



# Ansiedad y depresión en el aula: detección temprana y primeros auxilios

**Dr. Nicolás Bagattini**

Pediatra, psicoanalista, PhD en Psicología

PROEDUCAR 2026 – AUDEC

11 de febrero de 2026

Auditorio Nacional Adela Reta, Montevideo

# Lo que vamos a desaprender

## ¿Diagnosticar o NO?

Sé que cuando uno viene a una charla sobre ansiedad y depresión en el aula, la expectativa es que le enseñen a reconocer síntomas, a ponerle nombre a lo que el chico tiene. Pero hoy no vamos a ir por ahí. Y les voy a explicar por qué.

- Y eso no es una limitación. Es una posición fundamentada en la ciencia.

## El Factor P

La investigación de los últimos diez años demostró algo que cambió profundamente la manera en que entendemos la psicopatología. Detrás de todas las patologías mentales hay un factor común: el **Factor P**.

Lo describieron Caspi y Moffitt en 2014 y lo confirmaron en 2018: *"Todos para uno y uno para todos: los trastornos mentales en una sola dimensión."*

# Las capacidades fundamentales comprometidas

¿Qué quiere decir esto? Que lo que comparten todos los trastornos no son los síntomas específicos de cada uno, sino un conjunto de capacidades fundamentales que están comprometidas.

## Regulación emocional

La capacidad de manejar lo que siento sin que me desborde

## Mentalización

La habilidad de pensar sobre lo que uno siente y sobre lo que sienten los demás

## Confianza epistémica

La posibilidad de creer que lo que el otro me dice tiene valor, que puedo aprender de alguien

## Capacidad de jugar y Creatividad.

El juego es el laboratorio donde los niños ensayan la vida



# La mentalización es modificable

Un estudio publicado este año por Devine y colaboradores en JCPP Advances estudió a más de mil niños de 8 a 13 años y demostró exactamente esto: **las dificultades de mentalización no son específicas de un trastorno. Son transdiagnósticas.**

**Los chicos con puntajes altos en el Factor P** — (Mayor vulnerabilidad general a los problemas de salud mental) tenían consistentemente más dificultades para mentalizar.

Y esas dificultades explicaban en parte por qué esos chicos tenían peores resultados en su ajuste social en la escuela (y académico).

No era solo el diagnóstico lo que predecía los problemas sociales. Era la dificultad para pensar sobre lo que sienten los demás.

## Lo mejor

**La mentalización es modificable.** Se puede mejorar con intervenciones breves en el aula. Breves. En el aula. No en un consultorio. No con un psicólogo. En el aula, con un adulto que mentalice al chico.

34.6%

De todos los trastornos mentales comienzan antes de los 14

48.4%

Casi la mitad comienzan antes de los 18 años

14.5

Edad pico de inicio para cualquier trastorno mental

# Los síntomas son la punta del iceberg

Cuando esas capacidades están comprometidas, aparecen los síntomas. Pero los síntomas son la punta del iceberg, no el problema. Debajo hay un niño o un adolescente que está sufriendo y cuyas herramientas para manejar ese sufrimiento están desbordadas.



**Lo que se ve:** tristeza, ansiedad, rabia, aislamiento, irritabilidad.

**Lo que parece:** Depresión, ansiedad, TDAH, problemas de conducta.

**Cómo se vincula:** Patrones relacionales y de apego.

**Capacidades comprometidas:** atención, regulación emocional, mentalización

**Vulnerabilidad de base:** confianza epistémica, factor P.

❏ **Esto es importante para ustedes:** significa que no necesitan saber si esto es ansiedad o depresión para poder ayudar. Lo que necesitan es aprender a ver el sufrimiento, entender qué capacidades están comprometidas y responder de una manera que ayude.

MARCO CONCEPTUAL

# El niño en contexto

**"Preguntar qué contribuye más a la patología (la naturaleza o el ambiente), es como preguntar qué contribuye más al área de un rectángulo, si el ancho o el alto."**

Donald Hebb (atrib.), citado en Meaney, 2004

Existe un modelo, desarrollado por UNICEF y la Organización Mundial de la Salud, que nos permite visualizar esto de una manera muy clara: el **modelo socioecológico**.



# Las capas del modelo socioecológico

01

## El niño

En el centro está el niño con su biología: carga genética, temperamento, neurodesarrollo, historia personal. Algunos niños nacen con mayor vulnerabilidad biológica a la ansiedad o a la depresión.

03

## Escuela y comunidad

**Ustedes están acá.** Esta es su capa. Es donde estos chicos pasan la mayor parte de sus horas de vigilia. Ustedes pasan más tiempo con ellos que muchos de sus propios padres durante la semana.

05

## Políticas y sistemas

La capa más externa: las políticas y los sistemas de protección, el acceso a servicios de salud, la legislación.

