adolescentes: una revisión de la literatura. *Revista Chilena de Salud Pública*, 23(1), 31-34. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2019.55041>
- Mortier, P., Demyttenaere, K., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Green, J. G., Kiekens, G., Kessler, R. C., Nock, M. K., Zaslavsky, A. M. y Bruffaerts, R. (2017). First onset of suicidal thoughts and behaviours in college. *Journal of Affective Disorders*, 207, 291-299. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.033>
- Muñoz-Rivas, M., J., Fernández, L. y Gámez-Guadix, M. (2010). Analysis of the indicators of

pathological Internet use in Spanish university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 697-707.

<https://doi.org/10.1017/S1138741600002365>

- Navarro-Gomez, N. (2017). Suicide among young people in Spain: Facts and possible causes. An analysis of latest data available. *Clínica y Salud*, 28(1), 25-31.

<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.002>

- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. [en línea]. Recuperado de:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/97488>

- Özdemir, Y., Kuzucu, Y. y Ak, Ş. (2014). Depression, loneliness and Internet addiction: how important is low self-control? *Computers in Human Behavior*, 34, 284-290.

<https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.02.009>

- Parra Sierra, V., Vargas Martínez, J. I., Zamorano González, B., Peña Cárdenas, F., Velázquez Narváez, Y., Ruiz Ramos, L. y Monreal Aranda, O. (2016). Adicción y factores determinantes en el uso problemático del Internet, en una muestra de jóvenes universitarios. *EDUTEC. Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, 56, 60-73.

<https://doi.org/10.21556/edutec.2016.56.741>

- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J. y Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry*, 124(582), 460-469.

<https://doi.org/10.1192/bjp.124.5.460>

- Pereda, N., Codina, M. y Díaz-Faes, D. (2024). *Violencia en las relaciones de pareja entre adolescentes. El observatorio social Fundación "La Caixa"*. [en línea]. Recuperado de:

<https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/es/-/violencia-en-las-relaciones-de-pareja-entre-adolescentes>

- Pérez, M. y Quiroga-Garza, A. (2019). Uso compulsivo de sitios de redes sociales, sensación de soledad y comparación social en jóvenes. *Redes. Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 30(1), 68-78.

<https://doi.org/10.5565/rev/redes.809>

- Pittman, M. (2015). Creating, consuming, and connecting: Examining the relationship between social media engagement and loneliness. *The Journal of Social Media in Society*, 4(1), 66-98.

- <https://www.thejsms.org/index.php/JSMS/article/view/92/52>
- Pop, L. M., Iorga, M. y Iurcov, R. (2022). Body-Esteem, Self-Esteem and Loneliness among Social Media Young Users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9).
<https://doi.org/10.3390/ijerph19095064>
- Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., Van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., Maes, M. y Verhagen, M. (2015). Loneliness across the life span. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 250-264.
<https://doi.org/10.1177/1745691615568999>
- Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R. y Franklin, J. C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal studies. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 212(5), 279-286.
<https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27>
- Ribeiro, J. D., y Joiner, T. E. (2009). The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Current status and future directions. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1291-1299.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20621>
- Rippé, C. B., Smith, B. y Dubinsky, A. J. (2018). Lonely consumers and their friend the retail salesperson. *Journal of Business Research*, 92, 131-141.
<https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2018.07.013>
- Rogowska, A. M. y Libera, P. (2022). Life Satisfaction and Instagram Addiction among University Students during the COVID-19 Pandemic: The Bidirectional Mediating Role of Loneliness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14).
<https://doi.org/10.3390/ijerph19148414>
- Rueger, S. Y., Malecki, C. K., Pyun, Y., Aycocck, C. y Coyle, S. (2016). A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 142(10), 1017-1067.
<https://doi.org/10.1037/bul0000058>
- Sahin, S., Ozdemir, K. y Unsal, A. (2013). Evaluation of the relationship between internet addiction and depression in university students. *Medicinski Glasnik*, 18(49), 14-27.
<https://doi.org/10.5937/medgla1349014S>
- Sánchez Teruel, D., Muela Martínez, J. A. y García León, A. (2014). Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 277-290. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/560/56031293009.pdf>
- Sánchez-Teruel, D., Muela-Martínez, J. A. y García-León, A. (2018). Variables de riesgo y protección relacionadas con la tentativa de suicidio. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 221-229.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.19106>
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/167.pdf>
- Scott, E. S., Canivet, C. y Östergren, P. O. (2020). Investigating the effect of social networking site use on mental health in an 18-34 year-old general population; a cross-sectional study using the 2016 Scania Public Health Survey. *BMC Public Health*, 20(1).
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09732-z>
- Secretaría de Estado de Comunicación (9 de octubre de 2021). *Intervención del presidente del gobierno en el acto "Salud mental y COVID-19. Plan de acción"*. [Discurso principal]. Presidencia del Gobierno, Complejo de la Moncloa, Madrid, España. [en línea]. Recuperado de: <https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/intervenciones/Documents/2021/211009%20TRANSCRIPC%C3%93N%20PG%20ACTO%20SALUD%20MENTAL.pdf>
- Seo, C., Di Carlo, C., Dong, S. X., Fournier, K. y Haykal, K. A. (2021). Risk factors for suicidal ideation and suicide attempt among medical students: A meta-analysis. *PLOS One*, 16(12).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261785>
- Sheldon, P., y Bryant, K. (2016). Instagram: Motives for its use and relationship to narcissism

- and contextual age. *Computers in Human Behavior*, 58, 89-97.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.12.059>
- Shenouda, E. N. y Basha, S. E. (2014). Resilience, social support, and stress as predictors of suicide ideation among public universities' students in Egypt. *OIDA International Journal of Sustainable Development*, 7(8), 37-66. Recuperado de:
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2508552
- Sherlock, M. y Wagstaff, D. L. (2019). Exploring the relationship between frequency of Instagram use, exposure to idealized images, and psychological well-being in women. *Psychology of Popular Media Culture*, 8(4), 482-490.
<https://doi.org/10.1037/ppm0000182>
- Siabato Macías, E. F. y Salamanca Camargo, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia: avances de la disciplina*, 9(1), 71-81. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/2972/297233780005.pdf>
- Suriá Martínez, R. (2015). Jóvenes con discapacidad motora y redes sociales online, ¿nuevos espacios para el desarrollo de habilidades sociales? *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 45(1), 71-85. Recuperado de:
<http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/1192>
- Thorisdottir, I. E., Sigurvinsdottir, R., Asgeirsdottir, B. B., Allegrante, J. P. y Sigfusdottir, I. D. (2019). Active and Passive Social Media Use and Symptoms of Anxiety and Depressed Mood Among Icelandic Adolescents. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 22(8), 535-542.
<https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0079>
- Tifferet S. (2020). Gender Differences in Social Support on Social Network Sites: A Meta-Analysis. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 23(4), 199-209.
<https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0516>
- TikTok (2025). *Guías*. [en línea]. Recuperado de:
<https://www.tiktok.com/safety/es/suicide-self-harm>
- Till, B., Arendt, F., Kirchner, S., Naderer, B. y Nierdkrotenthaler, T. (2023). The role of monocausal versus multicausal explanations of suicide in suicide reporting: A randomized controlled trial. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 53(6), 1063-1075.
<https://doi.org/10.1111/sltb.13007>
- Tokunaga, R. S. (2017). A meta-analysis of the relationships between psychosocial problems and internet habits: Synthesizing internet addiction, problematic internet use, and deficient self-regulation research. *Communication Monographs*, 84(4), 423-446.
<https://doi.org/10.1080/03637751.2017.1332419>
- Toro-Tobar, R. A., Grajales-Giraldo, F. L. y Sarmiento-López, J. C. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16(4), 473-486.
<https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.6>
- Tromholt, M. (2016). The Facebook experiment: Quitting Facebook leads to higher levels of well-being. *Cyberpsychology Behavior and Social Networking*, 19(11), 661-666.
<https://doi.org/10.1089/cyber.2016.0259>
- Unión Internacional de Telecomunicaciones (2021). *Tendencias digitales en Europa 2021*. ITU Publicaciones, Región de Europa. [en línea]. Recuperado de:
https://www.itu.int/en/ITU-D/Regional-Presence/Europe/Documents/Publications/D-IND-DIG_TRENDS_EUR.01-2021-PDF-S.pdf
- Valkenburg P. M. (2022). Social media use and well-being: What we know and what we need to know. *Current Opinion in Psychology*, 45, Artículo 101294.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.12.006>
- Verduyn, P., Ybarra, O., Résibois, M., Jonides, J. y Kross, E. (2017). Do social network sites enhance or undermine subjective well-being? A critical review. *Social Issues and Policy Review*, 11(1), 274-302.
<https://doi.org/10.1111/sipr.12033>
- Villar Cabeza, F. (2022). *Morir antes del suicidio. Prevención en la adolescencia*. Herder.
- Wang, X., Cai, L., Qian, J. y Peng, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(41), 1-5.
<https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-41>
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. The MIT Press.

