

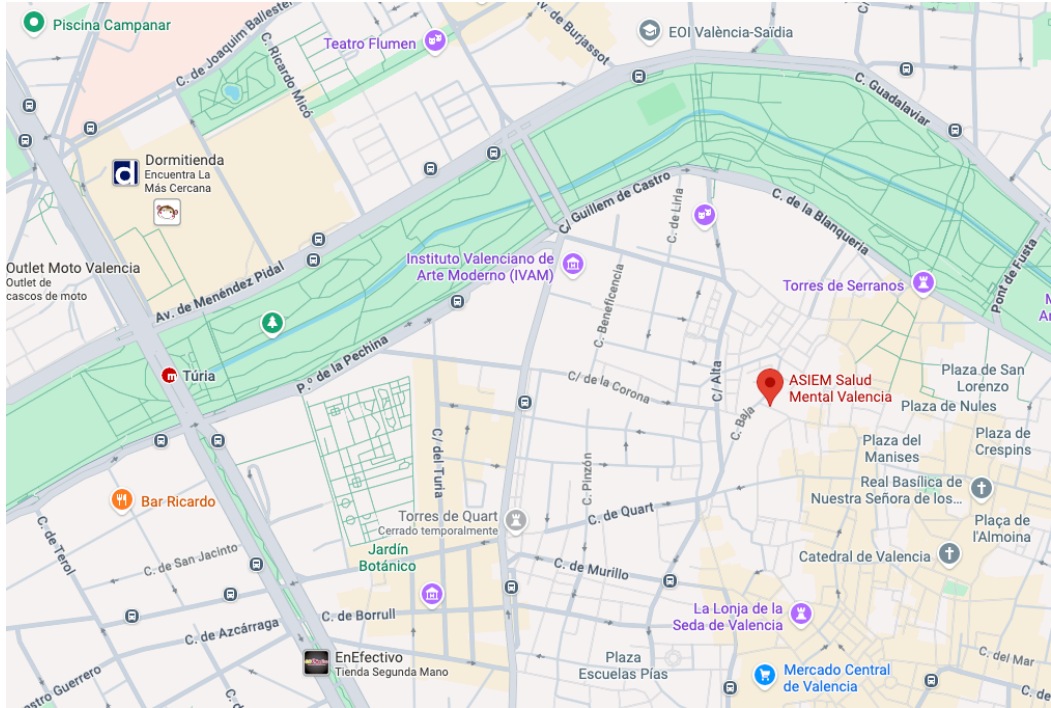
ASIEM

Salud Mental Valencia

EDUCACIÓN Y SALUD MENTAL

Cultivando Bienestar y Crecimiento
en Nuestras Aulas y Vidas





Contactar con ASIEM

ASIEM C/ Portal de Valldigna 20 esquina
C/ Baix 38 (46003) VALÈNCIA – 96 392
2859 – asiem@asiem.org

Edita: ASIEM. Salud Mental Valencia

Consejo de redacción: Clara Aspas, Juan Luis Serrano, Roberto Blasco, Eduard Montesinos y Paco Pons.

Colaboradores: María Lacruz Silvestre, M^a José Masanet García, Josep Pena Garijo, Nerea Garcia Aparisi, Raúl Zaragoza, Vicent Boscà, Roberto Blasco, Paco Pons, Lisis Ramos, Rus Martinez, Raimundo Rubio, Pablo Cervera, Irene Giner García, Iván García Aguado

Diseño gráfico: Juan Luis Serrano, Ramón Cosme

Viñeta humor: Iván García Aguado

Revista número **40** Junio 2026

Correspondencia: C/ Portal de Valldigna 20 esquina C/ Baix 38 (46003) València – asiem@asiem.org

ÍNDICE

- 3 Editorial
- 4 Carta de la Presidenta
- 5 Asamblea General
- 6 Recull de Prensa
- 8 Demoras en las valoraciones o revisiones de grado de discapacidad
- 9 El Gong como recurso sonoro en salud mental
- 12 Entrevista a Juan Carlos Siurana Aparisi, Presidente Nacional del Comité de Bioética
- 18 Bienestar emocional y educación: Un compromiso sistémico en la Comunidad Valenciana
- 20 Taller de escritura
- 21 La Salud Mental también se educa
- 23 Re-creant identitat en el museu d'Etnologia
- 24 Más escucha y menos prisa. Una mirada hacia la salud mental en la infancia y la adolescencia
- 26 Abril
- 27 Apoyo mutuo entre iguales en la USM de Mislata (TeAMS)



EDITORIAL

SALUT MENTAL I EDUCACIÓ: UNA QUESTIÓ DE CREIXENT IMPORTÀNCIA

El present número de nostra revista està dedicat a la relació entre salut mental i educació. No és casualitat que el número anterior estiguera dedicat a la detecció precoç de les malalties mentals i que, si no hi ha canvis imprevists, el següent aborde la relació entre família i salut mental. Tractem així d'abastar aspectes complementaris de la malaltia mental i com repercuteix en la població més jove.

Tots els professionals destaquen com en els últims anys augmenten de manera significativa els trastorns mentals greus en la població infantil i adolescent. És per això que hem demanat a persones dedicades, des de diversos angles, a aquest grup d'edats, que ens donen els seus parers al respecte.

No podem negar que les administracions públiques valencianes, tant educatives com sanitàries, són conscients de la gravetat del problema i de que han començat a desenvolupar mesures front al repte que es presenta.

Ara bé, tampoc podem deixar de posar de relleu que els recursos humans i materials actualment a l'abast de la població infantil i juvenil afectada i les seues famílies és totalment insuficient.

Més a més, si pensem en la feblesa crònica de la qualitat de l'educació, hem de ser igualment conscients de que la repercussió de l'actual insuficiència d'eines en aquesta matèria repercuteix en la qualitat de l'educació de tota la població en edat escolar. Els mestres i professors manquen de ferramentes i de formació adequades; els companys d'aula no reben tampoc una correcta formació en sensibilització que ajude a la convivència; i les famílies, tants de la població diagnosticada, com de la resta, es veuen impotents per a veure garantit el dret fonamental a l'educació.

Davant aquest panorama, i amb la perspectiva a curt i mitjà termini de que el problema anirà en augment, hem d'unir voluntat i esforços per a l'establiment de tot tipus de mesures que permeten una correcta atenció en l'aula, la convivència i l'acollida entre els alumnes de hui, que serà garantia de la integració demà.

Com deia Borges, "la pàtria és la infància"; conseqüentment, ens juguem amb els més menuts un futur sense prejudicis, estigmes ni desigualtat d'oportunitats.



LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO DE APOYO MUTUO (TEAM)

Clara Aspas Martínez (presidenta de ASIEM)

Históricamente el modelo de atención en salud mental se ha establecido sobre una jerarquía, por un lado, el/la profesional que posee el conocimiento clínico y la persona usuaria, que recibe el tratamiento, sin embargo, este modelo está cambiando, la recuperación se puede compartir y la figura del Técnico de Apoyo entre Iguales es innovadora y lo que la hace de utilidad es la experiencia vivida.

Mientras el/la terapeuta puede entender el sufrimiento desde su perspectiva clínica la figura de técnico de apoyo entre iguales lo entiende desde su propia experiencia, la memoria de su cuerpo y de su mente, sabe lo que es haber estado ahí. Puede conectar, servir de enlace y facilitar la comunicación, al no poder juzgar, diagnosticar, ni recetar, ayuda a derribar las barreras de desconfianza y aislamiento.

La relación de igual a igual rompe el rol de paciente pasivo, compartir vivencias normaliza los síntomas y reduce la culpa.

Ejercer como Técnico de Apoyo entre Iguales es tan gratificante como exigente, gestionar los límites y trabajar con el sufrimiento ajeno utilizando tu propia historia requiere una supervisión constante, cada proceso de recuperación es único y es vital recordar que la historia de otro/a, no es la nuestra. El autocuidado es una obligación, no podemos ayudar a nadie si nosotros no estamos bien.

En los equipos multidisciplinares incluir a Técnicos de Apoyo entre iguales es una necesidad urgente para humanizar los servicios y devolver a las personas con un trastorno mental la autonomía y el control de su vida.

La profesionalización de la figura es clave en ámbitos de salud mental y un paso fundamental para garantizar la calidad del servicio y sus derechos, definir competencias, tener una certificación de profesionalidad mediante formación adecuada, creación de una categoría profesional propia exigiendo que se incluya en los convenios colectivos del sector

sanitario y de intervención social la figura del técnico de apoyo entre iguales con un salario justo, horarios regulados, tutorías y supervisión clínica.

Está demostrado que el apoyo entre iguales reduce los ingresos, mejora la adherencia al tratamiento y alivia la carga del sistema sanitario, la profesionalización no busca eliminar la esencia humana y empática sino proteger al trabajador y garantizar que los usuarios reciban un apoyo seguro, ético y de alta calidad



ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINÀRIA

El passat 15 d'abril es va celebrar l'assemblea general extraordinària de l'associació que havia sigut convocada per a tractar un assumpte de cabdal importància com era sotmetre a les persones associades la proposta de la Junta Directiva de modificació dels nostres estatuts.

La raó arrelava en la imperiosa necessitat de respondre a les noves exigències que es produiran, probablement al llarg d'enguany, en matèria dels recursos econòmics que ens concedeixen diverses administracions públiques; novetats que ens havien segut anticipades des de feia algun temps en distintes trobades.