02

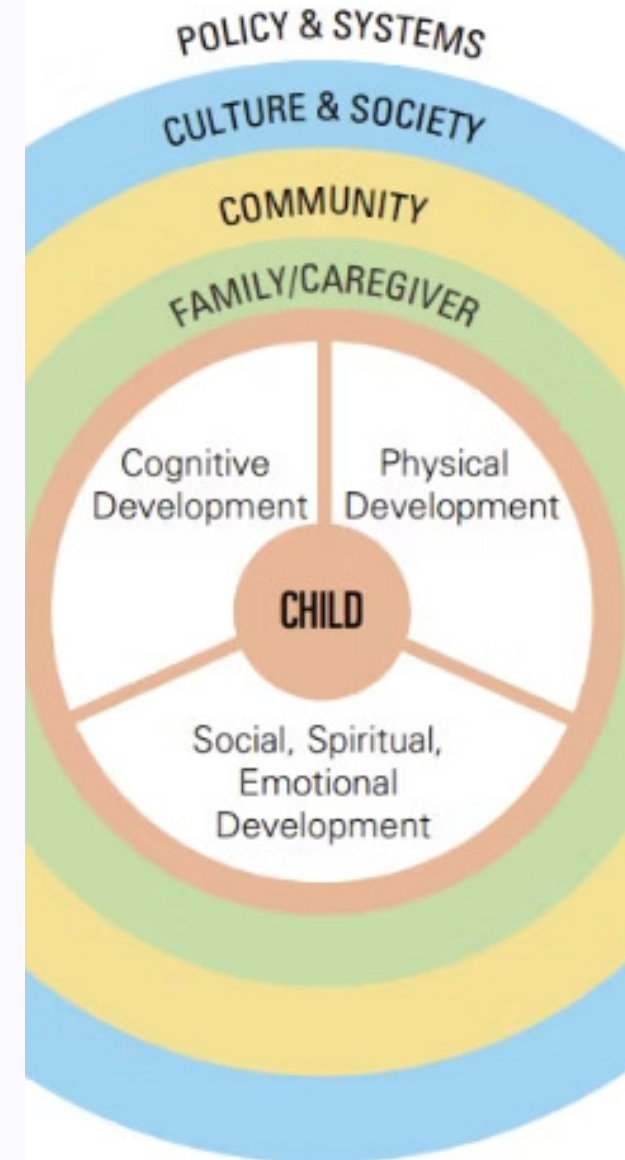
## Familia y pares

Las personas más cercanas, los vínculos de apego, los amigos. Lo que pasa en la casa tiene un impacto enorme. La aceptación o el rechazo de los pares puede sentirse como una cuestión de supervivencia.

04

## Cultura y sociedad

Los valores, las expectativas, lo que se transmite por los medios, las redes sociales, la presión por el rendimiento, las comparaciones constantes.



# La magnitud del problema

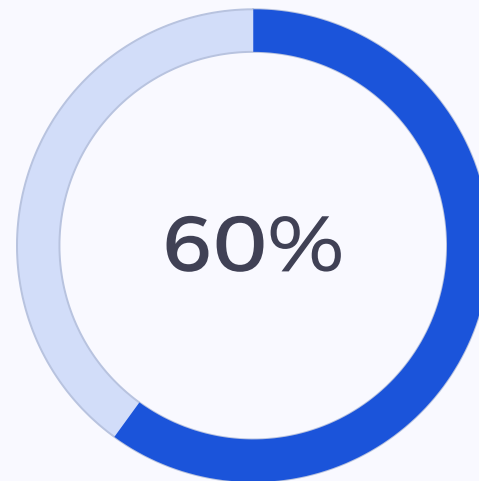
Según datos de UNICEF, **uno de cada siete adolescentes entre 10 y 19 años presenta un trastorno mental**. Un tercio de esas condiciones aparece antes de los 14 años. La mitad antes de los 18.

Según la OMS, a nivel mundial el 8% de los niños y el 15% de los adolescentes experimenta un trastorno mental. Y el suicidio es la **cuarta causa de muerte** entre los 15 y los 19 años.

En Uruguay, 1 de cada 4 jóvenes se sintió triste o desesperado al punto de no poder seguir con su rutina.

En Uruguay, el suicidio es la **primera causa de muerte** en adolescentes de 15-19 años (no la cuarta como a nivel global)

Más de la mitad de los adolescentes que se suicidaron en Uruguay habían consultado al sistema de salud en los tres meses anteriores. Pasaron por el sistema. Y el sistema no los vio



## Sin acceso a tratamiento

A nivel global, más de 6 de cada 10 no acceden al tratamiento (OMS). **En Uruguay, la situación es similar o peor**. Además, menos del 5% del presupuesto sanitario va a salud mental – la mitad de lo que recomienda la OMS."

- ❑ **La escuela, muchas veces, es el único lugar donde alguien puede detectar que algo está pasando.** Esto quiere decir que muchos de esos chicos están sentados ahora mismo en sus aulas. Y ustedes pueden ser la primera persona que lo nota.

# Factores de riesgo y protección

El sufrimiento mental emerge de la interacción entre todas estas capas. No es solo biología. No es solo ambiente. No es solo sociedad. Es la interacción entre todo eso.

En cada una de esas capas hay cosas que aumentan el riesgo y cosas que protegen.

## Factores de riesgo

- A nivel individual: trauma previo
- En la familia: violencia intrafamiliar
- En la escuela: bullying

## Factores protectores

- A nivel individual: buena capacidad de regulación emocional
- En la familia: apego seguro, vínculo estable con un cuidador predecible y sensible
- En la escuela: **un adulto confiable que está presente**

Fíjense en algo: ustedes no pueden cambiar la genética de ese niño. No pueden cambiar lo que pasa en su casa. No pueden cambiar la sociedad de un día para el otro. **Pero sí pueden ser ese adulto confiable en la escuela.** Y eso importa mucho más de lo que creen.

# Cómo se ve en el aula: las dos caras del sufrimiento

Cuando un niño o un adolescente sufre, ese sufrimiento puede tomar dos grandes formas.



## Sufrimiento internalizante

Es el sufrimiento que va hacia adentro. Es silencioso, invisible. Un chico que se retrae, que se apaga, que se queja de dolores físicos sin causa médica, que parece estar en otra cosa, que se desconecta.

**Incluye: depresión, ansiedad, retraimiento social, quejas somáticas.**



## Sufrimiento externalizante

Es el que va hacia afuera. Es ruidoso, visible, y suele generar problemas en el aula. Un chico que se irrita con facilidad, que explota, que desafía, que agrede, que no puede quedarse quieto.

**Incluye: irritabilidad, agresión, impulsividad, conducta desafiante.**

# El sufrimiento silencioso es el más peligroso

Nos es más fácil ver al que molesta que al que se apaga.

El chico que rompe cosas, que contesta mal, que se pelea, ese nos obliga a actuar porque nos genera un problema. Pero el chico que se sienta en el fondo, que no habla, que no molesta a nadie, ese muchas veces pasa completamente desapercibido. Y el sufrimiento silencioso es el que más riesgo tiene de pasar desapercibido.

**La investigación confirma esto:** los docentes son buenos identificando problemas externalizantes severos, pero tienen mucha más dificultad con los problemas internalizantes, sobre todo cuando son moderados.

Green y colaboradores (2022) encontraron que lo que marcaba la diferencia no era años de experiencia ni formación académica.