- Wolitzky-Taylor, K., LeBeau, R. T., Perez, M., Gong-Guy, E. y Fong, T. (2020). Suicide prevention on college campuses: What works and what are the existing gaps? A systematic review and meta-analysis. *Journal of American College Health*, 68(4), 419-429.
<https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1577861>
- Woods, H. C. y Scott, H. (2016). #Sleepyteens: Social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem. *Journal of Adolescence*, 51(1), 41-49.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.05.008>
- Yang, C. C. (2016). Instagram use, loneliness, and social comparison orientation: Interact and browse on social media, but don't compare. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 19(12), 703-708.
<https://doi.org/10.1089/cyber.2016.0201>
- Yárnöz Yaben, S. (2008). Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(1), 103-116.
<https://www.redalyc.org/pdf/560/56080109.pdf>
- Yoon, S., Kleinman, M., Mertz, J. y Brannick, M. (2019). Is social network site usage related to depression? A meta-analysis of Facebook-depression relations. *Journal of Affective Disorders*, 248(1), 65-72.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.026>
- Younis, W., Shawashi, T., Abdalrahim, M. S., Maharmeh, M., Darawad, M. W., Alosaimi, D. y Hamdan-Mansour, A. (2022). Students Perspective of Clinical Online Training During COVID-19 Pandemic: A Descriptive Phenomenological Study. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 21(3), 69-80.
<http://dx.doi.org/10.12738/jestp.2021.3.006>
- Zafra Cremades, S. (2019). Redes sociales para la prevención del suicidio juvenil. *3C TIC. Cuadernos de desarrollo aplicados a las TIC*, 8(2), 54-69.
<https://doi.org/10.17993/3ctic.2019.82.54-69>

Anexos

Tabla 1. Análisis descriptivo de variable edad, género, estado sentimental y con quién vive

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Media	Desv. típ.
Edad				21,76	2,33
Género	Mujer	163	76,9		
	Hombre	48	22,6		
	Prefiero no decirlo	1	,05		
Estado sentimental	Soltero/a	121	57,1		
	En pareja	91	42,9		
Con quién vive	Amigos/as	14	6,6		
	Compañeros/as de piso	28	13,2		
	Familia	150	70,8		
	Pareja	10	4,7		
	Solo/a	10	4,7		

Nota. Desv. típ.: desviación típica.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las variables del estudio

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Ideación suicida	Sí	42	19,8	1,11	1,47	0	5
	No	170	80,2				
Soledad familiar				10,63	5,88	5	35
Soledad romántica				17,76	9,62	4	35
Soledad social				11,03	5,56	4	30
Soledad total				39,42	13,03	15	92
Depresión				14,87	10,57	0	53
Uso activo (total)				2,15	,68	1	5
Uso activo social				1,78	,59	1	5
Uso activo no social				2,53	,89	1	5
Uso pasivo				2,91	,73	1	5
Minutos al día en Instagram				89,51	72,47	0	420

Nota. Desv. típ.: desviación típica.

Tabla 3. Diferencias de medias según el género

Variable	Media (Desv. típ.)		t	p	g/δ *
	Mujeres	Hombres			
Soledad familiar	10,66 (5,99)	10,00 (4,33)	,85	,40	,15 ¹
Soledad romántica	16,84 (9,48)	21,13 (9,43)	-2,75	,01	,45
Soledad social	11,10 (5,83)	10,88 (4,64)	,25	,80	,04
Soledad total	38,61 (13,54)	42,00 (10,94)	-1,59	,11	,26
Depresión	16,28 (11,07)	9,75 (6,36)	5,17	< ,001	1,03 ¹
Ideación suicida	1,16 (1,49)	,90 (1,34)	1,10	,27	,18
Uso activo social	1,8 (,59)	1,70 (,59)	,98	,33	,16
Uso activo no social	2,61 (,92)	2,28 (,74)	2,53	,01	,44 ¹
Uso pasivo	3 (,71)	2,59 (,72)	3,56	< ,001	,58
Minutos al día en Instagram	94,83 (76,11)	71,87 (56,09)	1,92	,06	,32

Nota. Desv. típ.: desviación típica.

*En condiciones de homocedasticidad, las diferencias de medias entre las categorías de las variables dicotómicas se evaluaron mediante la prueba t y se obtuvo el estadístico del tamaño del efecto g de Hedges (interpretación: insignificante <.20 < pequeño <.50 < mediano <.80 < grande).

¹No se pudo asumir homocedasticidad, por lo que los resultados de la prueba t se ajustaron para varianzas no homogéneas y se utilizó el estadístico del tamaño del efecto delta de Glass (misma interpretación que g de Hedges).

Tabla 4. Diferencias de medias según el estado sentimental

Variable	Media (Desv. típ.)		t	p	g/δ *
	Soltero/a	En pareja			
Soledad familiar	10,24 (5,67)	11,14 (6,15)	-1,11	,27	,15
Soledad romántica	23,98 (7,17)	9,51 (5,26)	16,95	<,001	2,75 ¹
Soledad social	10,22 (5,03)	12,11 (6,07)	-2,41	,02	,31
Soledad total	44,44 (11,71)	32,76 (11,69)	7,19	<,001	,99
Depresión	14,52 (10,18)	15,34 (11,12)	-,56	,58	,08
Ideación suicida	,92 (1,29)	1,37 (1,64)	-2,19	,03	,28 ¹
Uso activo social	1,81 (,58)	1,73 (,60)	,90	,37	,12
Uso activo no social	2,54 (,89)	2,51 (,91)	,29	,77	,04
Uso pasivo	2,91 (,76)	2,92 (,68)	-,11	,91	,01
Minutos al día en Instagram	94,74 (78,3)	82,68 (63,83)	1,22	,22	,17

Nota. Desv. típ.: desviación típica.

*En condiciones de homocedasticidad, las diferencias de medias entre las categorías de las variables dicotómicas se evaluaron mediante la prueba t y se obtuvo el estadístico del tamaño del efecto g de Hedges (interpretación: insignificante <.20 < pequeño <.50 < mediano <.80 < grande).

¹No se pudo asumir homocedastic.

Tabla 5. Prueba de normalidad mediante Kolmogorov-Smirnov

Variable	Estadístico	p
Ideación suicida	,31	< ,001
Edad	,15	< ,001
Soledad familiar	,16	< ,001
Soledad romántica	,12	< ,001
Soledad social	,18	< ,001
Soledad total	,04	,20
Depresión	,11	< ,001
Uso activo social	,10	< ,001
Uso activo no social	,15	< ,001
Uso pasivo	,07	,01
Minutos al día en Instagram	,17	< ,001

Tabla 6. Correlaciones de Spearman entre las variables del estudio

Variable	Ideación suicida	Edad	Soledad familiar	Soledad romántica	Soledad social	Soledad total	Depre- sión	Uso activo social	Uso activo no social	Uso pasivo
Edad	,02*									
Soledad familiar	,35***	,14*								
Soledad romántica	-,01	-,07	-,03							
Soledad social	,28***	,13	,28***	-,01						
Soledad total	,27***	,05	,47***	,73***	,47***					
Depresión	,50***	-,05	,35***	,12	,18**	,34***				
Uso activo social	-,14*	-,19**	-,23**	-,00	-,28***	-,21**	-,14*			
Uso activo no social	-,09	-,12	-,22**	-,00	-,21**	-,18**	-,03	,64***		
Uso pasivo	,17*	-,12	-,16*	,08	-,09	-,03	,19**	,17*	,23**	
Minutos al día en Instagram	,04*	-,16*	-,16*	,02	-,14*	-,14*	,06	,30***	,39***	,33***

Tabla 7. Coeficientes de regresión en el análisis de regresión lineal múltiple sobre la variable de ideación suicida

Variables	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	<i>t</i>	<i>p</i>
	B	Error típ.	β		
(Constante)	-1,61	,53		-3,04	,00
Estado sentimental	,29	,25	,10	1,17	,24
Soledad familiar	,04	,02	,15	1,81	,07
Soledad social	,06	,02	,21	2,69	,01
Depresión	,05	,01	,38	5,98	< ,001
Uso activo social	-,07	,15	-,03	-,51	,61
Uso pasivo	,29	,12	,14	2,44	,01

Anexo 1. Adaptación del cuestionario Passive and Active Facebook Use Measure (PAUM) de Gerson et al. (2017)

