

MATERIAL DOCENTE PARA LA FORMACIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

Material preparatorio para una experiencia de
voluntariado en una Escuela urbana en Nairobi (Kenia)

REALIZADO POR:

Marta Oporto-Alonso, Ondina
Vélez-Fraga, María Rueda
Núñez de Villavicencio,
Pedro Luís Nieto del Rincón,
Mariana Manrique y Sonsoles
de Lucas Olesti



CEU

*Universidad
San Pablo*

ÍNDICE

01

Salud Mental en población infanto-juvenil en Kenia

María Rueda Núñez de Villavicencio, Mariana Manrique y
Sonsoles de Lucas Olesti

02

Trastornos del estado de ansiedad en población infanto-juvenil

Ondina Vélez-Fraga

03

Adicción a pantallas en población infanto-juvenil

Pedro Luís Nieto del Rincón

04

El recurso holístico: la resiliencia

Marta Oporto-Alonso

Bibliografía

Introducción y contexto

El presente material docente ha sido generado con el objetivo de proporcionar información sintética acerca de algunos temas sobre salud mental infanto-juvenil. Dichos temas fueron solicitados por una institución educativa de la ciudad de Nairobi (Kenia) para promocionar la salud mental entre sus estudiantes. Los profesionales educativos de dicha entidad trasladaron algunas temáticas de interés y necesidad detectadas en su alumnado, específicamente sobre los trastornos del espectro ansioso y la adicción a pantallas. También solicitaron información acerca de algún recurso que les permitiera potenciar su labor como agentes de promoción de la salud mental, por lo que se optó por desarrollar un término holístico y fundamental: la resiliencia.

El documento inicia con una breve introducción acerca de cómo se encuentra la situación a nivel de salud mental infanto-juvenil en Kenia.

Después se abordan las temáticas anteriormente descritas. El objetivo del presente material docente es realizar una exposición resumida que permita obtener una preparación informativa previa a los estudiantes que desarrollen el programa de promoción de salud mental en dicha institución educativa.

Salud Mental en población infanto-juvenil en Kenia

María Rueda Núñez de Villavicencio, Mariana Manrique y
Sonsoles de Lucas Olesti

La cuestión principal que guía la elaboración del presente material docente es: ¿Cómo es actualmente la salud mental de los kenianos? y más específicamente ¿cuál es la visión que tienen los más jóvenes sobre ésta?. Esta y otras cuestiones han sido abordadas recientemente por Memiah et al. (2022) en una investigación que cuenta con jóvenes kenianos entre su muestra. Según sus conclusiones en Kenia -al igual que ocurre globalmente- las enfermedades mentales se han convertido en un importante problema de salud pública. En una clasificación sobre problemas de salud mental, Kenia ocupa el quinto lugar entre los países africanos con mayor número de casos de depresión, con al menos un 25% de la población afectada (Aillon et al., 2013; Kagee, 2008).

La depresión afecta a más de 1,9 millones de kenianos. Según un informe del Ministerio de Sanidad de Kenia, la tasa bruta de suicidios se sitúa en 4 muertes por suicidio al día. El siguiente trastorno mental por orden de prevalencia es la ansiedad, con una tasa del 25,12%. Otras enfermedades mentales que afectan con menor intensidad son los trastornos por abuso de sustancias, los trastornos bipolares, la esquizofrenia, los trastornos alimentarios, los trastornos adictivos (Getanda et al., 2015; Ndetei et al., 2009). El aumento observado de casos de suicidio, homicidios y violencia en el hogar puede estar relacionado con estos trastornos mentales.

En este punto, cabe hacerse la siguiente pregunta: ¿Cómo se percibe la enfermedad mental en Kenia? En África, la salud mental sigue siendo un tabú y hay muchos estigmas asociados a ella. Esto impide a menudo que la gente solicite ayuda, o incluso que sea capaz de entenderla y asuma que tiene que visitar a un profesional de la salud, lo que empeora su estado. Los problemas de salud mental en Kenia se ven agravados por varios factores, como la pobreza, el estigma social, el acceso limitado a los servicios sanitarios y la falta de profesionales de la salud mental. Según el Ministerio de Sanidad de Kenia, no hay suficientes profesionales de la salud mental para la gran demanda existente.