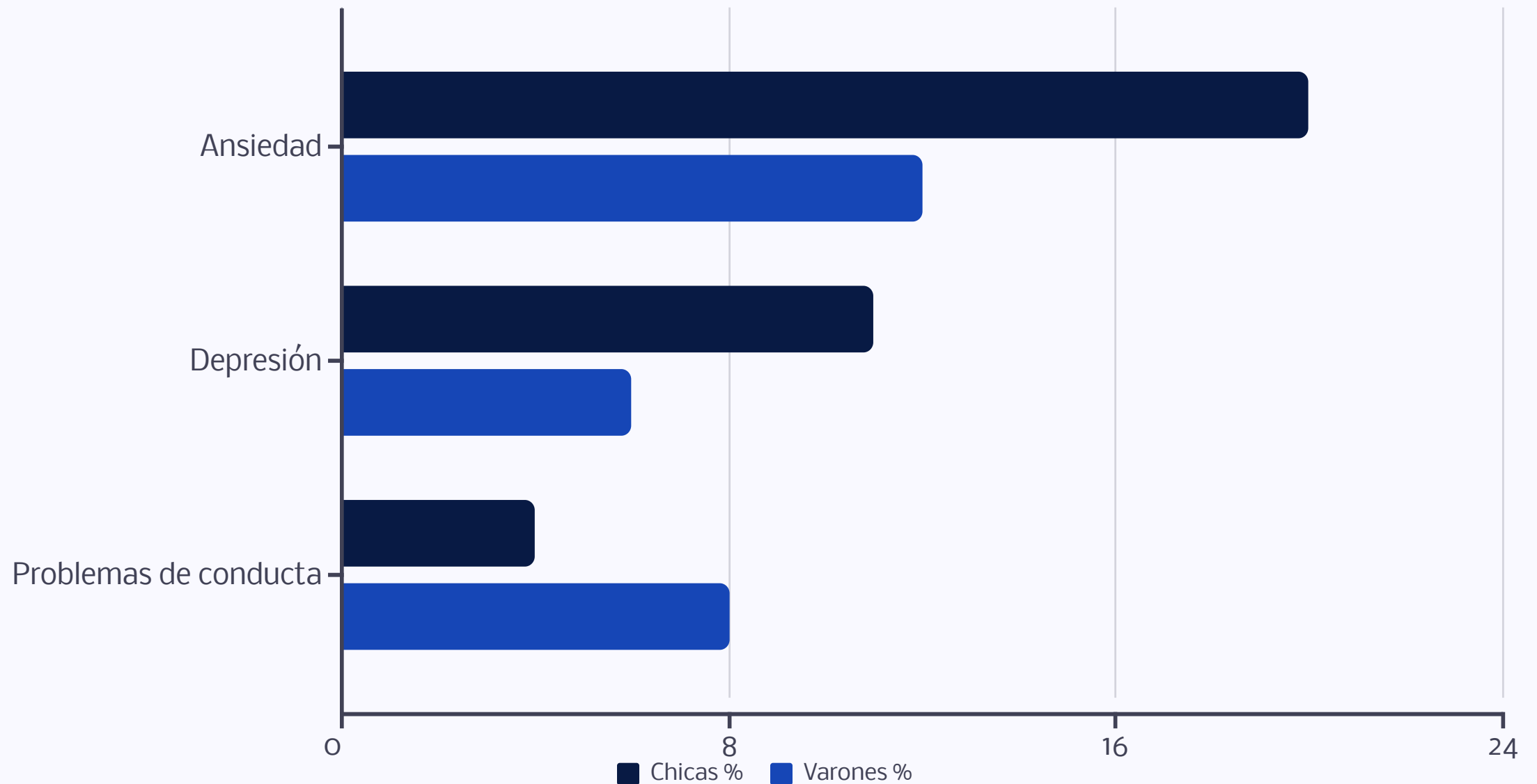
## Lo que marca la diferencia

La **confianza del docente** en su propia capacidad de reconocer las señales y la **calidad de su relación** con los alumnos.

Docentes que se sentían más conectados con sus estudiantes eran mejores detectores. La relación, otra vez, como clave.

# Patrones de género en salud mental

Hay un patrón de género que vale la pena conocer. Las chicas tienden más a los problemas internalizantes. Los varones tienden más a los externalizantes.



Esto no es una regla fija, pero es una tendencia documentada y tiene consecuencias prácticas: **las chicas tienen más riesgo de pasar desapercibidas**, porque su sufrimiento es más silencioso. Y **los varones tienen más riesgo de ser etiquetados como "problemáticos"** cuando en realidad pueden estar sufriendo.

# El impacto en la escuela

Fíjense lo que pasa cuando estos chicos llegan a la escuela sin ser atendidos.

## 3 veces +

### Desvinculación escolar

Los adolescentes con un diagnóstico de salud mental tienen tres veces más probabilidades de estar desvinculados de la escuela

## 4 veces +

### Contacto por problemas

Tienen cuatro veces más probabilidades de que la escuela contacte a los padres por problemas

- ❏ Esa desvinculación no es el problema: es el síntoma. El chico que se desconecta de la escuela nos está diciendo algo. Esa es exactamente la brecha que queremos cerrar hoy.

Y una cosa más: **muchas veces estos perfiles conviven**. Un chico puede estar deprimido e irritable al mismo tiempo. Ansioso y agresivo. **Las comorbilidades en salud mental infantojuvenil son altísimas**, llegan al 40 y hasta al 90% según las guías clínicas. **No son categorías puras.**

# Depresión en el aula: señales concretas

Vamos con la depresión primero. La señal más específica de la depresión es la **anhedonia**: el chico deja de disfrutar lo que antes le gustaba.

- ❑ **Esto es clave.** No estamos hablando de un chico que siempre fue callado. Estamos hablando de un cambio. Algo que antes hacía y ya no hace. Algo que antes le gustaba y ya no le interesa.

## Abandono de actividades

El que jugaba al fútbol en el recreo y ahora se queda sentado. La que hablaba con sus amigos y ahora se aísla.