La qüestió era de gran transcendència per a garantir que ASIEM VALÈNCIA pugua continuar endavant amb els diferents programes que estem duent a termini, especialment els de TeAms.

I, de rebot, per a assegurar la subsistència de la pròpia associació perquè és coneguda la dependència pressupostària que, malgrat els esforços per a obtindre finançament propi, encara tenim de l'Administració. Els ingressos privats sols suposen el 12 % del total, i encara que lentament van augmentant, són totalment insuficients en aquest moment per a mantindre la independència econòmica de l'associació.

Així, la Junta Directiva a través del seu Secretari, va destacar que la part fonamental de la reforma es referia al tractament detallat de la possibilitat de celebrar contractes administratius i l'afegit d'un matis en relació amb les finalitats de l'associació per a mantindre determinades subvencions d'itineraris personalitzats.

A més, s'aprofitava per a introduir algunes millores tècniques.

Després d'un torn de intervencions que van servir per a recolzar el sentiment de pertinència associativa i enriquir alguns aspectes de la reforma que es proposava, finalment va ser aprovada per àmplia majoria: 29 vots a favor, 3 en contra i 1 abstenció.



Los trastornos mentales ya son la principal causa de discapacidad en el mundo

Entre 1990 y 2023, la prevalencia de trastornos mentales aumentó 24% a nivel mundial. El incremento se vio impulsado, principalmente, por más casos de ansiedad y depresión.

A nivel mundial, la cantidad de personas con algún trastorno mental detectado casi se duplicó entre 1990 y 2023. Frente a este crecimiento acelerado, una nueva investigación publicada en *The Lancet* concluye que estas afecciones se han convertido en la principal causa de discapacidad en el mundo y en la quinta causa de carga total de enfermedad.

Las conclusiones derivan de una revisión epidemiológica de 375 enfermedades y lesiones vinculadas con la salud mental, incluidos 12 trastornos específicos, elaborada con datos clínicos de 21 regiones y 204 países. Los investigadores analizaron información histórica, actual y emergente sobre prevalencia, incidencia y carga sanitaria, tomando en cuenta variables como edad y sexo.

Apenas estamos entendiendo el papel de la soledad en el deterioro mental de los adultos mayores

Un estudio longitudinal encontró que la soledad está más vinculada al estado de la memoria que a la velocidad del deterioro cognitivo.

El trabajo, que forma parte del programa Global Burden of Disease, utilizó indicadores como los años vividos con discapacidad (YLDs) y los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs). Estas métricas permiten calcular no solo cuántas personas padecen una enfermedad, sino también cuánto impacta en su calidad de vida y en su capacidad funcional.

A partir de este análisis, los especialistas estimaron que, hasta 2023, alrededor de 1,170 millones de personas vivían con algún trastorno mental en el planeta. El estudio señala que, en las últimas tres décadas, la prevalencia de estas afecciones aumentó 24%, una vez eliminado el efecto asociado al envejecimiento natural de la población.

“En 2023, los trastornos mentales supusieron una importante carga para la salud en todos los países y territorios, independientemente de los recursos sanitarios disponibles. En algunos casos, esta carga ha aumentado con el tiempo y se distribuye de forma desigual entre la población”, señala la publicación.

Los resultados mostraron que la ansiedad y la depresión concentran la mayor parte de la carga global. Durante el periodo analizado, los casos de ansiedad detectados aumentaron más de 65%, mientras que los diagnósticos de depresión crecieron cerca de 40%. Los investigadores también identificaron incrementos de entre 17 y 22% en los trastornos alimentarios y de 21% en las afecciones relacionadas con el espectro autista.

Otro dato relevante es que la mayor incidencia se registra entre los 15 y 19 años, lo que, según los autores, evidencia la necesidad de fortalecer la prevención temprana y el apoyo específico para adolescentes. Al considerar las diferencias por sexo, el informe detalla que las mujeres presentan tasas más elevadas de ansiedad y depresión. En contraste, los trastornos del neurodesarrollo y del comportamiento —como el TDAH o el autismo— son más frecuentes entre los hombres.

“Estamos ante una crisis creciente y desigual. Las tasas más altas en mujeres y el pico de carga en la adolescencia exigen respuestas sensibles al género y a la edad, con prevención temprana, detección precoz en colegios y atención escalonada en primaria y comunidad”, aseguró María

Cantero-García en una declaración retomada por SMC España.

Trastornos mentales sin atención adecuada

La investigación indica que los trastornos mentales representan cerca del 6% de toda la carga mundial de enfermedad. En 1990 ocupaban el lugar 12 entre las principales causas de DALYs; sin embargo, para 2023 ascendieron hasta la quinta posición. El análisis también confirmó que actualmente constituyen la principal fuente de años vividos con discapacidad en el mundo.

Por su parte, Elisabet Domínguez, presidenta de la Sociedad Española de Medicina Psicodélica, explicó en declaraciones a SMC España que cuando los científicos hablan de "carga" de una enfermedad no se refieren únicamente a cuántas personas la padecen, sino al impacto real que genera en la vida cotidiana. Esto incluye los años de vida saludable perdidos debido a limitaciones para trabajar, relacionarse o desarrollar actividades diarias.

Los especialistas advierten que el aumento debe interpretarse desde distintos contextos. Señalan que parte del crecimiento podría explicarse por cambios demográficos, una mayor disponibilidad de diagnósticos más precisos y las consecuencias derivadas de la pandemia de covid-19.

Aún así, los autores reconocen que sus conclusiones evidencian una amplia brecha en el acceso al tratamiento. A nivel global, apenas alrededor del 9% de las personas con depresión o ansiedad recibe atención adecuada. En algunos países de bajos ingresos, esa proporción puede ser inferior al 5%.

"La idea de que los trastornos de salud mental 'no tienen que ver conmigo ni con nadie de mi entorno' es una idea cada vez menos sostenible"

- JUAN RAMÓN BARRADA, ESPECIALISTA DEL ÁREA DE METODOLOGÍA DE LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Aunque el estudio es considerado uno de los más completos hasta ahora, también presenta limitaciones. Cerca de 75 países, principalmente de ingresos bajos y medios, carecen de datos suficientes, por lo que varias estimaciones tuvieron que elaborarse mediante modelos estadísticos. Además, gran parte de la información diagnóstica disponible corresponde a periodos previos a la pandemia y se basa en criterios DSM-IV-TR, un manual elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría que no siempre se ajusta con precisión a todos los contextos culturales.

Pese a ello, Juan Ramón Barrada, especialista del Área de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Universidad de Zaragoza, declaró a SMC España que "lo que queda claro es que la idea de que los trastornos de salud mental 'no tienen que ver conmigo ni con nadie de mi entorno' es una idea cada vez menos sostenible".

En este contexto, los autores subrayan la necesidad de establecer sistemas de vigilancia más sólidos, especialmente en países de ingresos bajos y medios. También urgieron a implementar políticas públicas más coordinadas e inclusivas que permitan reducir esta carga mediante prevención, atención temprana y tratamientos adaptados a las diferencias de edad y sexo.

"Atender las necesidades de salud mental de nuestra población mundial, especialmente de las personas más vulnerables, es una obligación, no una opción", concluyeron los investigadores de *The Lancet*.

DEMORAS EN LAS VALORACIONES O REVISIONES DE GRADO DE DISCAPACIDAD

Jessica García Trabajadora social de ASIEM

A principios de 2026, la situación en el Centro de Valoración de Discapacidad en Valencia sigue generando gran desazón y quejas entre la ciudadanía, con retrasos estructurales, debido a la gran acumulación de expedientes, con esperas que superan los dos años en las primeras valoraciones y de 8 a 10 meses en las valoraciones de revisión de grado.

Estos retrasos tienen un gran impacto en la vida de las personas con discapacidad, ya que sin la resolución oficial muchas personas se ven privadas de la posibilidad de acceder a medidas de apoyo, programas de empleo adaptado y otros recursos que son esenciales para su integración laboral y para mejorar sus condiciones de vida. Una situación que les coloca en un estado de gran vulnerabilidad y exclusión social.

La Administración tiene la obligación legal de resolver en un plazo máximo de tres meses, aunque la propia Consellería de Servicios Sociales, Familia e Infancia reconoce que no está pudiendo resolver en dicho plazo.

Una de las consecuencias más graves estaría siendo el impacto en las prestaciones económicas, ya que, aunque el centro de valoración por su parte envió una comunicación a las administraciones de la comunidad valenciana para informarles que debido al Real Decreto 888/2022 del 18 de octubre, por el que se establece que mientras el organismo competente no haya revisado el expediente por causas ajenas a la persona con discapacidad se mantendrá el grado de discapacidad hasta que haya una nueva resolución. Desde la Seguridad Social, por ejemplo, la política es suspender el pago de las pensiones hasta que haya una nueva resolución de discapacidad, y teniendo en cuenta el retraso existente, muchas personas dejan de cobrar sus pensiones durante meses siendo inadmisibles dicha situación.

Esperamos y solicitamos desde ASIEM que desde la administración se incorpore refuerzo de personal en el Centro de Valoración y Orientación de discapacidades, aunque sea temporal, para poder aliviar el atasco que existe a día de hoy en miles de expedientes.