01

Salud Mental en población infanto-juvenil en Kenia

Muchas personas con enfermedades mentales se enfrentan al aislamiento social, la discriminación y la violencia. Este estigma de la salud mental en Kenia se debe a creencias culturales, ideas erróneas sobre las enfermedades mentales y falta de concienciación. Por ejemplo, en muchas comunidades de Kenia, las enfermedades mentales se consideran una maldición que conduce a la exclusión social de las personas afectadas. Otra forma en que se estigmatizan las enfermedades mentales en Kenia es mediante términos despectivos, por ejemplo, a las personas con problemas mentales se las suele llamar «locas» o «dementes», lo que puede resultar hiriente y contribuye al estigma de la salud mental. El fenómeno de la estigmatización que acompaña a las enfermedades mentales en Kenia, -como en muchos otros países- es una preocupación importante ya que engloba el hecho de que muchas personas no reconozcan la gravedad de los trastornos mentales que padecen no siendo diagnosticados muchos de ellos.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenia estima que el 25% y el 40% de los pacientes ambulatorios y hospitalizados padecen enfermedades mentales. Los diagnósticos más frecuentes de enfermedades mentales en los hospitales generales son depresión, abuso de sustancias, estrés y trastornos de ansiedad (Kiilu et al., 2024).

Entre los retos que plantea la gestión de los trastornos mentales en Kenia figuran la escasa concienciación, las limitadas opciones de tratamiento y los costes implícitos del tratamiento de las enfermedades mentales. El desempleo y las escasas oportunidades de ganarse la vida se asocian a un mayor riesgo de participación en comportamientos antisociales, abuso de drogas, conductas sexuales de riesgo y una mayor probabilidad de abandono escolar entre los jóvenes de Nairobi debido a los problemas de salud mental experimentados. Es en este punto donde una campaña de promoción de la salud mental en jóvenes es de suma relevancia.

01

Salud Mental en población infanto-juvenil en Kenia

Resulta muy interesante rescatar lo recogido por Memiah et al. (2022) al preguntar a jóvenes kenianos por los principales retos identificados por ellos en materia de salud mental. En palabras textuales se han recogido las siguientes inquietudes (Memiah et al., 2022, p. 6-9):

La **falta de apoyo de los padres/cuidadores** comprometidas se identificaron como retos críticos que predisponen a los menores en edad escolar a la mayoría de los retos de salud mental que se experimentan a esta edad.

La **presión para cumplir con las expectativas de los padres y de la sociedad** también se destacó como un precipitante clave de los problemas de salud mental en las AYPS.

La **presencia previa de trastornos mentales** inherentes en la familia o en ellos mismos como reto al que enfrentarse.

El **estrés social y la presión de los grupos de iguales** así como las relaciones románticas eran factores clave para los problemas de salud mental que surgen de la incapacidad de cumplir las expectativas, ya sea a nivel de los iguales o de las relaciones.

Los retos que plantean las plataformas digitales de **redes sociales**, como el ciberacoso y los estilos de vida poco realistas, también han provocado problemas de salud mental entre los jóvenes.

La **escasez de servicios preventivos** para controlar la aparición y la progresión hacia trastornos mentales graves.

La incapacidad para hacer frente a los problemas de salud mental debido a la **inadaptación de los mecanismos de afrontamiento** es también un reto clave entre los adolescentes: la mayoría de los jóvenes adultos recurren al abuso de drogas y sustancias, a prácticas de riesgo e incluso al suicidio.

Adaptado de Memiah et al., 2022, p. 6-9.

02

Trastornos del estado de ansiedad en población infanto-juvenil

Ondina Vélez-Fraga

En el siguiente punto se abordarán algunas de las principales características de los Trastornos de Ansiedad (TA) o también llamados Trastornos del Espectro Ansioso. El objetivo es ofrecer unas pinceladas que permitan realizar un acercamiento a su clasificación, sus principales diferencias con respecto a los miedos infantiles, así como a las principales líneas de intervención a nivel familiar y escolar.

Los TA constituyen los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños, con una prevalencia que oscila entre el 9-21% (Ruiz Sancho y Lago Pita, 2005), situándose en torno al 11.8% (Canals et al. 2019) en población escolar. Su evolución natural sin tratamiento puede interferir de forma importante en el desarrollo y en ocasiones el diagnóstico es dificultoso debido a que en niños se observan expresiones exageradas o temporalmente inadecuadas de lo que se consideran reacciones normales y adaptativas: el miedo y la ansiedad (Ruiz Sancho y Lago Pita, 2005). Igualmente, dentro de los TA se incluyen los trastornos de inicio específico en la infancia y adolescencia (ej. el trastorno de separación) y otros cuya expresión sindrómica es semejante a los TA del adulto (ej. trastorno de pánico) (Ruiz Sancho y Lago Pita, 2005). Por otra parte, las expresiones de los TA son polimorfas y desconcertantes e incluyen:

Quejas físicas variadas
Rechazo a ir al colegio
Comportamientos de apego excesivo a los padres o a los principales cuidadores
Resistencia a ir a dormir
Hiperactividad y oposicionismo

Trastornos del estado de ansiedad en población infanto-juvenil

Ondina Vélez-Fraga

Para el psicólogo/a es importante diferenciar miedos infantiles de los TA. En general se pueden observar las siguientes diferencias (Ruiz Sancho y Lago Pita, 2005):

- Los miedos son reacciones normales o «adaptativas».
- En general, cuando un niño experimenta miedos estos son proporcionales a los peligros a los que se enfrenta y sin ellos no se podría sobrevivir, por ejemplo, el miedo a caerse por un precipicio que le obliga a parar si está corriendo.

Existen miedos evolutivos que van apareciendo en función de la edad del niño y de su maduración neuropsicológica (miedo a los extraños, a la oscuridad, miedo a que a papá y a mamá les suceda algo malo, etc.), y esto debería desaparecer progresivamente.

Sin embargo, si por parte de la familia y la escuela si no se da un manejo adecuado de estos miedos evolutivos podría desarrollarse una fobia, es decir: miedos irracionales o excesivos que generan malestar, sufrimiento y frustración en el niño y en sus padres, y suelen afectar a su vida personal, social y escolar (DSM-V, 2013).

El origen de los TA infantiles al igual que en los adultos está ligado a factores genéticos y constitucionales ambientales dentro de los cuáles están el temperamento, los estilos parentales, algunos acontecimientos vitales estresantes y el hecho de desarrollarse en un ambiente social desfavorables (Ruiz Sancho y Lago Pita, 2005).

Trastornos del estado de ansiedad en población infanto-juvenil

A continuación se presentarán resumidamente algunas de las principales manifestaciones de los trastornos de ansiedad en niños. Nótese que, no se seguirá estrictamente la clasificación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) para los TA sino que se seguirá una combinación de lo también mencionado con respecto a su edición previa (DSM-IV-TR)(American Psychiatric Association, 2000) y en la ICD-10 (World Health Organization, 2000).

El primero de los TA que se rescatará será el **Trastorno de ansiedad por separación** cuya definición incluye: "miedo o ansiedad intensos y el miedo, la ansiedad o la separación persistentes relativos al hecho de tener evitación deben estar que separarse de una persona con la que presentes un mínimo de 6 le une un vínculo estrecho, y que se meses en adultos y de 4 evidencia en un mínimo de tres semanas en niños y manifestaciones clínicas centradas en adolescentes. preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación" (Tortella-Feliu, 2014, p.63). En el caso de niños y adolescentes dicho miedo debe estar presente al menos durante 4 semanas.

En el **Trastorno por hipersensibilidad social** en infancia el síntoma central es la tendencia del niño a evitar el contacto con personas desconocidas, lo que interfiere en su vida social (American Psychiatric Association, 2013; Ruiz Sancho y Lago Pita, 2005). Debe prolongarse al menos durante 6 meses. En general debe observarse que el niño se muestra tímido y aturdido frente a personas poco conocidas siendo incluso incapaz de hablar o saludar. El inicio suele ser frecuente en torno a los dos años y medio, cuando desaparece la ansiedad ante los extraños. El inicio de la escolarización suele ser un punto de inicio muy frecuente (Ruiz Sancho y Lago Pita, 2005).

Trastornos del estado de ansiedad en población infanto-juvenil

El siguiente trastorno es el **Trastorno de ansiedad fóbica**. Se trata como se ha mencionado anteriormente de un miedo irracional ante determinadas situaciones y objetos que se acompañan de una evitación del estímulo que genera la fobia y además interfiere con el normal funcionamiento diario (American Psychiatric Association, 2013). El hecho de que el niño se tenga que enfrentar a estos objetos o situaciones produce una gran ansiedad y la evitación anteriormente mencionada. En general se trata de manifestaciones relativamente extrañas y deben estar presentes más de cuatro semanas. En función de la reacción de los familiares que se encuentren alrededor del niño estos miedos se perpetuarán si se establece una ganancia secundaria, por ejemplo, si se ven recompensados por la misma evitación del estímulo temido (Ruiz Sancho y Lago Pita, 2005).