## Trabajos sin entregar

Un alumno que antes entregaba sus trabajos y deja de hacerlo. No es que se le olvidó una vez; es un patrón sostenido.

## Aislamiento social

Un chico que se aísla en los recreos, que se aleja de sus amigos, que parece preferir estar solo.

## Apariencia apagada

Que parece apagado, como si le hubieran sacado la energía.

## Irritabilidad

Que muestra una irritabilidad que no era típica en él o ella.



# La depresión en niños se ve como enojo

En los niños y en muchos adolescentes, la depresión no se manifiesta como tristeza. Se manifiesta como enojo. Como irritabilidad.

Un chico que de repente está **contestador, que se pelea con todos, que explota por cualquier cosa**. Si no sabemos esto, lo etiquetamos como "problemático" o como "malcriado" cuando en realidad está deprimido.

Las guías clínicas de la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente lo dicen expresamente: **la irritabilidad es una presentación habitual de la depresión en la infancia.**

## Otras señales

- Baja de rendimiento sostenida
- Cambios en la higiene personal
- Cambios en la alimentación
- Cambios en los patrones de sueño



# El impacto de la adversidad

Las adversidades de la infancia tienen un impacto enorme. Según los estudios longitudinales, las adversidades infantiles –la pérdida de un ser querido, el maltrato, los problemas económicos serios, el desajuste parental– están asociadas con el **57% de los trastornos del ánimo** que aparecen antes de los 13 años.



**Y la depresión en la infancia no se queda en la infancia: tiene continuidad.** Predice problemas en la adolescencia y en la adultez: problemas de salud, problemas sociales, problemas educativos, problemas laborales.

- ❑ **Por eso la detección temprana importa tanto.** Porque lo que no se detecta hoy se arrastra mañana. Incluso hay evidencia de que la depresión puede comenzar en edad preescolar, entre los 3 y los 6 años.

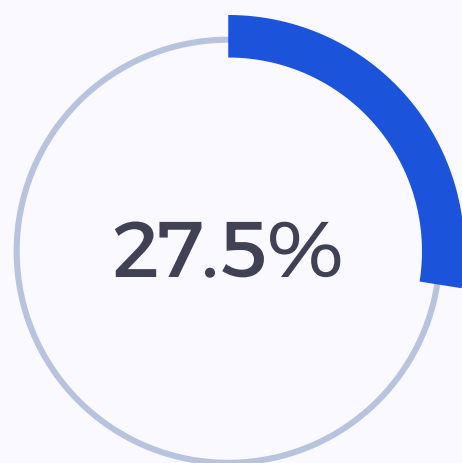
# No es que no quiera, es que no puede.

Ese chico que parece vago, desmotivado, que "no le pone ganas", puede ser un chico que está deprimido y que literalmente no tiene la energía para hacer lo que antes hacía.



# Ansiedad en el aula: señales concretas

La ansiedad es especialmente relevante porque es el **trastorno mental más frecuente** en niños y adolescentes. Según los datos más recientes, la ansiedad afecta al 16% de los adolescentes de 12 a 17 años solo en Estados Unidos. Su prevalencia aumentó un 61% en los últimos siete años.



## Prevalencia global

De adolescentes entre 10 y 19 años. Más de uno de cada cuatro.



## Edad pico de inicio

Años para trastornos de ansiedad y fobias

Esto quiere decir que la ansiedad no es algo que aparece de golpe en la adolescencia. Muchas veces viene acumulándose desde la primera infancia, y lo que ustedes ven en el aula puede ser la punta de un iceberg que lleva años formándose.



# La evitación: señal clave de ansiedad

La señal más clara de la ansiedad es la **evitación**. El chico **deja de ir a lugares** o de hacer cosas porque tiene miedo.



## Excusas para no exponer

"No me preparé", "me duele la garganta",  
"no me siento bien"



## Somatizaciones

Dolor de panza, dolor de cabeza, náuseas  
antes de pruebas o situaciones de  
exposición. Estos dolores son reales.



## Faltas recurrentes

Sin causa médica clara. Falta los lunes, o  
cuando hay educación física, o cuando  
hay actividades grupales.



## Preguntas repetitivas

"¿Seguro que está bien?", "¿seguro que no va a pasar nada?",  
"¿me va a salir bien?"



## Ataques de pánico

Miedo intenso, taquicardia, sensación de ahogo, sensación de que  
algo terrible va a pasar

**La frase clave:** No es que sea vago o mañoso. Tiene miedo. No es que no quiera, es que no puede.

# Dos ejemplos

Vamos a ponerle cara a esto con dos ejemplos breves.



## Lucía, 12 años

Lucía siempre fue buena alumna, participativa, con un grupo sólido de amigas. Hace dos meses empezó a cambiar. Dejó de entregar trabajos. Se sienta sola en el fondo del salón. Ya no habla con sus amigas en los recreos. Se la ve apagada, sin energía.

Resulta que sus padres se estaban separando y Lucía estaba absorbiendo todo ese dolor en silencio, sin herramientas para procesarlo. **El comportamiento es comunicación.** Estaba diciendo: me duele algo y no sé cómo manejarlo.



## Mateo, 10 años

Mateo falta a la escuela cada vez que hay prueba. Cuando viene, se queja de dolor de panza todas las mañanas. En clase no participa, se queda callado, con la cabeza baja. Si la maestra le pregunta algo, se pone colorado y no puede contestar.

Resulta que Mateo tiene un miedo intenso a equivocarse en público. Cada vez que anticipa una situación donde puede quedar expuesto, su cuerpo responde con una alarma desproporcionada. El dolor de panza es real.

# Ni Lucía ni Mateo son un diagnóstico

Fíjense: ni Lucía ni Mateo son un diagnóstico. Son chicos cuyas capacidades están comprometidas y que necesitan que un adulto los vea.