EL GONG COMO RECURSO SONORO EN SALUD MENTAL

Una aproximación clínica, ocupacional y comunitaria

Vicente Saus Cantero. Terapeuta Ocupacional. Unidad de Salud Mental – Sanidad Pública Valencia

Introducción

En los últimos años, los modelos de atención en salud mental han ido incorporando intervenciones centradas en la recuperación, la autorregulación y la experiencia corporal, especialmente en contextos comunitarios y de intervención temprana. Dentro de este marco, el trabajo con el sonido —y en particular con el gong— se está utilizando como un recurso complementario orientado al bienestar, la disminución de la activación y el apoyo a la regulación emocional.



Conviene precisar, desde el inicio, el encuadre: el gong no se plantea como un

tratamiento sustitutivo ni como una “terapia alternativa”, sino como una experiencia sonora estructurada que puede integrarse en programas de acompañamiento, psicoeducación, hábitos saludables y terapia ocupacional, con criterios de seguridad, adaptación individual y sentido clínico.

Sonido, atención y regulación del sistema nervioso

Desde una perspectiva fisiológica y neuropsicológica, determinados estímulos sonoros continuos, envolventes y no melódicos pueden facilitar estados de relajación asociados a una disminución de la hiperactivación. En personas con ansiedad, estrés sostenido, problemas de sueño o elevada carga emocional, reducir el nivel basal de activación resulta especialmente relevante, porque mejora la capacidad de descanso, de autorregulación y de respuesta ante estresores cotidianos.

El gong tiene una particularidad: no exige “hacerlo bien”. Al no requerir una escucha analítica ni un esfuerzo por seguir sus sonidos, permite que la atención se desplace desde el pensamiento repetitivo hacia la percepción corporal. Este cambio (del “pensar” al “sentir”) puede ser útil cuando predominan la rumiación, la hipervigilancia o el agotamiento mental.

Experiencia subjetiva y transferencia a la vida diaria

En salud mental comunitaria, el valor de una intervención no se mide solo por lo que ocurre durante la sesión, sino por su impacto funcional: cómo influye en el descanso, en la

gestión de la ansiedad, en la capacidad de pausar o en la participación en actividades significativas.

Desde este enfoque, el gong se utiliza como un medio para facilitar experiencias de descanso profundo, calma sostenida y conciencia corporal. Muchas personas describen, tras las sesiones, una reducción del “ruido mental”, una sensación de descanso interno o una mayor serenidad. Sin afirmar que estos efectos sean universales, sí pueden actuar como facilitadores para otros procesos terapéuticos, al disminuir la activación y aumentar la disponibilidad para el acompañamiento.

Resultados del último estudio cualitativo

En el último estudio cualitativo realizado en contexto clínico-ocupacional participaron 28 pacientes vinculados a programas de salud mental comunitaria. A partir de los testimonios recogidos tras las sesiones de gong, se realizó un análisis mediante codificación temática, orientado a identificar patrones de experiencia subjetiva y posibles implicaciones ocupacionales y funcionales.

Los resultados se presentan en la Tabla 1, que recoge la frecuencia de aparición de los códigos clínico-ocupacionales

identificados. Los códigos más recurrentes se relacionan con la regulación/relajación, la mejora del descanso y el sueño y la modulación cognitiva (pensamientos menos intrusivos o con menor enganche). En términos clínicos, estos hallazgos son coherentes con objetivos habituales en salud mental: disminuir hiperactivación, favorecer descanso y reducir rumiación, elementos que a menudo sostienen o agravan el malestar.

Aspectos menos frecuentes que orientan la práctica

El análisis cualitativo también permite identificar aspectos menos frecuentes pero clínicamente relevantes, que ayudan a ajustar la intervención con realismo. En algunos testimonios aparece alivio somático, como disminución de tensión corporal, bruxismo o palpitaciones, lo que apunta a la relación entre activación emocional y manifestaciones físicas.

Asimismo, se recoge la necesidad de continuidad, entendida como la percepción de efecto transitorio si no se sostiene en el tiempo. Esto refuerza una idea clave: el gong funciona mejor cuando se integra como recurso regular dentro de una rutina de autocuidado (igual que sucede con la higiene del sueño, el ejercicio o las técnicas de respiración), más que como una intervención puntual.

Por último, se registra de forma puntual molestia por intensidad sonora, lo que

Tabla 1. Frecuencia de aparición de los códigos clínico-ocupacionales

Código	Descripción sintética	n de testimonios
Regulación / relajación	Sensación de calma o reducción del nivel de activación	18
Mejora del descanso / sueño	Somnolencia o mejora del sueño nocturno	13
Modulación cognitiva	Pensamientos menos intrusivos o sin enganche	11
Conciencia corporal	Sensaciones físicas e interoceptivas	9
Regulación emocional	Reducción de ansiedad, serenidad	9
Transferencia funcional	Efectos mantenidos más allá de la sesión	7
Alivio somático	Disminución de dolor, bruxismo o palpitaciones	6
Necesidad de continuidad	Percepción de efecto transitorio	4
Molestia por intensidad sonora	Molestia puntual asociada al sonido	1

recuerda la necesidad de adaptar siempre la intervención a la sensibilidad individual, especialmente en personas con hipersensibilidad sensorial, cefaleas, trauma o determinados estados de vulnerabilidad. Ajustar volumen, distancia, ofrecer tapones y permitir una salida tranquila sin juicio son medidas básicas de seguridad.

Cierre

El trabajo con gong, integrado con criterio clínico y comunitario, puede constituir un recurso complementario valioso para favorecer la calma, el descanso y la autorregulación en procesos de recuperación.

Más allá del efecto inmediato, su utilidad reside en ofrecer espacios seguros de pausa y cuidado, coherentes con los principios de acompañamiento e intervención en salud mental.



Habíamos quedado con Juan Carlos a primera hora de la tarde, en su despacho en la Facultat de Filosofia. Y llegó puntual. Después de las presentaciones, entramos directamente en materia.

- **Eres el presidente nacional de Comité de Bioética. ¿Cómo has llegado a este cargo?**

La verdad es que yo mismo tampoco lo sé, porque de repente un día recibí una llamada, eh, diciéndome que había sido designado para ser, miembro del comité de bioética de España. A mí ya eso me sorprendió porque creo que es una gran responsabilidad cuando estás en un puesto de estas características en el que tienes que hacer ya informes y orientaciones para para lo que es los desarrollos que tenían que ver con la salud en nuestro país. La primera presidenta fue Leonor Ruiz Sicilia. Yo fui elegido, entonces, vicepresidente por mis compañeros, fue una cosa también que no me esperaba. Y a los dos años Leonor Ruiz Sicilia, que ya se jubilaba, aunque continuó en el comité, dejó el puesto de presidenta y me nombraron presidente, ya llevo dos años.

- **¿De quién depende ese comité? ¿Cuáles son los principales dilemas éticos que enfrenta actualmente la atención a la salud mental?**

El comité depende del ministerio de sanidad, aunque orgánicamente tenemos nuestra institución que nos da soporte: el instituto de salud Carlos III.

- **¿Cómo definiría la relación entre bioética y atención a la salud mental en la situación actual?**

A ver, yo entiendo que el tema de la salud mental es un tema muy sensible en la actualidad. Es un tema que tradicionalmente



ha ido ocupando un puesto menor respecto a los intereses que ha tenido la sanidad en su conjunto. Sin embargo, está mostrando que el no haber atendido como merecía la salud mental está llevando actualmente a que sea un problema cada vez más significativo. Tenemos que una de cada siete personas en el mundo vive con algún tipo de trastorno mental. Estamos hablando de millones de personas o más en el mundo con algún tipo de trastorno mental. Es una cuestión sanitaria social y ética de primer orden. Y tenemos que saber cómo enfrentar esta esta situación teniendo en cuenta que tenemos que asumir nuestra responsabilidad moral ante la vulnerabilidad. Se trata de personas en situación de vulnerabilidad que tenemos que

saber manejar en la situación actual. Por tanto, la relación de la bioética y la atención a la salud mental en la situación actual es necesariamente de asumir la responsabilidad por esta situación en la que hay que fomentar vínculos, proyectos vitales, autonomía y participación social por parte de estas personas.

- **¿Cuáles serían los principales dilemas éticos a los que nos enfrentamos?**

Hay varios conflictos. Nuevamente, los dilemas éticos son situaciones en las que nosotros queremos respetar una serie de valores. Nosotros nos formamos para atender a personas en este caso con problemas de salud mental. Y pensamos que tenemos que orientarnos, por una serie de valores que hay que proteger. Pero a veces proteger un valor supone no poder proteger el otro. Y es donde se producen los dilemas o los conflictos. Hay un conflicto entre querer respetar la autonomía de los de los pacientes y pensar que los puedo dejar la situación de desprotección. O sea, yo los quiero proteger porque creo que se van a hacer daño, porque creo que, pueden necesitar algún tipo más de ayuda. Pero, por otro lado, creo que tengo que respetar su autonomía. Y en este caso, tenemos que fomentar que ese respeto a la autonomía sea lo que se vaya desarrollando.