A continuación, encontrarás una serie de actividades que puede realizar en Instagram. Responda señalando la frecuencia con la que participa en cada una de ellas. Recuerde responder con sinceridad, las respuestas son anónimas y no hay respuestas buenas o malas.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Subir stories					
2. Comentar y dar me gusta en stories y/o posts					
3. Hablar a través de los mensajes directos de Instagram					
4. Mirar/revisar stories de otras personas					
5. Crear stories y/o posts					
6. Subir/publicar posts					
7. Ver IGTV o directos					
8. Estar en el menú principal sin dar me gusta ni dejar comentarios					
9. Revisar mi perfil, cambiar foto de perfil y/o feed					
10. Compartir contenido e información con otros (stories y posts)					
11. Mirar el “explora” sin dar me gusta, comentar, guardar ni enviar nada					
12. Mirar el “explora” dando me gusta, comentando, guardando y enviando publicaciones a alguien					
13. Ver/revisar los perfiles y comentarios de otras personas					

Cicatrices invisibles: la infancia en Gaza y el trauma del conflicto

MARÍA VERÓNICA JIMENO JIMÉNEZ

La crisis humanitaria en Gaza

En octubre de 2023 se intensificó el conflicto armado en Gaza, lo que provocó el desplazamiento de aproximadamente 1,9 millones de personas, de las cuales se estima que el 70 % eran mujeres y menores (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, s. f.). Este conflicto en curso entre Israel y Palestina ha demostrado una vez más que la guerra afecta de manera desproporcionada a las poblaciones civiles, en particular a los menores y adolescentes. La guerra actual en Gaza se encuentra entre las más mortíferas para la población infantil en la historia reciente. Solo en el primer mes, el número de menores asesinados en Gaza fue diez veces superior al total de víctimas infantiles registradas durante el primer año de la guerra en Ucrania (Alianza para la Protección de la Niñez en Acciones Humanitarias, 2024).

Francesca Albanese, Relatora Especial de la ONU sobre la situación de los derechos humanos en los territorios palestinos ocupados, ha subrayado la gravedad de la crisis humanitaria en Gaza. En su informe de 2024, señaló que “los menores en Gaza están atravesando una crisis humanitaria sin precedentes, con sus derechos fundamentales siendo vulnerados a diario” (Albanese, 2024). Instó a la comunidad internacional a tomar medidas inmediatas y decisivas para proteger a los menores y garantizar sus derechos.

UNICEF (2023) informó de 315.000 violaciones

graves de los derechos de la infancia en contextos de conflicto, en su mayoría ocurridas en la República Democrática del Congo, Israel y el Estado de Palestina, Somalia, Ucrania y Siria. Además, más de 120.000 menores fueron asesinados, aunque es probable que la cifra real sea aún mayor. La directora ejecutiva de UNICEF, Catherine Russell, enfatizó: “Toda guerra es, en última instancia, una guerra contra la infancia”. Los datos de 2024 resultan igualmente alarmantes y ponen de relieve la persistente falta de protección de los menores en las zonas de conflicto. A nivel global, uno de cada cinco menores —aproximadamente 400 millones— vive en, o huye de, áreas afectadas por conflictos, y el 41 % de la población desplazada son menores (Alianza para la Protección de la Niñez en Acciones Humanitarias, 2024).

Victimización infantil y vulnerabilidad psicológica

Los menores y adolescentes siguen viéndose afectados de manera desproporcionada en entornos en los que deberían estar seguros. Los ataques contra escuelas y hospitales aumentaron un 74 % entre 2021 y 2022, con muchas regiones afectadas por conflictos experimentando un marcado incremento de este tipo de incidentes (Save the Children, 2023). Asimismo, la proporción de menores solicitantes de asilo pasó del 15 % en 2021 al 18 % en 2022 (Comisión Española de Ayuda al Refugiado, 2024).

Perspectivas ofrece opiniones y análisis de expertos sobre temas clínicos, investigadores y sociales en salud mental infanto-juvenil. Las ideas expresadas pertenecen exclusivamente a sus autores. Si desea enviar propuestas o responder a alguno de los comentarios publicados, puede hacerlo a través de revista@fundacioorienta.com

El conflicto armado no perdona a nadie, y los menores se quedan sin refugios seguros, convirtiéndose tanto en testigos como en víctimas directas o indirectas de una violencia extrema durante etapas críticas del desarrollo.

Este informe adopta el marco de la victimización infantil, definida por Ortega et al. (2023) como aquellas experiencias que dañan el bienestar de los menores o adolescentes y son perpetradas por individuos o grupos, distinguiendo entre formas directas e indirectas de victimización.

Los menores y adolescentes deben ser protegidos en circunstancias devastadoras como los conflictos armados. Según la tipología de victimización de Mendelsohn, representan a la “víctima ideal” o “inocente”, caracterizada por un alto grado de desconocimiento respecto a su propia victimización y, en consecuencia, sin responsabilidad alguna sobre su situación (Herrera, 2006).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2025) informa que el número de menores en Gaza que han resultado asesinados en ataques israelíes desde octubre de 2023 ha superado los 50.000. Durante casi 23 meses de conflicto, se ha registrado un promedio de al menos un niño o niña palestino asesinado cada hora en Gaza a manos de las fuerzas israelíes. Según *Save the Children* (2025), el número total de menores fallecidos supera ya los 20.000, una cifra que refleja la magnitud del sufrimiento infantil en este contexto de violencia sostenida. Se estima que aproximadamente 40.000 menores han quedado huérfanos. Los menores en Gaza representan el 60 % del total de víctimas directas e indirectas de la guerra. Además de estas cifras estremecedoras, afrontan ahora graves consecuencias derivadas de la denegación de ayuda humanitaria y de protección.

Los conflictos armados siguen constituyendo una crisis global que afecta a millones de menores, con consecuencias devastadoras para su bienestar físico, emocional y psicológico. En Gaza, al menos 1.009 niños y niñas fueron asesinados antes de cumplir su primer año de vida, y casi la mitad de ellos —450 bebés— nacieron y murieron durante el conflicto. Según el Ministerio de Salud, más de 42.000 menores han resultado heridos, y el Comité de la ONU sobre

los Derechos de las Personas con Discapacidad estima que al menos 21.000 presentan discapacidades permanentes. A estas cifras se suman miles de niños y niñas desaparecidos, muchos de los cuales se presume que permanecen sepultados bajo los escombros, sin posibilidad de ser identificados ni recuperados. A pesar de los abundantes datos, estadísticas e informes que documentan la amplia victimización de los menores —tanto directa como indirecta—, los Estados en gran medida han fracasado en asumir su responsabilidad, dejando que estos menores soporten las consecuencias persistentes de la violencia y el desplazamiento.

Alteración del desarrollo y consecuencias en la salud mental

El conflicto en Gaza está dismantelando innumerables estructuras familiares y alterando las relaciones de apego, lo que conduce a un agotamiento emocional provocado por la exposición continua al miedo. Se espera que esta alteración tenga efectos irreversibles sobre los sistemas de apego de los menores y adolescentes afectados, con consecuencias psicológicas a largo plazo (Anas y Barrett, 2007). Durante la infancia, cuando el sistema de respuesta al estrés aún se encuentra en desarrollo, el apoyo parental resulta esencial para manejar experiencias adversas. La ausencia de dicho apoyo incrementa de forma significativa el riesgo de desarrollar trastornos de salud física y mental (Dorado, 2023). En Gaza, la pérdida generalizada de padres y cuidadores primarios dificulta aún más la capacidad de los menores para afrontar el trauma de lo que muchos han descrito como un genocidio.

La literatura científica ha mostrado de manera consistente que los menores cuyos cuidadores han estado expuestos a conflictos armados presentan un mayor riesgo de sufrir maltrato y negligencia. Por ejemplo, estudios realizados en Uganda indican que los padres que padecen trastornos de salud mental relacionados con el conflicto exhiben tasas más elevadas de maltrato infantil (Kadir et al., 2019). El conflicto en curso en Gaza está afectando a los menores en múltiples dimensiones, no solo debilitando el papel fundamental de la familia durante las primeras etapas del desarrollo, sino también

perturbando factores ambientales más amplios esenciales para un crecimiento saludable.

Halevi et al. (2016) llevaron a cabo un estudio longitudinal prospectivo en el que se siguió el desarrollo de 232 menores, incluidos 148 expuestos de manera reiterada al trauma de guerra y 84 controles, a lo largo de tres etapas del desarrollo: primera infancia (1,5–5 años), infancia intermedia (5–8 años) e infancia tardía (9–11 años). Los resultados revelaron que los menores y adolescentes que viven en zonas de conflicto presentaban tasas significativamente más altas de trastornos psicológicos, con un 81 % mostrando al menos una forma de psicopatología durante la infancia. En la infancia intermedia, estos menores evidenciaron tasas elevadas de trastorno por estrés postraumático (TEPT), ansiedad y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). En la infancia tardía, se observó una mayor prevalencia de TEPT, trastornos de la conducta, trastorno negativista desafiante y TDAH.