## Lucía

- Capacidad de regulación: desbordada
- Capacidad de pedir ayuda: comprometida
- Necesitaba que alguien la viera

## Mateo

- Capacidad de regulación de la ansiedad: desbordada
- Capacidad de confiar en que el entorno es seguro: comprometida
- Necesitaba que alguien lo viera

Otra cosa importante: la misma ansiedad se ve distinto en un niño de 7 que en uno de 15. Un niño de 7 puede llorar, agarrarse de la madre, negarse a entrar al salón. Un adolescente de 15 puede faltar directamente, o estar con el celular todo el día como forma de evitación, o mostrarse irritable y distante.

Pero también hay enormes diferencias dentro del mismo rango etario. No hay dos chicos iguales. El contexto importa: qué está pasando en su vida, qué capacidades tiene comprometidas, qué apoyos tiene disponibles.

# Los cuestionarios de screening

Un dato práctico antes de pasar al siguiente bloque. Existen instrumentos validados de tamizaje que pueden aplicarse en contextos escolares.

## GAD-7

Cuestionario breve de siete ítems para detectar ansiedad. Autoaplicado, toma menos de cinco minutos, disponible en español.

## PHQ-9

Cuestionario breve de nueve ítems para detectar depresión. Autoaplicado, toma menos de cinco minutos, disponible en español.

No diagnostican, pero ayudan a detectar a los chicos que necesitan una evaluación más profunda. Son como un termómetro: no te dicen qué tiene el paciente, pero te dicen que algo está pasando.

- ❏ La US Preventive Services Task Force recomienda el tamizaje de ansiedad en todos los niños de 8 a 18 años, y de depresión a partir de los 12. Estos instrumentos pueden integrarse a los protocolos escolares como parte de la detección temprana. No requieren formación clínica para administrarlos.

# El Semáforo de Acción

La adolescencia es una etapa de cambios enormes, de búsqueda de identidad, de malestares que son parte del desarrollo. No todo es patología. Un chico triste porque se peleó con su mejor amigo no está deprimido. Un chico nervioso antes de una prueba importante no tiene un trastorno de ansiedad.

Hay un sufrimiento que es esperable, que es parte de crecer, y hay un sufrimiento que es una señal de alerta. ¿Cómo distinguimos uno de otro? Con tres criterios claros.

## Persistencia

¿Esto que estoy viendo dura más de dos semanas? Un mal día lo tiene cualquiera. Una mala semana también. Pero si el malestar se sostiene por más de dos semanas, empezamos a prestar atención.

## Intensidad

¿Lo que estoy viendo es proporcional a lo que pasó, o es desproporcionado? Una reacción que desborda completamente al chico llama la atención.

## Impacto funcional

¿Esto le está impidiendo hacer las cosas que normalmente hace? ¿Le impide estudiar, vincularse con otros, cuidarse? Cuando el malestar empieza a afectar el funcionamiento cotidiano, estamos ante algo que requiere acción.

Si los tres criterios están presentes –persistencia, intensidad e impacto funcional– estamos ante una señal de alerta.



# Luz verde: malestar esperable

## Luz verde

Malestar esperable

El chico tiene una reacción proporcional a una situación. Se peleó con un amigo y está triste. Sacó una mala nota y está frustrado. Tuvo un mal día y está irritable. No interfiere con su funcionamiento general y se resuelve espontáneamente o con un apoyo mínimo.

## ¿Qué hacer en luz verde?

**Escuchar, validar y observar.** Apoyo de rutina. Estar atento pero sin sobrereactuar. A veces lo más importante es simplemente que el chico sepa que hay un adulto que se dio cuenta.

# Luz amarilla: señal de alerta

## Luz amarilla

Señal de alerta

El malestar persiste más de dos semanas. Afecta la funcionalidad: le impide estudiar, socializar, cuidarse. Hay un cambio claro en las conductas basales, es decir, en cómo era ese chico antes comparado con cómo está ahora.

### ¿Qué hacer en luz amarilla?

**Actuar.** Esto significa tres cosas:

1. **Hablar con el estudiante:** acercarse, abrir un espacio de escucha. No hace falta tener un guión. Hace falta estar dispuesto a escuchar sin juzgar.
2. **Activar a la familia y al equipo institucional:** no cargar con esto solos, involucrar al orientador, al psicólogo escolar, a la dirección, a los padres. Compartir con el equipo no es traicionar. Es cuidar.
3. **Orientar hacia una derivación planificada:** conectar con un profesional de salud mental que pueda hacer una evaluación más profunda.

# Luz roja: riesgo alto

## Luz roja

Riesgo alto

Hay riesgo inminente. Ideas de suicidio, autolesiones, violencia hacia otros, signos de desconexión de la realidad. El chico lo verbaliza o hay evidencias claras: marcas en los brazos, dibujos o escritos que hablan de muerte, amenazas concretas.

### ¿Qué hacer en luz roja?

**Proteger.** No dejarlo solo bajo ninguna circunstancia. Activar la derivación de emergencia: llamar a los padres, llamar a emergencias si es necesario, contactar al servicio de salud mental de referencia. No intentar manejar esto solos. Esto excede el rol del docente y necesita intervención profesional inmediata.

- 📄 **Regla de oro:** En caso de duda, suban un nivel. Es mejor activar de más que de menos. Si dudan entre verde y amarillo, traten como amarillo. Si dudan entre amarillo y rojo, traten como rojo. Nadie les va a reprochar haber sido precavidos con la salud mental de un niño.



Regla de oro

**En caso de duda,  
suban un nivel.**

Es mejor activar de más que de menos. Si dudan entre verde y amarillo, traten como amarillo. Si dudan entre amarillo y rojo, traten como rojo. Nadie les va a reprochar haber sido precavidos con la salud mental de un niño.

# Primeros Auxilios Psicológicos en el aula

Esto no es hacer terapia. Quiero que eso quede muy claro. No les voy a pedir que sean psicólogos. No necesitan formación en salud mental para hacer lo que voy a describir. Lo que les voy a dar son herramientas de **primeros auxilios psicológicos**: una primera respuesta humana, segura y de apoyo.

Existe un modelo desarrollado específicamente para escuelas: los **Primeros Auxilios Psicológicos para Escuelas (PFA-S)**. Fue desarrollado por la Red Nacional de Estrés Traumático Infantil de Estados Unidos y el Centro Nacional para el Trastorno de Estrés Postraumático. Es una intervención basada en evidencia y está diseñado para que cualquier integrante del personal escolar pueda aplicarlo, independientemente de si tiene o no formación en salud mental.