Respecto al **Trastorno de evitación escolar** se trata de un temor irracional a la escuela que produce un absentismo a clase total o parcial. En general, la instauración del problema es gradual, agravándose las dificultades a lo largo de semanas y meses. Los signos y síntomas generalmente se incrementan desde que el niño se despierta por la mañana. Afecta sobre todo a niños entre 11 y 14 años, pero puede observarse entre 5-15 años de edad. Es frecuente que aparezcan picos en momentos de transición escolar primaria-secundaria. Afecta a niños y niñas por igual. El niño puede expresar de forma directa el miedo, pero lo más frecuente es que no vaya al colegio por otros motivos: síntomas físicos que parezcan una enfermedad que les haga imposible levantarse por la mañana (dolor abdominal, de cabeza, náuseas, dolores en las piernas, palpitaciones, etc.) (Ruiz Sancho y Lago Pita, 2005).

Trastornos del estado de ansiedad en población infanto-juvenil

Según Ruiz Sancho y Lago Pita (2005) la **Fobia social** se presenta cuando el niño o adolescente presenta una ansiedad excesiva ante la posibilidad de que pudiera hacer algo o actuar de una forma que pudiera resultar humillante o vergonzante. Esto supone en ocasiones el miedo a hablar, comer o escribir en público, ir a fiestas públicas o hablar a figuras de autoridad. El inicio es gradual y es frecuente que vaya precedida de una historia previa de timidez o inhibición social. El pronóstico de la fobia social dura toda la vida si no se trata adecuadamente. La fobia social está cargada de consecuencias funcionales de gran trascendencia a corto, medio y largo plazo.

El **trastorno de ansiedad generalizada** se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesivas y descontroladas que se presentan la mayor parte de los días y durante al menos varias semanas seguidas. En los niños, son frecuentes la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas vagas e inespecíficas recurrentes. Son niños y adolescentes "preocupones" que sufren constantemente de temores poco realistas referidos a su competencia, desempeños pasados o por el futuro. También se preocupan mucho por la puntualidad, por posibles eventos futuros o las situaciones novedosas son también fuente de preocupación potencial para estos niños. A veces es un problema distinguirlo de la depresión pues se asocian o solapan frecuentemente (Ruiz Sancho y Lago Pita, 2005).

El **Trastorno de pánico** (Ruiz Sancho y Lago Pita, 2005) es un trastorno psiquiátrico común cuya principal manifestación consiste en crisis de angustia recurrentes e inesperadas. Por crisis de angustia entendemos aquellos episodios de miedo intenso o malestar que tienen un inicio brusco, alcanzan un pico de intensidad en 10 minutos y se acompañan de al menos 4 de 13 síntomas somáticos o cognitivos entre los que se encuentran palpitaciones, temblor, temor a morir o perder el control, etcétera. Cada vez se reconocen más en niños y adolescentes, existiendo estudios que indican que un 16% de los jóvenes entre 12 y 17 años podrían haber sufrido alguna crisis de angustia. Habría también un predominio en mujeres.

Trastornos del estado de ansiedad en población infanto-juvenil

Una adecuada evaluación de los TA permitirá un diagnóstico certero y una intervención oportuna. El diagnóstico es fundamentalmente clínico ya que inicialmente no existen pruebas específicas.

Las manifestaciones son más difíciles de reconocer en los niños cuanto menor es la edad. La dificultad para verbalizar y comprender lo que les está ocurriendo provoca que en la mayoría de los casos se expresen como síntomas físicos y quejas somáticas. Las quejas más habituales serán de índole neurológico, cardiovascular o gastrointestinal. Frecuentemente se manifiestan como cefaleas o dolores abdominales recurrentes. En ocasiones dificulta el diagnóstico, la preocupación de los padres y la sobreprotección que se origina, que puede agravar el problema y generar actitudes que se cronifiquen y se manifiesten en edades posteriores.

En los niños pequeños suelen aparecer quejas constantes que provocan, múltiples vistas al pediatra sin encontrar ninguna enfermedad causal. Puede manifestarse con una bajada en el rendimiento académico a pesar de realizar grandes esfuerzos, pesadillas, preocupación o rechazo a ir al colegio. Desobediencia y actitud agresiva durante más de seis meses y/ o rabietas frecuentes e inexplicables.

En los pre-púberes y adolescentes también aparecen las quejas físicas sin que existan enfermedad causal. Aunque ya aparece en algunas ocasiones expresión de mucha preocupación o ansiedad excesiva, aislamiento social y dificulta para enfrentarse a actividades propias de su edad. Ataques de rabia, mal humor y en ocasiones conductas agresivas, retadoras, uso y abuso de drogas.