- **¿Es aceptable un ingreso involuntario, por orden judicial? ¿En qué términos?**

Aquí había que analizar que esto no se produce, por ejemplo, porque no tenemos formación suficiente o no tenemos el apoyo comunitario para estas personas. Se ha comprobado que una persona a la que se le ofrecen, apoyos relacionales, apoyos sociales, apoyos familiares y apoyos comunitarios va a tener una mejor evolución en su tratamiento. Entonces, si nosotros lo vamos a ingresar, tiene que ser, en principio, para evitar una situación muy excepcional en la que haya una clara, digamos, documentación de que esa persona se va a hacer un daño inmediato a sí mismo o a otros y que no hay otra manera de poder solucionarlo. Pero son casos muy

excepcionales. El problema es que podemos llegar a una inercia, una inercia en la que para la familia es más cómodo para la sociedad más cómodo... Entonces decidimos hacer esos ingresos involuntarios en muchos casos en los que no sería correcto hacerlo. Hemos de hacer una atención central a la persona, comprender a la persona y respetar su autonomía en el máximo grado posible para evitar que esta situación no se produzca.

- **¿Cómo puede equilibrarse la autonomía de la persona con la necesidad de intervención en casos graves?**

Una persona se encuentra en una situación grave. Pero no podemos olvidar que tener una enfermedad mental no significa estar incapacitado inmediatamente. Hay que analizar el caso y la situación. Y cuanto más grave es la enfermedad que uno padece, lo que nosotros venimos estudiando en bioética es qué necesitamos, para rechazar un tratamiento que es bueno para ti, necesitas un elevado grado de capacidad para tomar decisiones. Nosotros en la bioética lo que hacemos para respetar

“El tema de la salud mental es un tema muy sensible en la actualidad”



la autonomía a las personas es evaluar la capacidad de esa persona para tomar decisiones, ésto se hace con cualquiera de los pacientes a la hora de plantear con sentimiento informativo. Para rechazar una intervención de apendicitis, necesitarías de un grado de reflexión, de capacidad, muy, muy elevado, y, sin embargo, para aceptar un tratamiento o rechazar un tratamiento prácticamente inocuo tu nivel de capacidad puede ser mucho menor. Entonces, en el caso de pacientes con enfermedades mentales serias y que necesitan una intervención que les va a hacer un alto beneficio con poco riesgo y que ellos se oponen, es muy probable que en esos casos pudiéramos entender que no está capacitada para tomar esa decisión. Pero eso no quiere decir que no esté capacitada para muchas otras cosas.

- **La ley 8/21 modificó sustancialmente el régimen de protección legal de las personas con discapacidad, sustituyendo la tutela por la curatela. En teoría más garantista de derechos. Sin embargo, muchos operadores jurídicos consideran que en la práctica esta nueva regulación desprotege, en la práctica a muchas personas que pretenden proteger. ¿Qué opinión le merece?**

Aquí estamos cambiando el modelo basado en la sustitución de la voluntad que es la tutela por otro basado en el apoyo a la toma de decisiones, que es la curatela. Es decir, una cosa es que, yo soy su tutor y voy a tomar las decisiones por el paciente y otra cosa es que yo voy a apoyar al paciente a tomar sus decisiones. Y esto viene en bioética por un cambio en la noción de autonomía, lo que algún autor ha llamado la autonomía relacional. Ahora cuando hablamos de autonomía relacional, a lo que nos referimos es que, yo soy más o menos autónomo, dependiendo de cómo los demás se relacionan conmigo. Y en algunos casos, dependiendo del apoyo que recibo de los otros para poder ser autónomo. Entonces creo que es un cambio, muy valioso. El hecho

de entender que esta persona para poder ser autónoma puede necesitar el apoyo de las personas que están a su cargo. Ahora bien, ¿qué necesitamos? Necesitamos que esto no sea algo meramente jurídico, sino algo que se impregne o se plasme estructuralmente en la sociedad. Por tanto, vamos a necesitar profesionales formados para evaluar la capacidad, familiares que también sepan por qué cuando tú estás queriendo ayudar a una persona a tomar decisiones han de tener la formación adecuada para hacerlo. Llega un momento en que puedes estar tomando tú una decisión por esa persona, puedes estar influyendo, ya sabéis que nosotros tenemos un gran poder. Las personas que tienen, digamos la autonomía debilitada está en una situación de vulnerabilidad frente a los que la tienen más fuerte. Y entonces estas personas han de ir con mucho cuidado para no estar transmitiendo sus valores a la hora de decirle al paciente lo que tiene que tomar.

- **¿Qué responsabilidad tienen los servicios públicos de salud en garantizar una atención digna a las personas con trastorno mental grave?**

Los servicios públicos tienen que garantizar una atención accesible y de calidad. Tienen que conseguir que las personas puedan acceder adecuadamente a estos servicios, que no haya determinantes sociales, por ejemplo, que impidan algunas personas acceder en igualdad de condiciones a los recursos del sistema de salud. Hay que detectar estas situaciones de injusticia de partida que, teniendo el mismo problema de salud mental, unos puedan tener más facilidades para acceder y otros no, eso tendría que evitarse y la atención tiene que ser de calidad. Y por eso poner los recursos, reducir las listas de espera, aumentar radios de profesionales, etcétera. También poner énfasis en el modelo comunitario, no tanto en el modelo institucional, sino reforzar más esta dimensión, reducir prácticas coercitivas, minimizar el uso de ingresos involuntarios, minimizar las contenciones, garantizar la coordinación sociosanitaria ante servicios sociales, vivienda, educación, porque a veces

es una cuestión también de carácter social. También combatir el estigma institucional porque a veces es la propia institución la que, al recibir a una persona con problemas de salud mental, lo trata de manera de diferente.

- **¿Qué papel tiene la bioética en la lucha contra el estigma social que rodea a las personas diagnosticadas de enfermedad mental grave?**

Según datos que he podido consultar por la confederación de salud mental en España, más del 80% de personas con diagnóstico de trastorno mental grave, perciben estigma social, o sea, de la gran mayoría de las personas que sufren algún tipo de problema de salud mental grave, han percibido este estigma. ¿Qué tiene que hacer la bioética? Pues ser crítica con esta situación e intentar reconducirla y transformarla. ¿Cómo? Identificando y denunciando estas prácticas discriminatorias, también fundamentando el reconocimiento. Es decir, tenemos que ofrecer argumentos porque los hay, que reconozcan los derechos de las personas a ser tratadas en igualdad de condiciones. Entonces hay una tarea de función crítica normativa, pero también una función educativa. Es decir, educar a profesionales y a la sociedad en su conjunto para que la relación sea basada en el respeto, la escucha, reconocimiento y promover cambios en el modelo asistencial y social.

- **¿Cómo influyen los medios de comunicación social en la percepción ética de la salud mental por parte de los ciudadanos?**

Muchas veces en televisión, en películas, incluso cuando se relata sobre un caso de un crimen que ha acontecido en determinado lugar, que es muy impactante, se señala que ese crimen fue realizado por una persona que tenían problemas de salud mental. La sensación que transmiten los medios de comunicación es que las personas con problemas de salud mental pueden ser potencialmente peligrosas. Y eso causa

rechazo. Por tanto, los medios de comunicación configuran el imaginario social. Es decir, lo que la gente piensa sobre las personas con problemas de salud mental. Entonces tienen un impacto en el estigma, pero también en la autoimagen que tiene las propias personas con salud mental, está afectando a nuestra reacción de las personas, que no tienen problemas mentales con los que tienen y a ellos mismos consigo



mismos.

Tienen una influencia en las políticas públicas que finalmente se desarrollen en la conducta social. Por ejemplo, cuando se habla del suicidio, hay que tratarlo con muchísimo cuidado por los medios de comunicación, si lo tratas mal, de manera sensacionalista, puedes generar un efecto contagio y hay estudios que dicen que si lo tratas

correctamente analizando, las causas, como prevenirlo, etcétera, puedes contribuir a su reducción. Por tanto, es muy importante que los propios periodistas sepan cómo tratar este fenómeno

- **¿Qué cambios culturales considera necesarios para dignificar al paciente con trastorno mental grave?**

Culturalmente, somos una cultura que premia el éxito, premia a la fama. Yo creo que el cambio cultural es darnos cuenta que somos personas vulnerables, todos lo somos, y que la vulnerabilidad es una condición humana y que es en esa dimensión donde nosotros, atendiendo a esa dimensión, donde nosotros construimos sociedad y donde nos apoyamos unos a otros. Y una vulnerabilidad puede ser la salud mental y otra vulnerabilidad puede ser otro tipo de situación que todos vamos a pasar. Entonces hay que superar esta identificación entre el valor personal y la productividad. La persona que vale es la que produce y ese es nuestro referente social. Y tenemos que ser así. Lo demás nos causa rechazo porque el valor de la persona no está en lo que produce, sino en que es un ser humano que tiene dignidad y merece respeto. Y todos podemos caer en esa situación de vulnerabilidad. Y todos somos igualmente respetables

- **¿Es suficiente la formación bioética de los profesionales de la sanidad para poder entender qué es una enfermedad mental?**

A ver la formación en bioética de los profesionales es importante y no es suficiente en la actualidad. Ahora bien, que se dé

formación en bioética es necesario, pero no es suficiente para empezar. Si no se hace correctamente, ¿qué es lo que se demanda? Se demanda entre otras cosas que no sea tan teórica, sino que sea más aplicada que sean más casos reales, que se analicen situaciones complejas. Hay estudios a nivel europeo que los profesionales que reciben cursos de bioética la perciben como demasiado teórica. Es muy diferente trabajar sobre valores que trabajar sobre virtudes. Si trabaja sobre valores, dices esto es importante para nosotros, te lo aprendes de memoria y lo pones en examen y ahí queda. Si trabajas sobre virtudes, quiere decir que estás influyendo en la manera de comportarse de esa persona. Una virtud es un hábito bueno que se reproduce a lo largo del tiempo.