Trauma intergeneracional y deterioro ambiental

Los menores expuestos a la guerra también presentaron niveles más altos de psicopatologías comórbidas, con un incremento del número de condiciones comórbidas a medida que aumentaba la edad. De manera destacada, la exposición a la guerra se asoció con un aumento de 24 veces en la prevalencia de trastornos crónicos. Factores maternos —como estilos de crianza inconsistentes y el malestar emocional materno— incrementaron aún más el riesgo de psicopatologías tempranas y crónicas, mientras que una menor participación social de los menores se vinculó con un mayor riesgo de trastornos en etapas posteriores.

Las consecuencias psicológicas del conflicto armado son multifacéticas y dependen de varios factores, entre ellos la etapa del desarrollo en el momento de la exposición, la duración del conflicto y variables contextuales más amplias (Pereda, 2023; Piñeros-Ortiz et al., 2021). El conflicto armado expone a los menores a violencia crónica y a un malestar psicológico persistente durante períodos altamente vulnerables del desarrollo, lo que contribuye a una elevada prevalencia de trastornos de salud mental. Numerosos

estudios han identificado la depresión, los trastornos de ansiedad, el TEPT, el abuso de sustancias, la ideación y los intentos suicidas, así como conductas externalizantes e internalizantes, como resultados frecuentes entre los menores que son víctimas directas o indirectas del conflicto armado (Aníbal et al., 2023; Bronstein y Montgomery, 2011; Kadir et al., 2018; Piñeros-Ortiz et al., 2021). Estos efectos suelen persistir mucho tiempo después del cese de las hostilidades. Además, en comparación con menores no expuestos al conflicto armado, la prevalencia de trastornos de ansiedad y del trastorno depresivo mayor es de dos a cuatro veces superior en los menores afectados por la guerra (Bendaivid et al., 2021).

Resulta esencial investigar el impacto psicológico del conflicto armado en menores, particularmente en áreas poco exploradas como la conducta antisocial. Hacerlo representa una inversión estratégica para romper los ciclos de trauma y sufrimiento, así como para orientar los esfuerzos de prevención y protección destinados a menores cuyos derechos han sido sistemáticamente vulnerados.

El estrés crónico de inicio temprano no se resuelve de manera natural; por el contrario, sus efectos tienden a intensificarse con el tiempo. Los menores expuestos al trauma suelen desarrollar perfiles sintomáticos más comórbidos, crónicos y externalizantes a medida que crecen. Las cicatrices psicológicas que deja la guerra perduran durante años, persistiendo con frecuencia mucho más allá de la finalización del conflicto. Para muchos, la pérdida de la familia, de los lazos comunitarios y de los entornos familiares ocurre en ventanas críticas del desarrollo, disrupciones que quizá nunca lleguen a repararse por completo (Aníbal et al., 2023).

Estas cicatrices invisibles —la ansiedad persistente, la disociación, la pérdida de sentido de seguridad, la ruptura del apego— no se contabilizan en los informes de víctimas, pero configuran una emergencia psicológica de largo alcance. La infancia en Gaza está siendo moldeada por el terror, la pérdida, la deshumanización y el abandono de los gobiernos y organismos internacionales, en un contexto donde el duelo colectivo se entrelaza con la imposibilidad de imaginar un futuro. Investigar

estas huellas es una obligación ética y científica, para visibilizar lo que no se ve y para contribuir a la reparación de lo irreparable.

¿Qué futuro aguarda a los menores y adolescentes que han sobrevivido al genocidio en Gaza? ¿Podemos esperar razonablemente que lleguen a convertirse en adultos psicológicamente sanos? Lo único cierto es que no tendrán nada que perder, porque ya lo han perdido todo.

La urgencia de la responsabilidad global

Es imperativo que los Estados y la comunidad internacional asuman la responsabilidad de proteger a los menores en contextos de conflicto armado. No podemos permitir que las generaciones futuras carguen con las cicatrices psicológicas y del desarrollo derivadas de nuestra inacción colectiva. La guerra no solo destruye ciudades y economías: también rompe de manera irreparable las vidas de los más vulnerables.

En consecuencia, resulta esencial que las Naciones Unidas establezcan un comité específico para supervisar y hacer cumplir la protección de los menores en las zonas de conflicto, garantizando el pleno respeto de los derechos consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño (Naciones Unidas, 1989). Igualmente, es fundamental que la ONU continúe respaldando a sus representantes que trabajan activamente en la defensa de los derechos del pueblo palestino.

Implicaciones clínicas

Los profesionales de la salud mental que trabajan con menores afectados por conflictos armados deben estar preparados para abordar perfiles de trauma complejo que, con frecuencia, incluyen síntomas superpuestos de ansiedad, depresión y trastornos de la conducta. En el caso de Gaza, donde los menores han soportado una exposición prolongada a la violencia, la pérdida y el desplazamiento, las intervenciones terapéuticas deberían priorizar la restauración de los vínculos de apego y la implementación de una atención informada en trauma. Los sistemas de apoyo comunitario pueden desempeñar un papel vital en el fomento de la resiliencia y en la reconstrucción de un sentido de seguridad y pertenencia.

Además, la recuperación de heridas psicológicas tan profundas requiere un seguimiento a largo plazo y la aplicación de enfoques terapéuticos culturalmente sensibles que tengan en cuenta el contexto sociopolítico del trauma. Estas intervenciones deben ser sostenidas y adaptables, reconociendo que los efectos del estrés crónico de inicio temprano suelen intensificarse con el tiempo. Finalmente, la colaboración internacional resulta esencial para garantizar que los menores en zonas de conflicto tengan un acceso constante a los servicios de salud mental. Ello incluye no solo la provisión de recursos, sino también la voluntad política de garantizar los derechos de los menores, tal y como están consagrados en el derecho internacional.

María Verónica Jimeno Jiménez es Vicedecana de Criminología, Profesora Titular de Victimología, Investigadora Principal del *Grupo de Investigación en Victimología y Psicopatología de la Infancia y la Adolescencia* (G-VIPIA), del Centro de Investigación en Criminología (CIC), Facultad de Derecho Albacete de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Contacto: Veronica.Jimeno@uclm.es

Bibliografía

- Albanese, F. (2024). *Anatomy of a Genocide: Report of the Special Rapporteur on the situation of human rights in the Palestinian territories occupied since 1967 (A/HRC/55/73)*. United Nations Human Rights Council. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/hrbodies/hrcouncil/sessions-regular/session55/advance-versions/a-hrc-55-73-auv.pdf>
- Alianza para la Protección de la Niñez en Acciones Humanitarias (2024). *Menores desprotegidos: Un resumen del impacto de las crisis humanitarias en la niñez y la adolescencia en 2023*. Recuperado de <https://alliancecpha.org/es/TheUnprotected2023?language=en>
- Alianza para la Protección de la Niñez en Acciones Humanitarias (2024). *Anexo técnico: Recomendaciones derivadas del resumen del impacto de las crisis humanitarias en la niñez*