Esto provoca problemas familiares, dificultad en el diagnóstico, y en ocasiones peleas o mala relación con los padres que todavía agrava y dificulta más el diagnóstico. También existen entrevistas de evaluación semiestructuradas, escalas y cuestionarios que ayudan en el proceso de evaluación psicopatológica en la adolescencia. Algunas son generales, utilizadas en la anamnesis o como despistaje inicial de la presencia de síntomas psiquiátricos y otros específicos para patologías

Trastornos del estado de ansiedad en población infanto-juvenil

concretas como la ADHD Rating Scale para TDAH, la escala de ansiedad STAI-C, el CDI de depresión (Hernández, 2020).

El tratamiento en la mayoría de los casos consistirá en mejorar la comunicación tanto individual como con todos los miembros de la familia, favorecer actividades que disminuyan las situaciones estresantes, en algunos casos requerirá atención psicológica a través de métodos cognitivo-conductuales y solo en algunos casos será necesario el uso de medicación. El tratamiento farmacológico de elección para los trastornos de ansiedad son los ISRS. Los ISRS cuya eficacia ha sido demostrada superior al placebo son: Fluoxetina (10-30 mg/día), Sertralina (25-50 mg/día), Citalopram (10-40 mg/día), Escitalopram (5-20 mg/día), Paroxetina (5-60 mg/día), Fluvoxamina (50-250 mg/día) (Sánchez-Mascaraque y Cohen, 2020).

Es muy importante el trabajo e intervención con las personas al cuidado del menor, tanto de la familia como en el colegio, ya que será fundamental para una buena evolución del TA. Será preciso entrenar a los padres y profesores en respuestas adecuadas de empatía y no intentar solucionar el problema en el momento, ni minimizar su importancia. Al mismo tiempo que en muchas ocasiones será necesario fomentar sesiones de terapia de familia para identificar y resolver conflictos entre los distintos miembros de la familia, así como colaborar con el colegio para que refuerce sus capacidades.

En el niño y adolescente será preciso que aprenda a reconocer lo que le provoca la ansiedad y la reacción física de la misma, y poco a poco aprender a no asustarse y controlarlo. La ansiedad sudor, taquicardia, mareo, anticipación de lo que va a ocurrir y pensamiento acerca del ridículo, miedos a los demás.

Trastornos del estado de ansiedad en población infanto-juvenil

Algunas de las principales líneas de actuación tendrán que ver con:

1

Disminución de la respuesta fisiológica a través de ejercicios de relajación y desensibilización, como juegos, cuentos, técnicas de relajación, ejercicios de dramatización (role-play), escribir acerca de la ansiedad.

2

Mejorar la respuesta cognitivo-afectiva, ayudándole a aumentar la confianza en él mismo y en sus capacidades, identificando situaciones a las que el niño se enfrenta con éxito, remarcando sus habilidades, utilizando frases que sirvan de refuerzo de las propias capacidades. Enseñar a cambiar el estilo cognitivo de considerar la situación como algo amenazante a considerarla como un problema a resolver.

3

Modificar la conducta a través de desarrollar la auto-observación de los antecedentes, la conducta y los pensamientos mediante registros de conducta. Entrenarlo en estrategias de afrontamiento de la situación específica (habilidades sociales, técnicas de estudio, relajación, hábitos de higiene). Por ejemplo, para disminuir la ansiedad frente a un examen se puede entrenar en técnicas y planificación del estudio, relajación, concentración, alimentación, sueño.

¿Por qué se produce la adicción a las pantallas y los dispositivos electrónicos?

Los dispositivos electrónicos utilizan estímulos muy llamativos. Utilizan colores brillantes, cambios frecuentes de estímulos y continuas llamadas de atención.

Los diseñadores de aplicaciones nos tratan como si fuéramos bebés a los que ponen delante de un juguete llamativo, con muchos colores y muchos ruidos (Tekeci et al., 2024). Las adicciones se establecen y mantienen por mecanismos de comportamiento relacionados con un proceso de refuerzo continuo (Li et al., 2002; Talaue & Kalanther, 2023).

¿Existen herramientas para reducir o controlar el tiempo que pasamos delante de una pantalla?

La adicción a las pantallas de los smartphones, que asociamos al ocio, es más importante que a las pantallas de los ordenadores, que asociamos al trabajo.

Lo primero que podemos hacer es eliminar la mayoría de las notificaciones que funcionan como estímulos que generan un reflejo de orientación.