- **¿Qué problemas bioéticos son más frecuentes en la práctica clínica y quirúrgica diaria en relación con personas con la enfermedad mental grave?**

Los pacientes con trastorno mental grave tienen peores resultados en salud física, mayor tasa de complicaciones y menor acceso a determinados procedimientos. Precisamente porque no se les atiende con la misma calidad. De hecho, se calcula que su esperanza de vida es entre 10 y 20 años inferior a una persona sin problemas de salud mental. Y esos 10 o 20 años de menos expectativa de vida que tienen es por porque no se les trata adecuadamente los problemas de salud física que tienen. Entonces, ¿cuáles son los problemas bioéticos con más frecuencia en la práctica clínica? Por ejemplo, hemos dicho consentimiento y evaluación de la capacidad, pero también el eclipsamiento diagnóstico, es decir, atribuir síntomas físicos a la enfermedad mental, lo que conduce a un infra diagnóstico o retraso en el tratamiento. Por ejemplo, paciente con esquizofrenia que acude urgencias con dolor torácico puede no recibir la misma atención diagnóstica que otros pacientes sin síntomas psiquiátricos, por ejemplo. Y esto es un problema

“Los servicios públicos tienen que garantizar una atención sensible y de calidad”

Otro ejemplo sería, el uso de medidas coercitivas en contextos no psiquiátricos. Problemas de confidencialidad y relación con la familia. Si esto que me está diciendo esta persona, debo decirlo a la familia... La adherencia al tratamiento y la responsabilidad del paciente, cuando el paciente no sigue las indicaciones terapéuticas.

- **Para acabar, ¿Qué retos bioéticos crees que se presentarán en un futuro próximo en relación con las personas con enfermedad mental grave?**

“Los medios de comunicación configuran el imaginario social”

El primero, creo, el de la digitalización, inteligencia artificial. Ese es un reto que es un futuro muy próximo. El tema de la privacidad y el uso de datos extremadamente sensibles, es un problema que va a estar ahí. Pero, por ejemplo, en este contexto de la digitalización, la vigilancia constante del paciente que tengas a tu persona, tu padre, tu madre con problemas de salud mental en algún lugar y tú lo tengas vigilado con la cámara, pero que estés viendo absolutamente todo lo que hace durante todo el día, esa vigilancia constante del paciente que podemos hacer con cámaras, pero con otro tipo por parte también de profesiones, la reducción de la relación clínica a interacciones tecnológicas que el médico te atienda a través de una pantalla es una situación que se va a ir desarrollando. Y vamos a ver esto, qué problemas bioéticos nos produce. Los sesgos algorítmicos que afectan la toma de decisión, el hecho de que, la inteligencia artificial nos esté apoyando en la toma de decisiones que, por cierto, mucha

personas con problemas de salud mental están escribiendo preguntas a una inteligente artificial que le está diciendo, le está dando consejos sobre cómo actuar en esas circunstancias y que puede ser muy peligroso. Es un campo nuevo, un mundo, porque claro, al final, es un espacio de intimidad porque muchas veces no quieren decirselo ni a un médico, ni a tu familia, ni nadie. Otro de los temas que a mí personalmente me parece muy importante es el tema de la salud mental de los jóvenes en relación con las nuevas tecnologías, con las redes sociales, los videojuegos, de hecho, hay un informe del comité de bioética de España, el último, que habla precisamente sobre los problemas de salud mental en niños, niñas y jóvenes por el uso excesivo de tecnologías digitales. Hay que definir que es un uso excesivo, esto va por franjas de edad, de cero a seis, no deberían usarlo, pero a partir de los seis años: una hora, dos horas, pero están haciendo un uso excesivo de las tecnologías, ya pasan más tiempo delante de esas tecnologías digitales que en las aulas a largo del año. Y ya desplazan incluso horas de sueño para poder seguir utilizando estas tecnologías. Y esto están aumentando los problemas de salud mental, ansiedad, depresión, conductas autolesivas que también habrá que ver esto como se va a resolver porque es un problema que tenemos ahora y que aún no está resuelto.

Vicent Boscà

Roberto Blasco

Paco Pons

BIENESTAR EMOCIONAL Y EDUCACIÓN: UN COMPROMISO SISTÉMICO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

Carlos Fernández Albarracín. Jefe de la Unidad Administrativa de la Inspección de Educación de la Dirección Territorial de Valencia
Pedro José Herreros Martínez. Inspector de Educación de la Dirección Territorial de Valencia.

La adolescencia no es simplemente una fase de transición cronológica, sino un periodo de radical reestructuración neurobiológica y vulnerabilidad psicosocial que exige un abordaje sistémico y riguroso. Desde la neurociencia del desarrollo, la evidencia señala que en la adolescencia el cerebro experimenta una “ventana crítica”; marcada por la poda sináptica y la mielinización, procesos que buscan optimizar la eficiencia neuronal pero que generan un desajuste temporal. Mientras el sistema límbico, responsable de las emociones y la búsqueda de recompensas, se encuentra en un estado de hiperactividad, la corteza prefrontal, encargada de las funciones ejecutivas y el juicio racional, aún está en proceso de maduración. Este desequilibrio biológico convierte al bienestar emocional en un prerrequisito indispensable para el desarrollo cognitivo: el alumnado que no se siente emocionalmente seguro entra en un estado de alerta que bloquea su capacidad de aprendizaje.

A esta realidad biológica se suman desafíos contemporáneos de gran complejidad que atraviesan la realidad psicosocial de los adolescentes, condicionados por factores ambientales, sociales y relacionales. Según la Fundación FAD Juventud (2025), el 54,7% de la juventud afirma haber tenido problemas de salud mental en el último año. En la Comunitat Valenciana, la prevalencia registrada de trastornos emocionales en población juvenil se sitúa por encima de la media nacional y consolida a los centros educativos como observatorios privilegiados. Entre los retos más frecuentes en las aulas, tal y como señalan Siena Educación y Fundación

MAPFRE (2025), destacan los cuadros de ansiedad, la sintomatología depresiva, los trastornos de la conducta alimentaria y el impacto del entorno digital en la gestión de la soledad y la autoestima.

Ante este escenario, la intervención docente surge como el primer nivel de protección y acompañamiento. Tal y como fundamenta Viatrix (2025), no se trata de que el profesorado asuma funciones clínicas que no le corresponden, sino de potenciar su papel en la detección precoz y la gestión del clima de aula. La mirada atenta del docente es capaz de identificar cambios sutiles en el rendimiento, el retraimiento social o la apatía, factores que a menudo son la antesala de dificultades mayores. La formación continua en “primeros auxilios psicológicos”; permite que el profesorado actúe como un referente de seguridad, validando las emociones del alumnado y canalizando las necesidades hacia los especialistas de orientación.

En este sentido, la intervención docente se erige como el sensor primario del sistema educativo; el profesorado formado no solo enseña, sino que crea el entorno de seguridad necesario para que el adolescente se desarrolle de manera integral.

Para dar respuesta a esta realidad, la Administración ha configurado un sólido entramado normativo. A nivel estatal, la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia y, a nivel autonómico, el Decreto 104/2018, de 27 de julio, del Consell, por el que se desarrollan los principios de equidad y de inclusión en el sistema educativo valenciano, establecen el marco de derechos

que rigen la vida escolar. Recientemente, el Decreto 193/2025, de la convivencia en el sistema educativo de la Comunitat Valenciana, ha reforzado la figura de los equipos de orientación y la inspección educativa como garantes del bienestar emocional. Los protocolos oficiales son herramientas de garantía jurídica que aseguran actuaciones estandarizadas para la salvaguarda del menor, permitiendo que cada agente sepa cómo actuar con rigor y prontitud.

La eficacia de este sistema reside en la creación de sinergias institucionales. La coordinación entre los sistemas educativo y sanitario se articula a través de las Unidades Especializadas de Orientación (UEO) y su labor con las Unidades de Salud Mental Infantil y de la Adolescencia (USMIA). Un hito fundamental es la puesta en marcha de las Unidades de Detección Precoz (UDP) de salud mental en el ámbito educativo, reguladas por la Resolución de 20 de febrero de 2025, de la Dirección General de Innovación e Inclusión Educativa. Estas unidades, compuestas por profesionales de la psicología clínica, permiten una intervención inicial y un asesoramiento experto directamente en los centros, garantizando una respuesta rápida ante situaciones de alta complejidad y ofreciendo un soporte técnico vital para la intervención docente diaria.

Mirando hacia el futuro, el compromiso valenciano se orienta hacia la consolidación de un modelo de prevención primaria universal. El éxito del sistema dependerá de la capacidad para detectar necesidades antes de que se manifiesten clínicamente, fortalecer la acción tutorial y la formación docente, objetivos centrales del Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024- 2027. La incorporación progresiva de la enfermería escolar y la profesionalización de la figura del Coordinador y Coordinadora de Bienestar y Protección son pasos decisivos hacia una gestión coordinada que asegure la continuidad en el cuidado de los jóvenes. En conclusión, la protección de la población adolescente es una tarea que requiere una

red de apoyo mutuo. El centro educativo y la familia deben actuar como pilares de una estructura de acompañamiento compartida, basada en la confianza y la comunicación fluida. La Administración aporta el marco legal y los recursos especializados, pero es la suma de esfuerzos de profesionales y familias lo que permite construir una resiliencia real. Solo a través de esta corresponsabilidad se logrará un entorno donde el bienestar sea la base del crecimiento de toda la comunidad educativa.