- y la adolescencia y su protección en 2023. Recuperado de <https://alliancecpha.org/es/TheUnprotected2023?language=en>
- Anas, M. D., Judy, M. D. y Barrett, M. S. N. (2007). *The Silent Victims: Effects of War and Terrorism on Child Development*. <https://doi.org/10.3928/00485713-0070801-01>
- Aníbal, J. J., Meza, L. M. y Navarro, D. J. (2023). *Salud mental en niños y adolescentes víctimas del conflicto armado: una revisión de literatura*. <https://doi.org/10.21892/9786287515413.2> Recuperado de: <https://repositorio.cecacar.edu.co/server/api/core/bitstreams/46f7d0eb-e6eb-40bd-977f-2e430d56cf61/content>
- Bendavid, E., Boerma, T., Akseer, N., Langer, A., Bwenge, E., Malembaka, E., Okiro, A., H Wise, P. y Heft-Nea, S. (2021). The effects of armed conflict on the health of women and children. *The Lancet*, 397, 522-532. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00131-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00131-8)
- Bronstein, I. y Montgomery, P. (2011). Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clinical child and family psychology review*, 14(1), 44-56. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0081-0>
- Comisión Española de Ayuda al Refugiado (2024). *INFORME 2023: Las personas refugiadas en España y Europa*. <https://www.cear.es/informe-cear-2023/>
- Dorado, E. (2023). *Experiencias adversas en la infancia y su relación con los estilos de apego y la sintomatología internalizante y externalizante en adultos jóvenes*. (Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Querétaro). <https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/7987>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2022). *Two million refugee children flee war in Ukraine in search of safety across borders*. <https://www.unicef.org/press-releases/two-million-refugee-children-flee-war-ukraine-search-safety-across-borders>
- UNICEF (2023, 5 de junio). En los últimos 18 años se han verificado en todo el mundo más de 300.000 violaciones graves contra la infancia en situaciones de conflicto. [Comunicado de prensa]. <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/ultimos-18-anos-verificado-mundo-mas-300000-violaciones-contra-infancia-conflicto>
- Halevi, G., Djalovski, A., Vengrober, A. y Feldman, R. (2016). Risk and resilience trajectories in war-exposed children across the first decade of life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(10), <https://doi.org/1183-1193.doi:10.1111/jcpp.12622>
- Herrera, M. (2006). Historia de la victimología. En E. Baca, E. Echeburúa y J. M. Tamarit (Coord.), *Manual de Victimología* (pp. 68). Tirant Lo Blanch.
- Kadir, A., Shenoda, S. y Goldhagen, J. (2019). *Effects of armed conflict on child health and development: A systematic review*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210071>
- Kadir, A., Shenoda, S., Goldhagen, J. y Pitterman, S. (2018) The Effects of Armed Conflict on Children. *Pediatrics*, 142(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2586>
- Naciones Unidas (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Naciones Unidas (s.f). *Una nueva era de conflictos y violencia*. <https://www.un.org/es/un75/new-era-conflict-and-violence>
- Ortega, B., Jimeno, M. V., Topino, E. y Latorre, J. M. (2024). Direct and indirect childhood victimization and their influence on the development of adolescents antisocial behaviors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 16(Suppl 1), S72-S80. <https://doi.org/10.1037/tra0001616>
- Pereda, N. (2023). Consecuencias de la explotación de los niños y niñas mediante su uso como soldados. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 41, 9-18.
- Piñeros-Ortiz, S., Moreno-Chaparro, J., Garzón-Orjuela, N., Urrego-Mendoza, Z., Samacá-Samacá, D. y Eslava-Schmalbach, J. (2021). Consecuencias de los conflictos armados en la salud mental de niños y adolescentes: revisión de revisiones de la literatura. *Biomédica*, 41(3), 424-448. <https://doi.org/10.7705/biomedica.5447>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (s.f.). *Guerra en Gaza: un costo intolerable para la vida humana*.

<https://www.undp.org/es/guerra-en-gaza>

Save The Children (2023). *Alto a la guerra contra la niñez: Los niños y las niñas deben vivir en paz*. Recuperado de:

https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2023-12/SWOC_resumens_ejecutivo_2023.pdf

Save the Children (2025, 6 de septiembre). *Gaza: 20.000 niños y niñas muertos en 23 meses de guerra, más de uno cada hora*.

<https://www.savethechildren.es/notasprensa/gaza-20000-ninos-y-ninas-muertos-en-23-meses-de-guerra-mas-de-uno-cada-hora>

UNICEF (2025, 27 de mayo). 'Unimaginable horrors': More than 50,000 children reportedly killed or injured in the Gaza Strip [Comunicado de prensa].

<https://www.unicef.org/press-releases/unimaginable-horrors-more-50000-children-reportedly-killed-or-injured-gaza-strip>

Funes Artiaga, J. (2025). *No sense el meu mòbil. Una guia per gestionar l'educació en l'univers de les pantalles*. Columna.

No sense el meu mòbil es un libro de gran utilidad a la hora de gestionar el entorno digital que nos rodea, especialmente de cara a la educación de los adolescentes, en este universo de las pantallas.

Es una reflexión en torno a esta herramienta, el móvil, que ya se ha convertido en una parte imprescindible de la indumentaria de los adolescentes. Y que viene a modificar sus hábitos diarios y, a su vez, la dinámica tanto de su vida como de su entorno familiar, escolar y social.

Jaume reflexiona sobre lo compleja que es la vida de los adolescentes en este universo digital, con la aceleración de los cambios tecnológicos y la impotencia humana, especialmente de la familia, para adaptarse a la misma velocidad. También hace referencia al impacto que pueden tener las pantallas en un futuro cercano en los niños, y en las dinámicas de las familias.

Educación en este contexto no consiste en prohibir el uso de las pantallas y del entorno digital a los adolescentes. Y debemos tener presente que vivimos en un mundo en el que la industria digital no tiene como objetivo educar, sino vender y obtener beneficios; este entorno digital no se detendrá. Vivimos en la inmediatez de las nuevas tecnologías sin control. Por eso, educar significará aprender a integrar en nuestra dinámica diaria este elemento nuevo, las pantallas digitales.

Está muy bien lo que dice Jaume en esta obra: el primer reto de la educación digital adolescente es lograr que los usuarios sean sujetos digitales activos. Que no se dejen llevar por el objetivo del mundo digital de conseguir cada vez más usuarios sin valorar las consecuencias

de los contenidos de ese mundo. Por lo tanto, el acceso al universo digital no es un problema de los adolescentes, sino un problema de todos.

Cuando habla de cómo educar, Jaume se centra en lo que debe ser el buen uso de las nuevas tecnologías: de aprender a estar activos ante ellas. No hablar tanto sobre los peligros de Internet, sino de sus ventajas en términos del aspecto creativo que puede aportar. Las redes permiten hacer acciones de grupos y nuevas formas de relacionarse. Las reflexiones educativas deberían llevarnos a pensar que conviene influir en los adolescentes para que sean críticos ante los contenidos de las redes y puedan cuestionarlos. Seguramente, esta forma de educar (hacer que la persona piense, se cuestione lo que hace y lo que ve en su entorno con una mente crítica) es la esencia de la educación.

No podemos olvidar que la mente de un adolescente está en construcción y, por lo tanto, la mejor educación es ayudarlos a ser sujetos activos frente al mundo digital, y a tomar decisiones, a ser personas que viven y conviven en este entorno.

Para Jaume, deberíamos centrarnos en cómo ayudar al adolescente a lograr una madurez mental, para que pueda ser activo y protagonista en la construcción de su personalidad, en cómo va superando la dependencia de los padres y va adquiriendo la adecuada autonomía personal. Si el adolescente tiene suficiente autonomía y madurez mental, superará esta etapa de manera mucho más sana, sin las crisis tan temidas por padres y educadores.

En definitiva, una obra muy recomendable para las familias y para los educadores.

Alfons Icart es psicólogo, psicoanalista y director de la *Revista de Psicopatología y Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia*.

Barbosa, P. y Sales, A. (2025). *Test del dibujo libre de un animal (DLA)*. Administración e interpretación. Xoroi Edicions.

Pere Barbosa y Artur Sales son dos autores sobradamente conocidos por nuestros lectores, especialmente entre los psicoterapeutas que se han formado en Barcelona, donde ambos han sido figuras clave en la enseñanza y desarrollo de la interpretación de los tests proyectivos. Ya en el número 33 de esta revista, en abril de 2019, publicamos la reseña de su anterior libro, *Test Proyectivos Gráficos (H-T-P)*. Administración e Interpretación (Pensódromo, 2018), en la que destacábamos su capacidad para ofrecer un manual minucioso y cuidadosamente elaborado, centrado en un test tan extendido como el HTP, pero que, paradójicamente, suele ser también mal interpretado y escasamente estudiado.

El HTP es una herramienta ampliamente administrada en los contextos clínicos, pero su comprensión requiere no solo práctica, sino también una formación rigurosa y un entrenamiento profundo. A menudo tengo la impresión de que se trata de un test infravalorado por muchos profesionales que no conocen su verdadero potencial diagnóstico ni su utilidad a la hora de planificar intervenciones terapéuticas. El manual de 2018 logró sistematizar con detalle todos los indicadores relevantes y se ha convertido, en mi caso, en una herramienta imprescindible que permanece siempre sobre la mesa de mi despacho.

Este nuevo libro, dedicado al *Test del Dibujo Libre de un Animal (DLA)*, está destinado a ocupar el mismo lugar. Una de sus principales ventajas respecto al HTP es su brevedad en la administración, lo cual —para quienes trabajamos en la red pública— supone un factor especialmente relevante. No en vano, ya en el número 35 de nuestra revista, en abril de 2020, los autores, junto con Elisabeth Ballús y Ana Gómez, habían publicado un artículo centrado en esta prueba, lo que sugiere que llevan años explorando su potencial clínico y proyectivo.