# Las cinco acciones centrales

El modelo tiene ocho acciones centrales. Las que más aplican al momento del aula son cinco.

01

---

## Contacto y compromiso

Acercarse de forma no intrusiva y compasiva, establecer una conexión

02

---

## Seguridad y confort

Ofrecer un espacio de estabilidad emocional y física

03

---

## Estabilización

Calmar a quien está emocionalmente desbordado, ayudar a bajar la intensidad de la crisis

04

---

## Conexión con apoyos sociales

Vincular al chico con su familia, con sus pares, con el equipo de la escuela

05

---

## Enlace con servicios

Derivar cuando corresponde, conectar con profesionales

# La capacitación funciona

La investigación muestra que las intervenciones breves pueden producir resultados positivos y duraderos. Un estudio publicado este año por Kamel y colaboradores tomó a 80 docentes de escuelas primarias en Jordania y les dio entrenamiento en primeros auxilios psicológicos.

📌 **El resultado fue contundente:** los docentes entrenados mejoraron significativamente en conocimiento, en habilidades, en actitudes y en autoeficacia. Todos los dominios. Con diferencias estadísticamente significativas comparados con el grupo control.

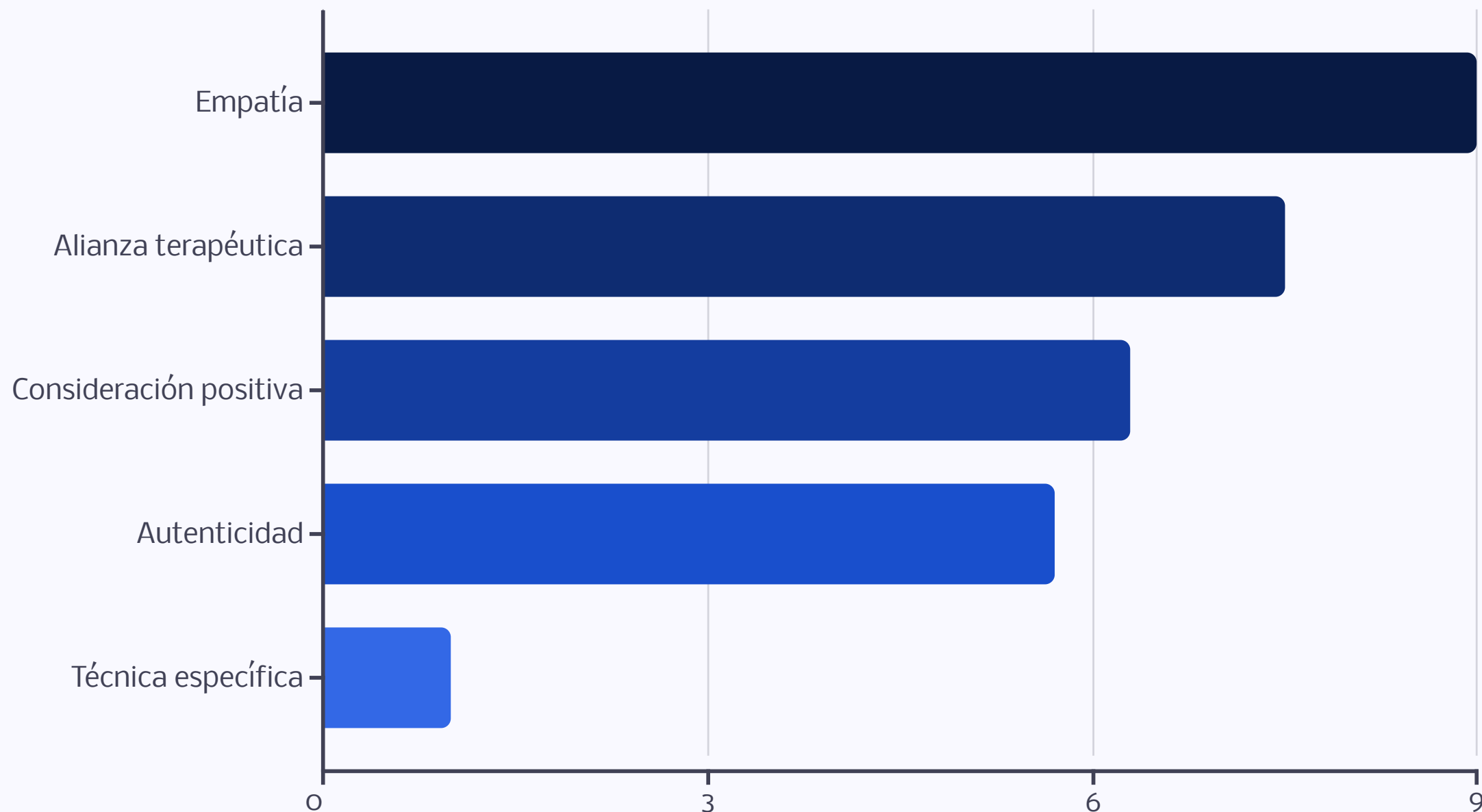
¿Qué quiere decir esto? Que la capacitación funciona. Que ustedes pueden aprender esto y que eso va a cambiar la manera en que responden. No es magia. Es entrenamiento basado en evidencia.

Y esto es exactamente lo que las principales organizaciones internacionales están promoviendo. En octubre de 2024, la OMS y UNICEF publicaron una guía conjunta sobre salud mental de niños y jóvenes que enfatiza algo muy claro: los servicios de salud mental no pueden funcionar aislados. Necesitan integrarse con la educación, con la protección social, con el apoyo comunitario.

**Las escuelas son un eslabón central de esa red, no un agregado.** Lo que ustedes hacen en el aula no es un sustituto del sistema de salud mental. Es un componente esencial del sistema de salud mental.