REFERENCIAS

- Conselleria de Sanitat. (2024). Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027. Generalitat Valenciana.
- Decreto 104/2018, de 27 de julio, del Consell, por el que se desarrollan los principios de equidad y de inclusión en el sistema educativo valenciano. Diari Oficial de la Generalitat Valenciana.
- Decreto 193/2025, de la convivencia en el sistema educativo de la Comunitat Valenciana. Diari Oficial de la Generalitat Valenciana.
- Fundación FAD Juventud. (2025). Barómetro Juvenil sobre Salud y Bienestar 2025.
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Boletín Oficial del Estado.
- Resolución de 20 de febrero de 2025, de la Dirección General de Innovación e Inclusión Educativa. Diari Oficial de la Generalitat Valenciana.
- Siena Educación y Fundación MAPFRE. (2025). El estado de la salud mental en el aula 2025.
- Viatrix. (2025). Guía práctica para el docente.

REFLEXIONES EN EL TALLER DE ESCRITURA

Emilio Barambio Martín - Socio de Asiem

“La vida es como una caja de bombones, nunca sabes lo que te va a tocar.”

Me gusta el taller de escritura creativa, nos reunimos usuarios y usuarias muy diversos/as para hacer nuestros escritos en un buen ambiente. Todos tenemos ganas de escribir y la verdad es que salen escritos de todo tipo.

A mí, este taller me aporta paz y tranquilidad. En mis escritos hay de todo: sorpresas, cosas biográficas, atípicas, excepcionales, estrambóticas, chocantes. Sobre temas que conozco o me interesan.

Al grupo vienen dos personas voluntarias, Jose y Sofía. El voluntario y voluntaria de este año se lo han currado mucho. Traen temas o puntos elaborados o hacemos escritura automática en cinco minutos. Y claro, sacamos la mayoría de ideas que tenemos dentro. A veces los escritos parecen guiones cinematográficos con muchas ideas surrealistas. El comandante Jose Skywalker y la princesa Sofia Leia Organa mandan a sus soldados del bien para atacar los malos pensamientos que producen nuestras neuronas.

Pasamos un rato agradable, escribiendo y luego leyendo nuestros escritos y vemos, que entre nosotros, conectamos como personas. A veces nos enredamos con escritos del pasado, en los que relatamos situaciones en las que hicimos lo que pudimos o momentos en los que no lo supimos hacer mejor. Y sobre todo si el escrito que elaboramos no es muy macabro.

Veo la escritura como terapia sanadora y lo bueno, es que es gratis, solo necesitas un bolígrafo y un folio. Puedes plasmarlo todo, tus experiencias, peripecias, cualquier cosa que te llame la atención o hayas visto o leído.

Durante el taller, hacemos crítica constructiva entre nosotras y nosotros, no es

necesario ser un gran escritor sino poner tus ideas y experiencias al servicio de los demás. Al final de la sesión las demás personas participantes exponen su opinión. Las otras personas que participan son como tú y como yo, que se miran en su espejo personal, y a veces las impresiones del resto de la clase hace que veamos nuestras experiencias de forma positiva.

También tengo que decir que a veces los escritos no salen a la primera, o nos atascamos y pensamos que es mejor no leerlo porque no aporta gran cosa. Pero hay una gran camaradería y nos apoyamos los unos a los otros. Nuestros escritos no reciben premios ni salen en grandes revistas. Nuestros escritos tienen la importancia que nosotros queremos darles y nos sirven para empatizar entre nosotros y nosotras, valorarnos más, saber más sobre nuestros gustos. Especialmente, nos sirven para conocernos mejor.

Yo el rato que escribo, leo y participo, no lo cambiaría por nada, es un paréntesis en nuestras vidas. Escribimos por placer y por encontrarnos a gusto en un mundo frágil y ruidoso, en el que estamos un poco deshumanizados.

Nuestros escritos no los leerán en ninguna editorial, pero para nosotras y nosotros tienen un valor inconmensurable. No serán los mejores, pero nos ayudan a ser mejores personas.

Agradezco vuestra atención es hora que me despida y os animo a probar si realmente es lo vuestro o no. Desde aquí animamos a que participen más mujeres, porque ellas son la sal de la vida o la fruta dulce que enriquece con otros puntos de vista o enfoques.

Quien lo prueba, se queda.

LA SALUD MENTAL TAMBIÉN SE EDUCA

Miguel Soler. Secretario Autonómico de Educación y Formación Profesional (2015-2023)

No estem davant d'una qüestió marginal, ni davant d'una preocupació passatgera amplificada pels titulars. Estem davant d'una realitat que travessa la vida de molts xiquets, xiquetes i adolescents, de les seues famílies i també dels centres educatius. La salut mental infantojuvenil exigeix ser mirada abans, millor i d'una altra manera.

En este context, convé afirmar una idea que a vegades costa incorporar al debat educatiu amb tota la seua profunditat. La salut mental també s'educa.

Això no significa que l'escola haja de substituir els servicis sanitaris, ni que el professorat haja d'assumir funcions terapèutiques que no li corresponen.

Tampoc es tracta de medicalitzar la vida quotidiana de les aules. Es tracta, més bé, de reconèixer una cosa molt més simple i decisiva. L'escola pot ser un espai de protecció, d'escolta i de cura, o pot convertir-se, sense pretendre-ho, en un lloc que intensifique el malestar, faça invisible el sofriment o expulse simbòlicament qui més suport necessita.

L'experiència escolar deixa empremta. La deixa en la manera en què cada alumne o alumna es percep a si mateix, en la seua autoestima, en la seua confiança, en la seua relació amb els altres, en la seua capacitat per a demanar ajuda i en la seua sensació de pertànyer o no a una comunitat. Per això, la salut mental de l'alumnat no pot entendre's només com un assumpte clínic, ni com una qüestió que apareix quan tot ja s'ha desbordat. També té a veure amb el clima del centre, amb la qualitat dels vincles, amb la convivència diària, amb la mirada de les persones adultes i amb la manera en què la institució respon a la vulnerabilitat.

Durant massa temps hem tendit a formular una única pregunta. Què li passa a este xic? Què li passa a esta xica? Eixa pregunta pot ser necessària, però per si sola no basta. També hauríem de preguntar-nos què troba eixe alumne o eixa alumna quan entra en la seua aula, com se sent en el seu centre, quins suports rep, quines barreres afronta, quins espais té per a expressar-se i si l'escola li oferix un lloc on poder sostindre's o, al contrari, afegix més pes a la seua càrrega.

Ací hi ha una de les claus. Una escola sana no és la que presumeix de no tindre



conflictes, ni la que amaga les dificultats davall una aparença de normalitat. És la que sap reconèixer el malestar, anomenar-lo sense estigmatitzar-lo i actuar sense abandonar ningú. És la que entén que l'exigència educativa no pot construir-se contra la fragilitat de les persones, i que aprendre millor també exigix sentir-se segur, respectat i acompanyat.

Per això la detecció primerenca és tan important. I també per això no pot dependre únicament de la intuïció o de la bona voluntat d'alguns professionals especialment

sensibles. Ha de formar part d'una cultura de centre. Fa falta temps per a tutories de veritat, fa falta coordinació, fa falta formació i fa falta una relació de confiança amb les famílies. Detectar a temps no és només identificar símptomes evidents. És saber llegir silencis, canvis de conducta, retraïments, angoixes o senyals menuts que moltes vegades passen desapercebuts en entorns massa rígids o massa accelerats.

En este terreny, la tutoria i l'orientació són part essencial del treball educatiu. Conèixer l'alumnat, escoltar-lo, acompanyar-lo i construir ponts amb el seu entorn no és una tasca secundària. És una condició perquè l'escola siga també un espai on es cuida.

Clar que fan falta recursos. Seria ingenu negar-ho. Fan falta professionals suficients, temps de coordinació, suports especialitzats i una relació més fluida entre educació, sanitat i serveis socials. Però convé no enganyar-se. La resposta no s'esgota a sumar especialistes. També depén de com s'organitza el centre, de com s'integren els suports en la vida ordinària de l'aula i de si existix un projecte compartit capaç de convertir eixos recursos en una verdadera xarxa d'acompanyament.

Hi ha, a més, una qüestió de fons que no es pot eludir. L'estigma. Continua pesant massa sobre la salut mental, també a l'escola. A vegades apareix en forma d'etiquetes ràpides. A vegades en expectatives que es rebaixen. A vegades en comentaris que semblen menors, però deixen marca. I a vegades en el silenci, que també exclou. Combatre l'estigma no és només oferir informació. És educar en el respecte, en l'empatia i en la convicció que la vulnerabilitat no resta dignitat i que demanar ajuda no és un fracàs.

L'escola, per descomptat, no pot fer-ho tot a soles. El malestar de xiquets, xiquetes i adolescents no naix només dins dels seus murs. En ell s'entrecreuen factors familiars, socials, econòmics i culturals. La pressió, la incertesa, la soledat, l'assetjament, la precarietat o determinades experiències de rebuig formen part del món real en què hui creixen molts joves. Precisament per això fan falta respostes compartides. Família, escola, sistema sanitari, serveis socials i comunitat

han d'aprendre a treballar més i millor conjuntament.