Este recorrido no es nuevo en la trayectoria de Pere Barbosa. En 2014 ya había publicado *Psicopatología y tests gráficos: Psicodiagnóstico diferencial mediante dibujos de la casa, el árbol y la persona* (Herder), una obra que consolidó su papel como referente en la interpretación de

los tests gráficos. Además, es autor de diversos artículos sobre el tema, lo que refuerza la solidez teórica y clínica con la que ha abordado esta área a lo largo de los años. Esta reseña también quiere rendirle un pequeño homenaje, pues falleció pocas semanas antes de que el libro viera la luz. No llegó a verlo terminado, aunque nos consta que trabajó en él hasta el último momento. No entraremos aquí a repasar su trayectoria profesional, conocida por la mayoría de nuestros lectores, pero sí queremos destacar su figura como la de un clínico íntegro, comprometido con el rigor, el estudio, la autenticidad y la sistematización. Pere defendía una manera de entender la evaluación psicológica profundamente humana, cuidada y honesta, y quienes fuimos sus alumnos guardamos un recuerdo muy especial de sus clases. Recuerdo, personalmente, tanto la exigencia de exponer frente a él como la forma tan genuina con la que acompañaba, cuidaba y miraba al estudiante. Su ausencia se notará profundamente.

Como es habitual en las publicaciones de estos autores, el libro se estructura de forma clara y progresiva, facilitando al lector una comprensión tanto teórica como práctica del instrumento. La primera parte está dedicada a los fundamentos conceptuales: se abordan los principios básicos de la proyección, el marco general de los test proyectivos, y se sientan las bases necesarias para poder adentrarse, más adelante, en la especificidad del DLA.

En la segunda parte, el foco se desplaza directamente al DLA. Los autores presentan los antecedentes históricos del test, explican en qué consiste, cuáles son sus objetivos y, especialmente, detallan de forma minuciosa cómo debe administrarse. Se ofrecen indicaciones claras y precisas tanto sobre el encuadre como sobre los aspectos clínicos a observar durante la administración. Un aspecto especialmente destacable es la atención que se presta a las dinámicas interpersonales que emergen en ese momento: lejos de centrarse exclusivamente en el producto gráfico, los autores insisten en la importancia del vínculo que se construye durante la consigna y en cómo ese proceso puede ofrecer claves diagnósticas de gran valor.

La tercera parte del libro está dedicada a la interpretación. En esta sección se mantiene la

misma línea de trabajo que ya habíamos visto en manuales anteriores: una organización rigurosa, sistemática y exhaustiva de los indicadores a tener en cuenta. Esta estructura permite al clínico disponer de una guía clara y bien fundamentada para realizar una interpretación precisa, sin caer en la arbitrariedad.

La cuarta parte se centra en la aplicabilidad del test desde una perspectiva diagnóstica, incluyendo orientaciones para el diagnóstico diferencial. Se analizan los patrones gráficos y dinámicos en relación con distintos cuadros clínicos, mostrando cómo el test puede contribuir de forma significativa al proceso de formulación clínica.

Finalmente, el libro se cierra con dos secciones de gran interés. Por un lado, se presenta un estudio realizado con población no clínica, que permite establecer ciertas referencias de base y contrastar interpretaciones. Por otro, se incluye una parte dedicada a casos clínicos, con ejemplos gráficos comentados y analizados, lo que ofrece al lector una ventana directa al uso del test en contextos reales de intervención.

En definitiva, estamos ante un manual riguroso, claro y clínicamente útil, que continúa la línea de trabajo iniciada por los autores en publicaciones anteriores. El *Test del Dibujo Libre de un Animal* se presenta aquí no solo como una herramienta proyectiva de fácil aplicación, sino como un instrumento con un gran potencial diagnóstico, cuidadosamente fundamentado y sistematizado. La estructura progresiva del libro, la atención al encuadre clínico y la claridad en las orientaciones interpretativas lo convierten en un recurso valioso tanto para psicólogos en formación como para profesionales con experiencia.

Este manual no solo enriquece la práctica clínica, sino que también constituye, en cierto modo, un legado del trabajo de Pere Barbosa, cuya huella queda impresa en cada una de sus páginas.

[Xavier Costa](#) es psicólogo, psicoterapeuta y jefe de Redacción de la *Revista de Psicopatología y Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia*.

Valentin Barenblit: desde la familia

El historiador italiano Carlo Ginzburg reconoce que, de modo más implícito, camina en la sombra de su padre. Esa presencia continua decidió su mirada hacia la historia. Leone, su padre, fue víctima del régimen de Mussolini. Por negarse a jurar fidelidad al fascismo, cuando Carlo tenía cinco años, fue represaliado, capturado y torturado para morir en prisión en 1944. Ese recuerdo emerge ahora de una noche de la segunda mitad de la década de 1980, cuando hablábamos con nuestro padre sobre *El queso y los gusanos*: al gran relato de la historia, el de los vencedores, hay que contraponer el contrarelato de los perseguidos y represaliados y construir una visión a partir de quienes lucharon y resistieron.

Como Leone, nuestro padre, Valentín, también fue atravesado por la violencia. La cruel dictadura cívico militar argentina le incluyó en la siniestra lista de los perseguidos. Él fue más afortunado. Fue secuestrado y torturado, pero salvó la vida. Resistió para convertirse en un ejemplo ético para nosotros. Esa experiencia luminosa modeló nuestra forma de estar en el mundo y fue siempre la base de la familia que, junto a nuestra madre Bibi, construyeron en Buenos Aires primero, y en Barcelona después.

¡La familia unida jamás será vencida!, nos decía siempre. Había tomado la consigna que acompañó muchas de los movimientos progresistas en Latinoamérica en la década de 1960 y la había adaptado a lo que consideraba su mayor victoria, su familia. Se sentía orgulloso de muchos logros, pero ninguno más que la solidez de una familia cuya principal cohesión es el amor. La familia éramos, somos, nosotros: nuestra madre, sus hijos, nueros, yerno, sobrinos, nietos. Con Bibi, nuestra madre, vivieron venturas y lucharon contra las contrariedades de la persecución y el exilio. Siempre con la firmeza del amor, nos guiaron con el ejemplo. Pero también otra familia, mucho más extensa, la que atraviesa países y continentes, compuesta por amigos, colegas, discípulos. Aquella familia que se movilizó cuando fue vilmente secuestrado y que tuvo el valor de apoyar la incansable búsqueda de nuestra madre, que llamó a todas las puertas hasta el día de ser liberado. Y la nueva, la familia catalana, y de muchos sitios de España, que al llegar a Barcelona nos recibió y acogió con

una inmensa solidaridad. Fue aquí donde reconstruimos nuestro hogar y donde la familia creció. Decía lo importante de vivir en un lugar donde la palabra y un apretón de manos tienen valor. Esa familia extensa impregnó nuestra vida y son los muchos hermanos y hermanas con los que ahora compartir el recuerdo. Para nosotros, crecer en ese entorno significó aprender que la familia no se mide por lazos de sangre, sino por la capacidad de compartir buenos y malos momentos, convicciones y disensiones, pero, sobre todo, el afecto. Nuestra casa fue un lugar de acogida y de conversación, donde cada visita dejaba una enseñanza. Esa experiencia nos transmitió una visión abierta, plural y solidaria, que hoy reconocemos como uno de sus legados más valiosos. En el quincho de Monte Grande, los asados para toda la familia lanusina de los domingos eran legendarios. En Barcelona, rara era la noche que no cenaba en casa un colega o un amigo, modelando la forma en que nosotros, sus hijos, mirábamos al mundo.

Su guía se extendía desde lo más sublime a lo más cotidiano. A cada defecto -que, claro, los tenía- se correspondía una virtud aún mayor. Era susceptible, y eso lo convertía en cuidadoso. Había heredado una melancolía semita, que había sabido transformar en una empatía infinita. A su manera, era un perfeccionista, exquisito con las formas y ambicioso en la precisión de cada acto. Quizá por eso nunca pretendió dejar un legado por escrito: se definía como ágrafo. Sobreprotector, pero siempre claro en las prioridades. Dotado de un infinito humor y del don de la palabra, jugaba con sus significados. Así, irónico e inteligente, podía desarmar tensiones en segundos. Todavía repetimos algunas de sus frases célebres, pequeños aforismos inventados al vuelo que se convirtieron en parte de nuestro lenguaje familiar. Su perfeccionismo se notaba en gestos mínimos: en cómo cuidaba una mesa bien puesta, en cómo insistía en la coherencia entre lo que se decía y lo que se hacía.

Todo lo que nos dejó es inmenso. Nos legó una historia a la que pertenecer, hecha de vivencias, de cariño, de encuentros, de hospitalidad. Nos transmitió un modo de existir en el que la coherencia, la dignidad y la solidaridad eran valores irrenunciables. Nos entregó también un apellido limpio que podemos pronunciar con orgullo, porque él supo defenderlo frente a la adversidad y la injusticia.