# La calidad de la relación es lo que importa

Lo que más explica el resultado de cualquier intervención psicológica no es la técnica específica. Es la calidad de la relación. Esto lo demostró Bruce Wampold en 2015, y lo confirmó el Tercer Task Force de la Asociación Americana de Psicología en 2018, que analizó más de 200 estudios.



Los factores comunes –la calidad del vínculo, la empatía, la presencia genuina, las expectativas de mejoría– explican entre el 30 y el 70% de la varianza en los resultados. La técnica, entre el 1 y el 15%.

**El corazón de los primeros auxilios psicológicos no es una técnica sofisticada. Es la calidad de su presencia como adultos.** Estar ahí, de manera genuina, atenta y respetuosa. Eso ya es una intervención. Y no es una afirmación romántica. Es lo que dicen los datos.



MARCO VAE

# El marco VAE: Validar, Acompañar, Empoderar

Vamos a darle una estructura práctica a esa presencia. El modelo que vamos a usar tiene tres pasos: Validar, Acompañar y Empoderar.



## Validar

Validar el dolor, no la conducta



## Acompañar

Explorar sin interrogar



## Empoderar

Devolver agencia y conectar con ayuda

# Paso 1: Validar el dolor, no la conducta

Si un chico está sufriendo, lo primero que necesita escuchar es que su dolor es legítimo. Que alguien lo ve y lo reconoce.

## Qué decir

- "Veo que estás pasando por algo difícil. Estoy acá."
- "Parece que la estás pasando mal. ¿Querés que hablemos?"
- "Entiendo que estabas enojado. Ahora busquemos una mejor manera de manejar eso."

No hace falta ser elocuente. Hace falta ser genuino. No hace falta tener la respuesta correcta. Hace falta estar presente.

## Qué NUNCA decir

- ~~"No es para tanto."~~
- ~~"Animate."~~
- ~~"Pensá en positivo."~~
- ~~"Hay gente que la pasa peor."~~

Estas frases, aunque bienintencionadas, invalidan lo que el chico siente. Le comunican que su dolor no es legítimo, que está exagerando, que debería poder con esto. Y eso lo aleja.

Validar no es estar de acuerdo con todo lo que el chico hace. Si un chico rompió algo porque estaba furioso, no vamos a validar que rompió algo. Pero sí podemos validar que estaba furioso. **Validamos la emoción, no la conducta.**

# La confianza epistémica

Quiero detenerme un segundo en este concepto porque es central para entender por qué la validación importa tanto.

- ❏ **La confianza epistémica** es la disposición a creer que lo que el otro me dice es relevante, confiable y tiene valor para mí. Es lo que permite que un chico aprenda de un adulto. No hablamos de obediencia. Hablamos de apertura. De la capacidad de recibir lo que el otro tiene para ofrecer.

Fonagy y Luyten (2016) sostienen que esta confianza se abre cuando el chico se siente comprendido, cuando percibe que el otro lo está pensando como una persona con mente propia. Y se cierra cuando se siente invalidado, juzgado o no visto.

Y una vez que esa puerta se cierra, es muy difícil volver a abrirla. Cada vez que decimos "no es para tanto", estamos cerrándola un poco más.

# Paso 2: Acompañar y Explorar, sin interrogar

No estamos haciendo un interrogatorio. No estamos buscando la causa. Estamos abriendo una puerta.

## Qué preguntar

- "¿Cómo te puedo ayudar?"
- "¿Qué es lo más difícil para vos ahora?"

Son preguntas abiertas que le devuelven al chico la agencia sobre su propia narrativa. Lo dejan hablar de lo que quiera hablar, al ritmo que pueda. Y si no quiere hablar, eso también está bien. A veces acompañar es simplemente estar al lado en silencio.

## Qué NUNCA preguntar

- "~~¿Por qué te sentís así?~~" – porque muchas veces no saben por qué, y la pregunta les genera más angustia
- "~~Pero si lo tenés todo~~" – que invalida y además genera culpa: ahora no solo se siente mal, sino que se siente mal por sentirse mal

# Paso 3: Empoderar

Muchos chicos que sufren sienten que están atrapados, que no hay salida, que nada va a cambiar. El empoderamiento es comunicar que hay caminos y que no está solo para recorrerlos.

## Qué decir

- "No estás solo en esto. Busquemos ayuda juntos."
- "Hay personas que se dedican a ayudar con esto y podemos conectarte."
- "¿Qué pensás que te podría ayudar?"

Esa última pregunta es poderosa porque le devuelve al chico la sensación de que tiene algo de control sobre su situación.

## Qué NUNCA decir

- ~~"Se te va a pasar solo"~~ – porque puede que no, y si no se le pasa, va a sentir que falló
- ~~"Tenés que ser más fuerte"~~ – que le comunica que su sufrimiento es una debilidad y que debería poder superarlo con voluntad

# Respuestas diferenciadas: perfil ansioso

No es lo mismo un chico ansioso que un chico deprimido. La forma de acercarse cambia.

## Perfil ansioso

Un chico que está activado, en alerta, nervioso, con el cuerpo tenso

**La clave es bajar la intensidad.**

## Cómo ayudar

- Hablar despacio, con tono calmo. No apurar.
- Ayudarlo a aterrizar: "¿Qué sentís en el cuerpo ahora?" – lo trae al presente, lo saca de la espiral de pensamientos catastróficos
- No forzarlo a enfrentar el miedo en ese momento
- Si no puede exponer hoy, buscar una alternativa: "Está bien si hoy no podés exponer. Busquemos otra forma."

No es conceder un capricho. Es respetar un límite real y trabajar con él. Es decirle: te veo, entiendo lo que te pasa, y vamos a encontrar la manera.

# Respuestas diferenciadas: perfil depresivo

## Perfil depresivo

Un chico apagado, retraído, sin energía

**La clave es no exigirle lo que no tiene.**

## Cómo ayudar

- No pedirle que se anime, que ponga buena cara, que participe
- No pedirle que se esfuerce más – probablemente ya se está esforzando al máximo solo para estar ahí sentado
- Ir despacio, sin invadir
- Ofrecer pequeños gestos de conexión: sentarse al lado sin decir nada, ofrecerle presencia sin demanda
- Preguntarle algo cotidiano: "¿Comiste algo hoy?" o "¿Dormiste bien?"