Podemos eliminar los permisos para emitir notificaciones a la mayoría de las aplicaciones. Sólo dejaremos las notificaciones de las aplicaciones realmente imprescindibles. Otra cosa que puede ser muy útil es apagar el móvil por la noche. Se puede programar el teléfono para que se encienda automáticamente a una hora determinada para que funcionen las alarmas que nos despiertan por la mañana (Yildiz et al., 2024; Wu et al., 2024).

En los smartphones también es posible programar las horas a las que se pueden recibir notificaciones. Para evitar que los colores brillantes de las aplicaciones nos activen y nos animen a seguir interactuando con el dispositivo, es posible configurar los ajustes de la pantalla para que sólo sea visible en blanco y negro o en escala de grises. Esto también se puede configurar manual o automáticamente para que ocurra en determinados momentos. Otra cosa muy útil es el uso de aplicaciones que registran cuánto tiempo pasamos interactuando con cada aplicación. Algunas aplicaciones, como Instagram, tienen esa opción en sus propios ajustes. Utilizar esta información puede ayudarnos a ser conscientes del tiempo real que pasamos con cada aplicación (Yildiz et al., 2024; Wu et al., 2024).

En este último punto del presente material docente te proponemos adentrarte en uno de los términos más empleado en las últimas décadas en cuanto a vocabulario psicológico se refiere: la resiliencia. ¿Sabes qué significa exactamente? ¿Te has planteado si puede fomentarse o por el contrario es un recurso personal que “se tiene o no se tiene”? Te animamos a empaparte de los matices y las infinitas posibilidades de la resiliencia y sobre todo a que te atrevas a ponerlo en práctica en tu experiencia de voluntariado.

¿De dónde proviene etimológicamente el término resiliencia?

La palabra resiliencia proviene del término latino “resilio” que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar (Becoña, 2006). En general, designa la posibilidad que presenta toda persona de afrontar eventos vitales estresantes, superándolos y siendo positivamente transformado por ellos. Según González Arratia et al. (2008) la resiliencia es: “la capacidad que exhiben las personas a cualquier edad para enfrentar situaciones difíciles, generadoras de estrés y para sobreponerse a ellas, preservando la salud emocional y el afán de logro aún en medio de la prevalencia de las circunstancias adversas o el daño que éstas pudieran haberles causado” (p. 248). En este sentido, Boris Cyrulnik (2001) afirma que la resiliencia no supone nunca un retorno ad integrum a un estado anterior a la ocurrencia del trauma o la situación de adversidad: ya nada es lo mismo.

A día de hoy podemos encontrar múltiples definiciones de la palabra resiliencia, pero en general la mayoría de ellas apunta a un proceso de desarrollo más que a un resultado o elementos que ya están presentes en la persona (Luthar & Cicchetti, 2000). La resiliencia no es una meta alcanzada, es el camino que se inicia cuando se desea afrontar firmemente una circunstancia dolorosa en la vida, con la convicción plena de que ese camino –no exento de dificultades- depara un futuro lleno de oportunidades transformativas que derivarán en nuevas dimensiones de la personalidad desconocidas. Es una conquista que lleva a la aceptación más auténtica de una circunstancia adversa: hallar el sentido de la misma en la historia vital de una persona.

¿Cuál es su origen?

Resulta muy interesante conocer qué suscita en la comunidad científica el interés por el estudio de un concepto novedoso hasta este momento. En el ámbito de la psicología del trauma marcó un hito fundamental el estudio longitudinal realizado a lo largo de 30 años con un grupo de 698 niños procedentes de Hawai que habían nacido en condiciones sumamente desfavorables. Este estudio, conducido por Emmy Werner y publicado con el nombre "Vulnerable but Invincible. A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth" (Werner, 1982). Emmy se propuso realizar el seguimiento a este grupo de niños nacidos en situaciones absolutamente desfavorables donde la pobreza, la desestructuración, la presencia de trastornos mentales y el alcoholismo era una constante en su vida. La hipótesis con la que trabajaba era que, pasados 30 años estos niños presentarían patologías mentales de diversa índole. Una parte de esta cohorte de niños desafortunadamente confirmó su hipótesis, pero la otra no. En torno al 80% de estos niños había evolucionado positivamente, convirtiéndose en adultos competentes y bien integrados, en personas que presentaban lo que hoy denominamos como "salud mental". Este resultado supuso la demolición del paradigma del riesgo y permitió estudiar elementos comunes que suponían que estos niños, en contra de todas las previsiones establecidas, pudieran tener una vida plena. A la pregunta de: ¿qué factor ha dinamizado en gran medida la adaptación de estos niños? La respuesta que halló Emmy fue novedosa: en cada uno estaba o había estado presente al menos una o varias figuras de apego. Estas personas a las que se les llamó "tutores de resiliencia" proporcionaron a estos niños lo que no habían encontrado en sus ambientes familiares: aceptación incondicional, independientemente de sus características físicas, inteligencia o temperamento. En palabras de Werner: "la influencia más positiva para ellos es una relación cariñosa y estrecha con un adulto significativo." En este punto podemos retomar una afirmación de Benedicto XVI que, en una catequesis dedicada a recoger la herencia espiritual de Guillermo de San Thierry afirma lo siguiente: "La naturaleza humana consiste en amar. La energía principal que mueve al alma humana es el amor. La naturaleza humana, en su esencia más profunda, consiste en amar. En definitiva, una sola tarea es confiada a todo ser humano: aprender a querer, a amar sinceramente, auténticamente, gratuitamente". Sin duda, ese amor profundo, sincero, auténtico y gratuito logró cambiar todos los pronósticos en la vida de muchas personas.