El día que nos despedíamos de él, una idea de Baruj Spinoza resonaba en nosotros: “La mente humana no puede ser absolutamente destruida con el cuerpo, sino que de ella queda algo que es eterno.” Ese “algo eterno” lo reconocemos en los gestos que nos acompañarán siempre: en la forma de reunirnos alrededor de una mesa, en el modo de escuchar con atención al otro, en la certeza de que la familia, la de sangre y la de afectos, es la mayor de las fortunas.

Por eso sabemos que su presencia no se extingue. Nos acompaña. Permanece en sus hijos, en sus nietos, en quienes compartieron con él amistad, trabajo o luchas. Está junto a nosotros en cada palabra que sembró y en cada acto de cuidado que sostuvo. Su memoria se convierte así en guía y en ejemplo, en una referencia ética para nuestras propias vidas.

Así continuará la memoria de Valentín, nuestro padre: en el amor que nos seguirá uniendo, más allá de la ausencia.

Diana, Pablo y Ferran Barenblit Scheinin

Ignasi Riera: el Nani, mi padre

Hace unos años soñé que mi padre moría. En el sueño, yo estaba con Joan y Ernest, los grandes amigos de Nani. Ernest estaba muy agobiado organizando el funeral y me preguntaba que quién iba a hablar y yo le decía que no lo sabía, que era él (el Nani) quien hablaba en todos los eventos. Joan, con una carcajada, me decía que tenía razón, pero que esta vez el Nani no vendría.

Así es como me siento ahora ante el folio intentando hilvanar unas palabras: era él, el Nani, mi padre, quien tenía el talento de escribir sobre cualquier cosa y decir algo interesante.

El aroma del café recién hecho, el ritmo frenético de la máquina de escribir cuando despuntaba el día, los poemas de Horacio recitados en latín que le espetaba al gato de casa, el olor a tortilla de patata y cebolla cocinándose, el transistor con las noticias. También los lamparones en la camisa, el jersey deshilachado, la chaqueta mal abotonada. Este era el Nani y su presencia. Siempre muy ocupado pendiente de una apretada agenda, pero siempre dispuesto a escuchar lo que había ocurrido en el patio del colegio o en el barrio, siempre

dispuesto a explicarnos un cuento fantástico que quizás era real, y en parte siempre lo eran.

Tengo la sensación que, de pequeña, lo acompañaba a todas partes. Después de la escuela íbamos a menudo a las redacciones de los periódicos a llevar los artículos que se tenían que publicar, también a la radio donde colaboraba, a la editorial, a mítines, manifestaciones, a coctelerías, bares, eventos... y nunca me sentí un estorbo, al contrario, me hacía sentir importante y yo pensaba ¡qué haría él el día que yo no pudiera acompañarlo!

Mas adelante, en mi adolescencia y juventud, llegaron, como es natural, los desacuerdos vitales. A pesar de todo él me dio el espacio para descubrir, para crecer sólo con una premisa: él ya no se hacía responsable de mis actos. Esto, combinado con el “tú misma” de mi madre, me hizo independiente a la vez que sentía su acompañamiento en la vida. Lo más importante, decía, era que hiciera lo que hiciera me lo pasara bien, que esto era la vida. Y es el sentido lúdico de las cosas el que guiaba al Nani. Ya fuera escribiendo, charlando o cocinando, todo era un juego. ¡Quizás por este espíritu siempre atrajo la atención de niños y jóvenes con los que conectaba al instante! Los escuchaba y admiraba seguramente porque aún eran seres lúdicos.

En la su última etapa, fruto de la enfermedad, al Nani “se le negaron” sus talentos, sus pasiones. Ya no podía ir de acá para allá como había hecho siempre, ya no podía comer más que purés, ya no podía beber vino, ya no acababa de entender lo que explicaban las noticias (o no quería entenderlo), perdía palabras, la memoria, se quedó sin voz... ¡No sin enfadarse y con alguna pataleta de crío, pero finalmente aceptando que lo que la vida le quitaba era algo que había disfrutado, y mucho! Los que lo visitaron en su última etapa hablaban, al irse, de su vitalidad y de la lección de vida que se llevaban. Siempre fue un gran anfitrión hasta los últimos instantes de consciencia donde nos decía que cuando todo esto terminara, fuéramos a tomar algo.

Echaré de menos sus cartas manuscritas, las conversaciones y sus chistes disfrazados de anécdotas cotidianas.

Y con todo solo me queda decir: ¡Hasta la vista, Nani! (él nunca decía adiós).

Berta Riera Sarró

Consejo Directivo Fundador (2003-2017)

Alfons Icart (director)
Alberto Lasa (vocal)
Jorge L. Tizón (vocal)
Francisco Palacio (vocal)
Juan Manzano (vocal)
Mercè Mitjavila (vocal)
Eulàlia Torras de Beà (vocal)

Consejo Asesor Fundador (2003-2017)

Jaume Aguilar (Barcelona)	Ana Jiménez Pascual (Alcázar de San Juan)
Charo Alonso (Sevilla)	Paulina F. Kernberg (USA)
Marina Altmann (Uruguay)	Lluís Lalucat (Barcelona)
Delza María S. F. Araujo (Brasil)	José María López Sánchez (Granada)
Alejandro Ávila-Espada (Salamanca)	Montserrat Martínez (Barcelona)
Josep Ballester (Barcelona)	Maite Miró (Barcelona)
Valentín Barenblit (Barcelona)	Josep Moya (Sabadell)
Jaume Baró (Lleida)	Eulàlia Navarro (Sant Boi de Llobregat)
Lluís Barraquer Bordas (Barcelona)	Montserrat Palau (Sant Boi del Llobregat)
Hilda Botero C (Colombia)	Fàtima Pegenaute (Barcelona)
Teresa Brouard Aldamiz (Bilbao)	Fernando Pêgo (Portugal)
María Jesús Buxó (Barcelona)	Alberto Péndola (Perú)
Maria Jose Cordeiro (Portugal)	Esperanza Pérez de Plá (México)
Júlia Corominas (Barcelona)	Roser Pérez Simó (Barcelona)
Bettina Cuevas (Paraguay)	Carles Pérez Testor (Barcelona)
Fernando Delgado Bermúdez (Sevilla)	María Angeles Quiroga (Madrid)
M ^a Dolores Domínguez (S. de Compostela)	Ignasi Riera (Barcelona)
Robert N. Emde (USA)	Giancarlo Rigon (Italia)
Leticia Escario (Barcelona)	Jaume Sabrià (Sant Vicenç dels Horts)
Consuelo Escudero (Madrid)	Manuel Salamero (Barcelona)
María Edelmira Estrada (Argentina)	Paloma San Román Villalón (Albacete)
Anna Fornós (Barcelona)	Elena Toranzo (Argentina)
Cayetano García-Castrillón (Sevilla)	Josep Toro (Barcelona)
Pablo García Túnez (Granada)	Marta Trepas (Lleida)
José García Ibáñez (Reus)	Maren Ulriksen de Viñar (Uruguay)
María Dolores Hierro (Tarragona)	Mercedes Valcarce Avello (Madrid)
Guillem Homet (Premià de Dalt)	Mercedes Valle Trapero (Madrid)
Joaquín Ingelmo (Badajoz)	Llúcia Viloca Novellas (Barcelona)

Publicación de originales

La revista Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente se propone como objetivo prioritario profundizar en el conocimiento teórico, la investigación, la práctica clínica y la atención psiquiátrica, en salud mental de la infancia y la adolescencia. También quiere ser en un espacio de difusión y defensa de un modelo asistencial sustentado en la psicología relacional.

Los originales a presentar podrán referirse a los ámbitos siguientes: clínico (temas de psicopatología infantil y juvenil); institucional (experiencias sobre atención ambulatoria, hospitalización total y parcial, trabajo grupal); interdisciplinar (aportaciones desde el campo de la pediatría, neurología, ciencias sociales, jurídicas, pedagogía) e investigación (informes sobre estudios y trabajos de investigación epidemiológica, psicoterapéutica y psicofarmacológica). La revista tendrá, además, secciones independientes dedicadas a reseñas bibliográficas y de actividades, cartas de los lectores, así como un apartado dedicado a «segunda publicación» en el que por su especial interés –y de acuerdo con los criterios y recomendaciones Vancouver–, se darán a conocer artículos o trabajos que ya han sido publicados en otra revista y/o idioma.

Información para el envío de manuscritos

1. Los trabajos a publicar deberán ser inéditos.
2. Los originales se presentarán a doble espacio en su totalidad y tendrán, en general, una extensión máxima de 30.000 caracteres (aproximadamente una 13 páginas Din-A4). Estarán ordenados de este modo: página del título, resumen y palabras claves, texto, agradecimientos, bibliografía y tablas. Cada uno de estos apartados se iniciará en una página nueva, numeradas correlativamente.