Potser eixa siga una de les aportacions més valuoses d'una revista com ASIEM. Recordar-nos que la salut mental no es juga únicament en el tractament, sinó també en els vincles, en la inclusió, en l'escolta i en la possibilitat real de viure amb sentit i amb dignitat.

La salut mental també s'educa. I com més prompte ho assumim, més prompte podrem fer de l'escola un lloc més habitable, més atent i més humà. Un lloc on aprendre no signifiqui resistir a soles, i on la fragilitat no conduïska a l'exclusió, sinó a la cura compartida.

RE-CREANT IDENTITAT EN EL MUSEU D'ETNOLOGIA

Laura Aguilar Gascón - Tècnica d'ASIEM

En moltes ocasions quan es dona un diagnòstic de Trastorn Mental Greu (TMG), la forma i el context en el qual es realitza provoca una ruptura en la identitat de la persona. La societat i els professionals, passen a definir tot el que és i tot el que fa la persona a través d'eixe diagnòstic.

El diagnòstic i tots els prejudicis associats passen a formar part de la persona, la seua identitat passa a ser modelada per això.

que han plantejat els autors i monitors, es realitzen en les diferents instal·lacions de l'exposició permanent de L'ETNO; i a través de diferents dinàmiques en les quals el vincle, la reflexió i l'expressió artística són les protagonistes, es pretén que les persones participants s'embarquen en eixe procés de desenvolupament personal.



En ASIEM apostem per accions en les quals les nostres sòcies i socis puguen créixer més enllà de l'abordatge psiquiàtric de la salut mental. És per això que enguany ens hem animat a assistir a "Re-creant identitat". Un projecte creat per Mónica Cases, llicenciada en Belles arts, i Albert

Fernández, llicenciat en psicologia, que es realitza en el Museu Valencià d'Etnologia (L'ETNO).

L'objectiu és contribuir a que les persones participants tornen a resignificar la seua identitat més enllà de la influència de l'etiqueta diagnòstica. Les diferents sessions

Portant la mitat de les sessions, la nostra participació està sent molt satisfactòria i enriquidora, no podem estar més agraïts per l'oportunitat de participar en iniciatives com estes. El nostre desig és que estos projectes passen de ser accions puntuals i passen a formar part d'un model d'abordatge menys estigmatitzant de la salut mental.

MÁS ESCUCHA Y MENOS PRISA, UNA MIRADA HACIA LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Maria Batalla Monedero y Emilio Pechuán Martínez

Psiquiatras de la unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Clínico-Malvarrosa

Los que trabajamos en Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles somos plenamente conscientes de la preocupación compartida y, desde luego, importante por la salud mental de niños, niñas y adolescentes. No sólo vemos cómo aumenta la prevalencia de estos problemas de manera progresiva, sino que cada día acuden más familias y pacientes en busca de respuestas de todo tipo. A la consulta llegan jóvenes con ansiedad, tristeza, irritabilidad, autolesiones, problemas escolares, alimentarios, familiares, sociales, situaciones de aislamiento, abuso de redes sociales o sensación de no poder más. De la misma manera, llegan madres, padres y cuidadores cansados, asustados, con sentimiento de culpa y con necesidad de encontrar respuestas y ayuda.

Tal vez, lo primero que convendría matizar es que a la consulta no nos llegan diagnósticos, nos llegan historias y subjetividades. El diagnóstico es necesario, ayuda a ordenar, orientar tratamientos, comunicarnos y facilitar recursos. No queremos, en absoluto, negar su utilidad. Pero, en las edades tempranas de la vida, hay que ser prudentes: nombrar demasiado deprisa podría tranquilizar a los adultos, pero también puede dejar marcado al o la menor con una etiqueta. Es por ello que, en muchas ocasiones, resulta más útil trabajar desde las dificultades que pueda presentar cada paciente, más allá del diagnóstico que pueda haberse establecido, que nunca termina de reflejar la realidad subjetiva de cada individuo. El síntoma no es solamente algo a eliminar cuanto antes porque esté mal o sea indicativo de mala educación o mal

comportamiento. Muchas veces es una forma de decir que algo no va bien cuando no se puede decir de otra forma. Puede hablar de sufrimiento íntimo, de familia, de exigencias académicas o de otro tipo de exigencias o malestares propios de la época y cultura en la que nos encontramos.

Cambiar la mirada de adultos, con pensamiento y experiencia de adulto, a una mirada joven es un reto que, ocasionalmente, dificulta la comprensión del menor. No piensa igual un profesional, por joven que sea en su carrera, que una niña de 8 años o un niño de 14. Intentar identificarse con estos niveles si bien es un reto, puede ser imprescindible.

Entonces, antes de preguntarnos “¿Qué trastorno tiene?”, a lo mejor convendría hacer el ejercicio de volver a tener la edad de este niño o niña y pensar en qué le está pasando, en qué contexto aparece, qué función está cumpliendo lo que trae o qué intenta decir con esto que nos cuenta o que hace.

En la infancia y adolescencia hay muchos cambios, no son momentos fáciles y los jóvenes muchas veces no pueden explicar aquello que sienten y lo expresan con el cuerpo o el comportamiento. Se viven intensamente dudas sobre la identidad, sobre el deseo o sobre el futuro, a veces se pueden decir directamente pero otras aparecen apartándose, enfadándose, dejando de comer o diciendo que nada importa.

Ante esto, la respuesta adulta no puede ser solamente miedo y alarma, aunque por supuesto, hay casos que requieren intervención urgente. Tampoco deberíamos

banalizar el conflicto, necesitamos construir una posición más cuidadosa, una escucha que no asuste o juzgue.

También es importante cuidar a las familias, que acuden agotadas, con miedo a equivocarse o con sensación de impotencia. En la sociedad actual hay muchos discursos sobre crianzas perfectas, hijos perfectos, rendimientos imposibles, etc. y si eso no ocurre, las familias pueden sentirse perdidas. No tendríamos que ser jueces de esto, sino crear un espacio de confianza para hablar de lo que ocurre y acompañar en la situación difícil para valorar otra forma de relación.

Esto es especialmente importante en los tiempos tan rápidos que vivimos, en la que cada semana aparecen nuevos retos para los pacientes y sus familias, muchas veces promovidos por la inmediatez y las redes sociales. El uso de dispositivos electrónicos y la adicción a estos es un problema cada vez mayor en nuestras consultas. Prácticamente, ningún adolescente de hoy en día no tiene una o varias redes sociales, y la mayoría pasa horas expuesto a contenido que, en muchas ocasiones, le resulta perjudicial. Este es un problema que también arrastramos los adultos, pero que afecta en mayor medida a los jóvenes. Promover el trabajo del vínculo y la conexión real entre los distintos familiares y su entorno se ha convertido en uno de los objetivos más importantes en nuestra práctica clínica. Vemos algunas familias que, pese a vivir bajo el mismo techo, pasan la mayor parte del tiempo aisladas cada una en su espacio, pendientes de su teléfono móvil y de sus redes sociales. Esto genera, en muchas ocasiones, una distancia entre los miembros que no ayuda a entender lo que le pasa a nuestros jóvenes, creando una brecha entre la vida física, offline y una vida virtual. Abordar estas situaciones de manera integral y familiar en nuestras consultas resulta esencial para dar una respuesta adecuada.

No obstante, no solo esto se va a conseguir en una consulta. Los niños y los adolescentes son vistos puntualmente en nuestros despachos. Por eso también es importante lo que pasa en espacios de ocio, centro escolar, barrio y en general la vida externa. De ahí la importancia de redes de

cuidado, de coordinación, de continuidad, de recursos, de profesionales que se comunican. A veces, resulta difícil explicar a las familias que la medicación no es la solución a todos los problemas, y que, en la mayoría de casos, solo ayuda, pero es generalmente insuficiente. También resulta difícil explicar en la sociedad de la inmediatez que, los cambios, tardan tiempo en llegar y que necesitan un proceso complejo para llevarse a cabo. El abordaje interdisciplinar y holístico de los problemas de los jóvenes, con la participación de los distintos actores, es necesario si queremos responder a los retos con los que nos encontramos en consulta cada día, sobre todo si no queremos psiquiatrizar, medicalizar ni patologizar en exceso todas las situaciones que nos llegan. Esto pasa también por entender que, en ocasiones, es normal sentir tristeza, ansiedad, tener discusiones familiares o incluso sentirse perdidos; y normalizar momentos de malestar y de conflicto que pueden ocurrir en la vida de cualquier individuo.

Cuidar la salud de los más jóvenes, por tanto, implicaría por un lado reconocer el sufrimiento y ofrecer ayuda especializada cuando sea necesario pero, al mismo tiempo, no convertir todo malestar en una enfermedad o en un problema individual. Merecen ser escuchados y merecen ser escuchados con un tiempo que tal vez no tengan fuera, movidos por la velocidad de la vida actual, empezando por móviles y el funcionamiento de las redes sociales que allí encuentran.