A veces lo más poderoso es simplemente estar ahí: "No tenés que hablar si no querés. Pero estoy acá."

Esa frase comunica algo fundamental: estás visto, no estás solo, y no te voy a exigir nada que no puedas dar. Para un chico deprimido, saber que hay un adulto que lo ve sin juzgarlo y sin exigirle puede ser la diferencia entre sentirse completamente solo y sentir que hay un hilo que lo conecta con el mundo.

**El seguimiento:** Lo que pasa después de esa primera conversación importa tanto como la conversación misma. Al día siguiente, un gesto breve: "¿Cómo estás hoy?" O simplemente una mirada, una sonrisa, una presencia que confirme que el vínculo sigue ahí. La consistencia es lo que construye confianza.

# Lo que nunca hay que hacer

Repasemos lo que nunca hay que hacer, sin importar el perfil.

## Minimizar

"No es para tanto."

## Comparar

"Otros la pasan peor."

## Dar consejos no pedidos

"Lo que tenés que hacer es..."

## Prometer confidencialidad absoluta

Porque si hay riesgo, hay que actuar, hay que involucrar a otros

## Dejar solo a alguien en crisis

Si un chico les dice que quiere morirse, si ven marcas en sus brazos, si los asusta algo que dijo o escribió, no lo dejen solo. Quédense con él y pidan ayuda.

# Recapitulando

Hoy recorrimos un camino largo. Repasemos lo esencial.

## Capacidades comprometidas

Detrás de toda patología hay capacidades comprometidas: regulación emocional, confianza epistémica, mentalización, juego y exploración, resiliencia. Las dificultades de mentalización son transdiagnósticas y modificables.

## Señales en el aula

Perfiles internalizantes (silenciosos) y externalizantes (ruidosos).  
Tres criterios: persistencia, intensidad e impacto funcional.  
Semáforo de acción: verde, amarillo, rojo.

## Contexto socioecológico

La patología emerge de la interacción entre biología, familia, escuela, cultura y políticas. Uno de cada siete adolescentes con un trastorno mental, casi la mitad de los trastornos comienzan antes de los 18 años.

## Primeros auxilios psicológicos

Marco VAE: Validar, Acompañar, Empoderar. Lo que más importa no es la técnica sino la calidad de la presencia. La evidencia respalda esta afirmación.

# Nuestro rol

Entonces, ¿qué les pido? No les pido que sean psicólogos. No les pido que diagnostiquen. No les pido que hagan terapia.

**Nuestro rol como adultos referentes en la escuela es ser un adulto confiable.** Uno que escucha. Que no mira para otro lado. Que da tiempo y espacio para que el chico exprese lo que siente. Que lo piensa. Que lo ve.

Recuerden el dato de Solmi: casi la mitad de todos los trastornos mentales comienzan antes de los 18 años. La edad pico de inicio es 14 años y medio. **Ustedes están ahí.** Están ahí durante la ventana de oportunidad más importante para la salud mental de esos chicos. No dentro de diez años. No cuando ya sean adultos. Ahora.

Y el hecho de que estén acá, escuchando esto, me dice que lo saben. Que lo intuyen. Que algo los trajo hasta acá porque sienten que hay algo más que pueden hacer.

# Ustedes son un eslabón fundamental

Recuerden: más de la mitad de los chicos que necesitan ayuda no llegan al sistema de salud. La escuela, para muchos de ellos, es la única red. No la primera: la única. Y dentro de esa escuela, ustedes son la cara visible, la presencia cotidiana, la constancia. No subestimen lo que eso significa.

Y recuerden también lo que vimos al principio: la mentalización, esa capacidad de pensar sobre lo que uno siente y lo que sienten los demás, es modificable. Y se puede mejorar con intervenciones breves en el aula. Cada vez que le dicen a un chico "te noto distinto hoy", cada vez que le devuelven una imagen de sí mismo que lo ayuda a entenderse, están haciendo una intervención de mentalización.

- ❏ **Ustedes son un eslabón importante en la cadena de cuidado.** No el único, pero sí uno fundamental. Porque es en el vínculo cotidiano, en esas horas compartidas todos los días, en esa presencia sostenida semana tras semana, mes tras mes, donde se fortalecen las capacidades: la regulación, la confianza, la mentalización, la resiliencia.

Y vuelvo al inicio: esas capacidades no se enseñan con un manual. Se desarrollan en la relación con un adulto que está presente, que es predecible, que es genuino. Ese adulto pueden ser ustedes.

**Muchas gracias.**

# Bibliografía

- Achenbach, T. M., et al. (2016). Internalizing/externalizing problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(8), 647-656.
- Brymer, M., et al. (2012). *Psychological First Aid for Schools (PFA-S): Field Operations Guide* (2nd ed.). National Child Traumatic Stress Network.
- Caspi, A., et al. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119-137.
- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2018). All for one and one for all: Mental disorders in one dimension. *American Journal of Psychiatry*, 175(9), 831-844.
- Devine, R. T., et al. (2025). Mentalizing difficulties are transdiagnostic. *JCPP Advances*, 5(1), e70034.
- Fonagy, P., et al. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Other Press.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2016). Mentalizing, epistemic trust and the phenomenology of psychotherapy. *Psychopathology*, 52(2), 94-103.
- Green, J. G., et al. (2022). Teacher and school characteristics associated with the identification and referral of adolescent depression. *School Mental Health*, 14, 112-127.
- Kamel, F., et al. (2025). Exploring effect of psychological first aid education on elementary school teachers. *Health & Social Care in the Community*, 2025, 8897061.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315.
- Solmi, M., et al. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281-295.
- UNICEF. (2021). *The State of the World's Children 2021: On My Mind*. UNICEF.
- Walter, H. J., et al. (2023). Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with major and persistent depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(5), 479-502.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
- World Health Organization. (2022). *World Mental Health Report: Transforming mental health for all*. WHO.
- World Health Organization & UNICEF. (2024). *Mental Health of Children and Young People: Service Guidance*. WHO.