Página del título. Será la primera página y constará de: a) título del artículo; b) nombre del autor o autores, profesión y lugar de trabajo de cada uno de ellos; c) nombre del centro o institución a los que el trabajo debe atribuirse; d) renunciadas, si las hubiera; e) e-mail de contacto.

Resumen y palabras claves. La segunda página constará de un resumen en castellano y en inglés de no más de 450 caracteres (aproximadamente unas 7 líneas de texto). Este resumen incluirá los aspectos más relevantes del trabajo presentado e irá acompañado de tres a cinco palabras claves, también en castellano e inglés.

Texto. Se iniciará en la tercera página. En general, y siempre que sea oportuno, el texto del trabajo constará de: introducción –exponiendo los objetivos y antecedentes–, material/método, resultados y discusión –destacando los aspectos nuevos y relevantes del trabajo, así como las conclusiones que de ellos se derivan.

Agradecimientos. Esta nueva página incluirá, si los hubiera, los nombres de aquellas personas y/o instituciones que los autores consideran que deben ser citadas y el tipo de contribución.

Bibliografía. Las referencias bibliográficas se incluirán en una lista ordenada alfabéticamente. En el texto se presentarán de la forma «(Icart y Freixas, 2003)». Los autores comprobarán que las referencias del texto y la lista concuerden y se añadirá «et al.» cuando haya seis o más autores. Las referencias de un mismo autor(es) que correspondan a años diferentes se ordenarán comenzando por la más antigua.

- Libros. Se citarán de esta forma: Autor, A., Autor, B. y Autor, C. (año). *Título*. Lugar: Editorial.

Ejemplo: Icart, A. y Freixas, J. (2013). *La familia*. Barcelona: Herder.

- Revistas. Se citarán de esta forma:

Autor, A., Autor, B. y Autor, C. (año). Título del artículo. *Título de la revista*. XX, pp.

Ejemplo: Larbán, J. (2013). Transmisión psíquica inconsciente de contenido traumático. *Psicopatol. Salud ment.*, 22, 19-25.

Tablas y gráficos. Se presentarán en una hoja independiente, numeradas correlativamente según el orden en que aparecen en el texto, con un breve título para cada tabla y/o gráfico. En caso de que se utilicen abreviaturas o símbolos, la explicación se colocará en la base de la figura o tabla correspondiente.

Protocolo de publicación:

1. Los materiales recibidos serán revisados anónimamente por un Comité Lector, integrado por expertos en los diferentes ámbitos. A los autores se les informará de la aceptación de los originales y, en el caso de que deban ser modificados, recibirán los comentarios del Comité Lector que puedan serles útiles para su posterior publicación.
2. Los manuscritos aceptados se someterán a un proceso de edición y corrección siguiendo el libro de estilo de la revista. El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva del autor(es).
3. Cartas de los Lectores es una sección que desea promover y facilitar el debate y la exposición de opiniones y comentarios sobre los materiales publicados, así como sobre aquellas cuestiones que conciernen a la salud mental infantil y juvenil. Las declaraciones expresadas en esta sección sólo son atribuibles a sus autores y no reflejan la postura de la revista. La cartas no deberán superar los 5000 caracteres y se presentarán a doble espacio y firmadas. La decisión de publicar las cartas recibidas recaerá exclusivamente en el Consejo Directivo.
4. Siempre que sea posible los originales se enviarán por correo electrónico o soporte informático, etiquetado con el título del artículo, nombre del autor y del archivo) en formato Word (haciendo constar la versión empleada).

Además de los textos en formato electrónico, también se enviarán dos copias en papel que incluyan el texto completo y los gráficos, junto con una carta de presentación. En todas las copias se indicará un autor responsable de la correspondencia con su dirección completa, teléfono y e-mail. Cuando el envío se realice en formato electrónico, en la carta de presentación se hará constar que la versión electrónica y la impresa son idénticas. Todos los artículos enviados tendrán acuse de recibo.

Los trabajos deberán enviarse a:

Xavier Costa
Jefe de Redacción
PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL
C/ Cardenal Vidal i Barraquer, 28
08830 Sant Boi del Llobregat (Barcelona) - España
E-mail: revista@fundacioorienta.com

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN Y PEDIDO DE REVISTAS

Apreciado lector: Indique sus datos personales y la forma de pago en el cupón que encontrará a continuación y envíelo a: FUNDACIÓ ORIENTA, C/ C. Vidal i Barraquer, 28 - 08830 Sant Boi del Llobregat (Barcelona) - España

También puede formalizar la suscripción a través de la web en:

www.fundacioorienta.com/publicaciones, **https://bit.ly/3AWSdPO** o llamando al teléfono: **+34 93 635 88 10**

Deseo recibir la *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*

- ☐ Suscripción anual papel (2 números): 20 euros (España y América Latina*)
- ☐ Suscripción anual papel (2 números): 28 euros (Otros Países)
- ☐ Suscripción anual **on line** (2 números): 15 euros
- ☐ Suscripción anual papel + **on line** (2 números): 25 euros (España y América Latina*)
- ☐ Suscripción anual papel + **on line** (2 números): 30 euros (Otros Países)

. . .

- ☐ Ejemplar individual papel: 14 euros (España y América Latina*) Nº
- ☐ Ejemplar individual papel: 18 euros (Otros Países) Nº
- ☐ Ejemplar individual **on line**: 10 euros Nº
- ☐ Artículo individual **on line**: 5 euros Título y autor: _____

Nombre y Apellidos:.....

Dirección:..... núm..... piso.....

Población:..... Cód. postal:..... Provincia:..... País:.....

Tel:..... Fax:..... e-mail:.....

Forma de pago:

- ☐ Transferencia nacional a favor de Fundació Orienta (BBVA cc: 0182.4259.040202002004)
- ☐ Transferencia internacional a favor de Fundació Orienta (BBVA cc: ES68.0182.4259.040202002004)
- ☐ Con cargo a mi tarjeta de crédito: VISA ☐ MASTERCARD ☐
- Número tarjeta Fecha caducidad
- ☐ Domiciliación bancaria: Nombre del titular:.....
- Entidad Oficina D. Control Nº cuenta

Firma:

Ruego tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por Fundació Orienta

*Para América Latina, la Fundació Orienta colabora subvencionando los gastos de envío de la revista.

Y en el próximo número...

Estudio post-alta en tratamiento intensivo con adolescentes en riesgo

Jordi Artigue, Anna Oriol, Valentina Bruno, Marta Montaner, Oriol Canalias, David López, Elsa Coll, Laia Ferrer, Lina Gutiérrez, Paula Arin, Manuel Gil Eliche y Mark Dangerfield (Barcelona)

Mirar en grupo para ver mejor: nuevas vías diagnósticas ante la sospecha de TEA

Ariadna Casado y Victoria Rosales (Barcelona)

Exposición intencional a pornografía y victimización sexual en la adolescencia:
prevalencia y factores asociados

Alba Águila-Otero, Laura Pascual-Velázquez y Noemí Pereda (Barcelona)

Cuerpos que hablan: la violencia adolescente como vínculo dañado

Natalia Fernández Díaz, Sarai Molina Gómez, Alba Pérez González, Beatriz Rodríguez Fernández y Ricardo Fandiño Pascual (Ourense)

NÚMERO 46 - NOVIEMBRE 2025

Escuchando un dueto para dos

Jeanne Magagna

Evaluación sistemática de resultados en salud mental y atención temprana: la experiencia de ARSISAM

Júlia Miralbell, Elena Lloberas, Carles Descalzi, Jordi Riba, Teresa Ribalta y Francesc Vilurbina

Drama en una vivienda de protección social. Escenas y posturas de cuidado

Rémy Puyuelo

Desinstitucionalización y prácticas inclusivas en Italia: el papel de los clínicos

Aldo Diavoletto, Franca Bottiglieri, Marianna Sessa y Anna Tortorella

Papá, soy *Youtuber*. Infancias adolescentizadas

Karina Bacelar Pereira

Las relaciones afectivas en la adolescencia contemporánea: una investigación-acción en las escuelas secundarias de Padua

Nivia-Pilar Nosadini y Matteo Paduanello

Apoyo individualizado a la inserción laboral de jóvenes en el proyecto de atención a adolescentes con trastornos psiquiátricos

Stefano Costa y Valentina Roncaglia

Análisis de la relación entre el uso de *Instagram* con la depresión, la ideación suicida y la soledad en estudiantes universitarios

Iris Catalán-Pérez y Helena Garrido-Hernansaiz