¿Qué relación guardan resiliencia y salud?

Para resolver esta cuestión debemos iniciar recordando qué es la salud según la Organización Mundial de la Salud: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Fue el año 1946 cuando desde este organismo se aportó una definición que permitía un acercamiento positivo al concepto de salud. La salud no era la "ausencia de algo" sino un "estado completo". Y en este punto resulta muy interesante la búsqueda de similitudes con el concepto de resiliencia. Melillo et als., (2004) porque presentan en común estas definiciones:

Salud mental	Resiliencia	¿Qué podemos aportar al concepto de resiliencia desde nuestro proyecto?
Proceso determinado histórica y culturalmente en cada sociedad. Se preserva y mejora por un proceso de construcción social.	Conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan acceder al bienestar psicofísico a pesar de las adversidades.	La dimensión trascendente inherente en toda persona que nos capacita para el encuentro con Dios supone la elevación de ese "bienestar psicofísico" al que se hace referencia.
Parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo.	Depende de cualidades positivas del proceso interactivo del sujeto con los otros humanos, responsable en cada historia singular de la construcción del sistema psíquico humano	Ese proceso interactivo se potencia en los distintos ambientes en los que se desarrolla el niño/a y en la escuela especialmente.

(Adaptado de Melillo, Suárez y Rodríguez, 2004)

Desde nuestra aproximación al colegio proponemos complementar la definición de resiliencia y salud mental introduciendo la dimensión trascendente inherente en toda persona que nos capacita para el encuentro con Dios. En este sentido, hablar de resiliencia supone la elevación de ese “bienestar psicofísico” y los recursos de afrontamiento mencionados a los que se hace referencia. En este momento, se hace necesario indicar que la resiliencia “es el resultado de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva. Esto es dinámico en el sentido de que las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una relación recíproca que permiten al niño y adolescente una construcción sana de su desarrollo y de un ajuste social positivo al entorno” (González Arratia, 2007, pp. 248-249).

¿Cómo trabajarla en la escuela? (Adaptado de Ospina et al., 2005, p.87)

- 1** **En el manejo de la situación:** ayudar a tomar conciencia de la situación mediante el manejo y superación de la experiencia. Ayudar a darle la verdadera dimensión de las cosas, el reconocimiento de limitaciones, el autocontrol y propiciar el buen humor.
- 2** **En la superación de la experiencia:** ayudar a elaborar las pérdidas afectivas, cambios en el rol social. Potencializar la capacidad de hablar, pedir ayuda y la búsqueda de independencia. Promover la participación activa en los programas comunitarios.
- 3** **A nivel individual:** potencializar recursos psicológicos como son: autoestima, autoeficacia, estilos de afrontamiento y encontrar el sentido y propósito de vida. Reafirmar la dimensión espiritual, entendiendo esta como un “medio de reducir el estrés a través de la conexión con un poder mayor, superior a sí mismo”.



Bibliografía

Aillon, J.L., Ndetei D.M., Khasakhala, L., NjoguNgari, W., Achola, H.O., Akinyi, S., Ribero, S.(2013). Prevalence, types and comorbidity of mental disorders in a Kenyan primary health centre. Springer-VerlagBerlinHeidelberg. 10.1007/s00127-013-0755-2

American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ta ed., texto rev.)*. doi:10.1176/appi.books.9780890423349

Asociación Americana de Psiquiatría, (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 11(3), p. 125-146.