Por tanto, la receta sería sobre todo tiempo para escuchar, tiempo para entender, para conectar y para compartir; para que los niños, niñas y adolescentes no queden reducidos a un comportamiento, una nota o un protocolo, también tiempo para que las familias se sientan acompañadas. Es verdad que necesitamos recursos, pero sobre todo necesitamos una disposición a la escucha, una mirada que permita preguntarse por el sujeto que hay detrás del síntoma, más allá de etiquetas diagnósticas. Una comunidad que no deje solos a los jóvenes y que facilite la posibilidad de poner en palabras aquello que les está doliendo.

ABRIL

David. Técnico en Integración Laboral y Apoyo Mutuo

Recuerdo el día, primavera, en que salí corriendo de aquella consulta. Nadie me perseguía, tan solo era yo cayendo al suelo. Habían escrito en un papel algo sobre mí. Pero yo quería ser ciego. Al acabar la calle me giré y me miré en el cristal de un escaparate. Y allí estaba yo, tan joven y tan desordenado. Leyendo en periódicos mi fecha de nacimiento, creyendo en algo tan especial, tan lejano y tan ajeno. Pero que yo vivía como propio y real.

Vino después la angustia, las madrugadas desesperadas en que el reloj corría como el lodo. En que nadie marcaba mi número de teléfono, en mi propia soledad. Perdido y tembloroso. Esas dos palabras no me correspondían del todo. Dos años vagando por el desierto de la medicación desajustada y en busca de mi reflejo.

Visité el paraíso al poco tiempo, tan solo por unos días. Hasta llegar a esa sala con olor a desinfectante, de la que pude escapar a las pocas semanas. Pero el sol no salió al mismo tiempo que yo. Huyó durante estaciones en que la ansiedad y el miedo plagaron mis cuadernos.

Al fin, muy lentamente, pude abrir los párpados y ver. La luz, tímida y tibia, comenzó a inundar todas las áreas de mi vida. Pude conocer y atreverme, caminar y crecer. Sin el araño del pánico. Personas que me acompañan, que me escuchan, que hacen de mis días algo amable.

Cada mañana, temprano, mi gato y el sol me anuncian que puedo ayudar a otras

personas y vivir con serenidad. Sin percibir ya los rostros como amenazas. Ni las situaciones sociales como piedras dentro de mis zapatos. Que me acompañan ligeros donde antes solo había desánimo.

Hay oportunidades y fines de semana. Apoyo mutuo y comprensión. Vivencias, cielos y belleza. También hay días nublados con sus respectivas tormentas, luchas y desilusiones. Pero ya no me dejan de rodillas ante ellas. Puedo agradecerte el tiempo que me dedicaste, porque fue para mí precioso. Aquella sonrisa en mi peor momento, o el abrazo sincero que hizo que pudiera confiar en ti.

Hoy puedo escribir con la calma de lo que nunca dejé de soñar; con los cristales de mis gafas de lejos algo empañados por la emoción. Convivir con la persona que era hace veinte años y no luchar contra ella. Y el sabor salado de las lágrimas que tanto me cuesta derramar por la lírica, me recuerda aquel abril en que mi vida se partió en dos, pero también ese otro abril que vino después, sereno, y en que todo empezó de nuevo.



APOYO MUTUO ENTRE IGUALES EN LA USM DE MISLATA

Mario Serrano Muñoz y Laura Isabel Gómez García - TeAM en USM Mislata

El 2 de febrero de 2026 comenzamos una aventura nueva en la USM de Mislata, la cual pertenece al departamento de salud del Hospital de Manises. Para nosotras este nuevo comienzo suponía un gran reto profesional y personal porque por primera vez nos enfrentábamos a lo que suponía arrancar desde cero nuestro trabajo como TeAM (Técnico/a en Apoyo Mutuo) en una nueva USM. Hasta ahora en todas las unidades en las que hemos estado trabajando nos habíamos incorporado a una dinámica que había sido iniciada por compañeros y compañeras que nos habían precedido, lo cual a priori es un tanto más fácil porque ya hay personas usuarias de la USM derivadas, ya hay un GAM puesto en marcha, las personas derivadas ya llevan un tiempo sabiendo quienes somos las TeAM y qué trabajo desempeñamos dentro de la unidad, el equipo profesional ya nos conoce, los compañeros y compañeras que nos preceden nos enseñan el entorno, las actividades y el día a día de la unidad, etc. Pero cuando empiezas de cero en una USM que no ha tenido TeAM y la cual es realmente nueva para ti, a todos los niveles, todo se vuelve un poco más complejo, y es un gran reto para nosotras, las TeAM.

Es un rasgo muy común en personas con TMG (trastorno mental grave) que tengamos la autoestima y la seguridad en nosotras mismas algo mermadas, lo cual te lleva a cuestionarte a ti misma y hacerte mil y una preguntas del tipo. ¿seré capaz?, ¿podré con este reto?, ¿estaré a la altura?, ¿conseguiré poner en marcha un GAM?, ¿las personas usuarias confiarán en mí? ¿y los profesionales?, ¿meteré la pata en algún momento?. Para una persona que lo ve desde fuera todas estas preguntas, dudas y temores, pueden parecer exageradas, pero creedme que para nosotras no lo son. Todos estos interrogantes no son más que el miedo a lo desconocido añadiéndole un TMG que no deja de ser un hándicap en nosotras. No importa si ya eres una "TeAM veterana" o una

"TeAM novata", siempre estos temores te van a asaltar a la hora de comenzar a trabajar. Luego todas dudas y miedos se disipan con el pasar de los días y conforme vas desarrollando tu trabajo vas teniendo más seguridad en ti. Con el apoyo de ASIEM, el trabajo en equipo con tu compañero/a y con la confianza que depositan en ti las profesionales de las USM todo es mucho más fácil, y lo que antes se veía una montaña ya no lo es.



En la USM de Mislata se nos ha acogido de una manera maravillosa. Tuvimos la reunión con el equipo, nuestra coordinadora y nosotros a finales de enero, y desde el principio el "feeling" fue muy bueno. Nos han hecho partícipes de todo desde el minuto cero haciéndonos ser una más del equipo; las derivaciones desde el día 1 no han parado, tenemos derivadas a más de 30 personas en 4 meses que llevamos allí. Participamos en las caminatas, y pudimos poner en marcha el GAM al mes y medio de estar allí con la ayuda de la trabajadora social de la unidad que nos

facilitó mucho la tramitación del espacio donde lo realizamos, el Centre Jove “El Mercat” (actualmente en el GAM contamos con 6 personas). El mismo día que comenzamos teníamos una mesita con dos sillas en la sala de espera que se ha convertido en nuestro “despacho”. Ahí atendemos a personas en las primeras citas, cuando nos derivan a una nueva persona usuaria, y resolvemos dudas de las personas que asisten a consulta que se interesan por saber quiénes somos y qué hacemos allí. El equipo sociosanitario está contento con nosotras, con nuestro trabajo, nos hacen saber lo importante que es nuestro trabajo allí y cuando surge algún imprevisto siempre están ahí para ayudarnos.

Para nosotras, las TeAM, este trabajo lo es todo. Primero porque nos hace sentir valiosos, “Ayudar ayuda”, ¡y qué cierto es!, porque da sentido a nuestro sufrimiento en años pasados en lo peor de nuestros TMG

que nos robó tanto. Da sentido a nuestra vida y la pone en valor porque nos permite normalizar nuestro día a día como cualquier otra persona con un trabajo digno que nos permite también realizar nuestros sueños y desarrollarnos de manera personal y profesional de un modo que de otra forma no podríamos.

No podríamos estar más agradecidas a ASIEM y en este caso a la USM de Mislata porque sentir que se nos aprecia, que se nos tiene en cuenta, que se valora nuestra experiencia y nuestro saber, que se confía día a día en nosotras, y que se nos cuida de una forma tan bonita y humana pero también profesionalmente hablando, es algo que lo es todo para nosotras. Todo ello nos hace superarnos, recuperar autoestima, seguridad en nosotras mismas y crecer como personas y como profesionales dentro de un equipo profesional de la salud mental.



**Información
y Orientación**



Información, orientación y asesoramiento social, psicológico y legal en salud mental para personas afectadas y sus familias.

**Grupos de
ayuda mutua**



Grupos de ayuda mutua para personas con problemas de salud mental, familias, mujeres, jóvenes y autocuidado emocional.



**Formación e
inserción
laboral**



Talleres formativos, escuela de familias, voluntariado e itinerarios de inserción sociolaboral y apoyo al empleo.

**Acompañamiento
psicosocial y
participación**



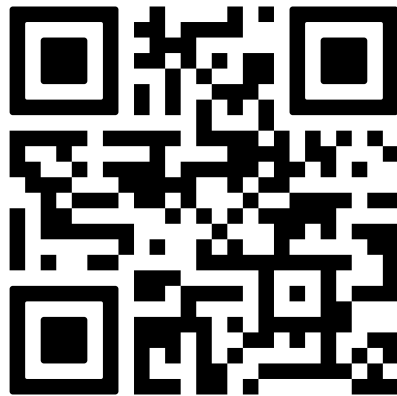
Apoyo psicosocial, atención domiciliaria, actividades de ocio inclusivo, promoción de la igualdad y participación





“Com deia Borges, «la pàtria és la infància»; conseqüentment, ens juguem amb els més menuts un futur sense prejudicis ni estigmes. Perquè la salut mental també s’educa, construïm junts entorns més habitables, atents i humans.” (pp. 4, 22)

Fes-te soci, participa com a voluntari o comparteix la teua experiència.



Escaneja ací per a unir-te a la nostra comunitat