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

Cervera, F. (2009). Colección Centenario ACdP nº 3. CEU Ediciones.

Cyrulnik, B. (2001). *La maravilla del dolor*. Granica.

Getanda, E. M., Papadopoulos, C., & Evans, H. (2015). The mental health, quality of life and life satisfaction of internally displaced persons living in Nakuru County, Kenya. *BMC public health*, 15, 1-9.

González-Arratia López Fuentes, N. I., & Valdez Medina, J. L. (2007). Resiliencia en niños. *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 38-50.

Hernández, P. R. (2020) Cómo abordar los trastornos mentales de los adolescentes (diagnóstico y orientación). *Adolescere* 2020; VIII(1): 6-16. Disponible en: <https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-VIII-n1-2020/Adolescere-2020-1-WEB.pdf>



Bibliografía

- Kagee, A. (2008). Symptoms of depression and anxiety among a sample of South African patients living with a chronic illness. *J Health Psychol*, 13: 547-555. 10.1177/1359105308088527.
- Kiilu, S., Mandela, H. K., Ngei, P. M., & Chemitei, K. (2024). Effective Governance Approaches in the Management of Mental Health within the Public Sector of Kenya; A Literature Review. *Journal of Frontiers in Humanities and Social Sciences*, 2(1), 32-40.
- Li, H., Luo, W., & He, H. (2022). Association of parental screen addiction with young children's screen addiction: a chain-mediating model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph191912788>
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). e construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and psychopathology*, 12(4), 857-885. <https://doi.org/10.1017/S0954579400004156>
- Melillo, A., Suárez Ojeda, E. N., & Rodríguez, D. (2004). *Resiliencia y subjetividad: los ciclos de la vida. In Resiliencia y subjetividad: los ciclos de la vida*. Paidós.
- Memiah, P., Wagner, F. A., Kimathi, R., Anyango, N. I., Kiogora, S., Waruinge, S., ... & Otiso, L. (2022). Voices from the youth in Kenya addressing mental health gaps and recommendations. *International journal of environmental research and public health*, 19(9), 5366.
- Ndetei, D. M., Khasakhala, L. I., Kuria, M. W., Mutiso, V. N., Ongecha-Owuor, F. A., & Kokonya, D. A. (2009). The prevalence of mental disorders in adults in different level general medical facilities in Kenya: a cross-sectional study. *Annals of general psychiatry*, 8, 1-8.
- Ospina Muñoz, D. E., Jaramillo Vélez, D. E., & Uribe Vélez, T. M. (2005). La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres. *Investigación y educación en enfermería*, 23(1), 78-89.

Ruiz, A., & Lago, B. (2005). *Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia*. AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría, 265-280.

Sánchez Mascaraque P., Cohen, D.S. (2002). Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Adolescere*, VIII(1): 16-27. Disponible en: <https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-VIII-n1-2020/Adolescere-2020-1-WEB.pdf>.

Talaue, G. M., & Kalanther, I. (2023). Prevalence and associated factors of internet addiction among male students of Jubail University College, Saudi Arabia. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 13(1), 1-16. <https://doi.org/10.4018/IJCBPL.324087>

Tekeci, Y., Torpil, B., & Altuntaş, O. (2024). The impact of screen exposure on screen addiction and sensory processing in typically developing children aged 6-10 years. *Children (Basel, Switzerland)*, 11(4). <https://doi.org/10.3390/children11040464>

Tortella Feliu, M. (2014). *Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatria de enlace*, (110), 62-69.

Werner, E. E. (1982). *Vulnerable but invincible. A longitudinal study of resilient children and youth*. New York, NY: McGraw-Hill.

World Health Organization, (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana. <https://iris.who.int/handle/10665/42326>

Wu, H. T., Li, J., & Tsurumi, A. (2024). Change in screen time and overuse, and their association with psychological well-being among US-wide school-age children during the COVID-19 pandemic: analysis of the National Survey of Children's Health (NSCH) years 2018-21. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00688-7>



Bibliografía

Yildiz Durak, H., Hopcan, S., Polat, E., Özüdođru, G., & Atman Uslu, N. (2024). Investigating undergraduates' online engagement behaviors predictors: The role of multiple screen addictions, motivation, academic success and autonomous learning. *Technology, Knowledge and Learning: Learning Mathematics, Science and the Arts in the Context of Digital Technologies*, 2024. <https://doi.org/10.1007/s10758-024-09743-4>