DEPRESIÓN:

TODOS EN MI CONTRA

Martínez Rincon, Wilmer Geovanny
Loor Powell, Wendy Mariana
Lema Holguin, Ronny Adrian
Perugachi Aguilar, Sara Julissa
Sánchez Rodríguez, Melissa Carolina



EDITORIAL
edulearn
Academy SAS

DEPRESIÓN:

Todos en mi contra

EDITORIAL
edulearn
Academy SAS

Depresión: Todos en mi contra

Martínez Rincon, Wilmer Geovanny

Loor Powell, Wendy Mariana

Lema Holguin, Ronny Adrian

Perugachi Aguilar, Sara Julissa

Sánchez Rodríguez, Melissa Carolina

Editorial EduLearn Academy SAS

Website: https://editorial.edulearn.ec/

Email: editorial@edulearn.ec

Telf. (+593) 992663228

Machala, Ecuador

Primera edición, 2026 – 11 – 12

ISBN: 978-9907-831-15-3

DOI: 10.64973/edu.2026.2557

Distribución online

Cita:

Martínez Rincon, W. G., Loor Powell, W. M., Lema Holguin, R. A., Perugachi Aguilar, S. J., & Sánchez Rodríguez, M. C. (2026). Depresión: Todos en mi contra. Editorial EduLearn Academy SAS. https://doi.org/10.64973/edu.2026.2557

EDITORIAL
edulearn
Academy SAS

Esta obra ha sido sometida a un riguroso proceso de evaluación académica bajo la modalidad de doble par ciego, con el fin de garantizar la calidad científica y editorial de su contenido. El texto y las ideas aquí desarrolladas están protegidos por la normativa vigente en materia de propiedad intelectual; queda estrictamente prohibida su reproducción total o parcial, distribución, comunicación pública o cualquier otra forma de utilización no autorizada, en cualquier medio o soporte, ya sea electrónico, mecánico, óptico, de grabación, fotocopia u otros. Toda infracción constituirá una vulneración a los derechos exclusivos de su(s) autor(es) y de la editorial, dando lugar a las acciones legales correspondientes.

Todos los derechos reservados © 2026

DECLARACIÓN DE USO APROPIADO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

La presente declaración tiene por objeto dejar constancia expresa, clara y verificable del uso responsable, ético y legal de herramientas de inteligencia artificial en el proceso de elaboración de la obra titulada ***Depresión: Todos en mi contra*** estableciendo la autoría humana, la responsabilidad intelectual y el cumplimiento estricto del marco normativo ecuatoriano en materia de derechos de autor y propiedad intelectual, de conformidad con los requisitos exigidos para su registro ante el Servicio Nacional de Derechos Intelectuales.

1. Autoría humana y responsabilidad intelectual

Se declara que la autoría principal y responsable de la obra corresponde a los autores de la misma, quienes han dirigido, planificado, estructurado, redactado, revisado y validado el contenido académico, pedagógico y científico del libro, asumiendo plena responsabilidad intelectual, ética y legal sobre la totalidad de la obra.

Esta declaración se fundamenta en el artículo 22 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, el cual establece que la protección de los derechos de autor recae sobre las creaciones intelectuales originales producto del ingenio humano, reconociendo como titular de derechos a la persona natural que realiza la creación.

Asimismo, conforme al artículo 144 del COESCCI, se reconoce que los derechos de autor nacen con la creación de la obra y corresponden al autor o autores humanos que la han producido, independientemente del soporte, formato o herramientas utilizadas durante su elaboración.

2. Uso de inteligencia artificial como herramienta de apoyo

Se deja constancia de que, durante el proceso de elaboración de la obra, se han utilizado herramientas de inteligencia artificial únicamente como recursos de apoyo técnico, tales como asistencia lingüística, sugerencias de estilo, organización preliminar de ideas o apoyo en procesos de revisión formal, sin que dichas herramientas hayan generado de manera autónoma el contenido sustantivo, científico o pedagógico de la obra. El uso de inteligencia artificial no sustituye la autoría humana, ni constituye coautoría, ni genera derechos intelectuales propios, manteniéndose en todo momento el control intelectual, decisional y creativo en manos del autor humano, en concordancia con el principio de autoría establecido en el artículo 322 de la Constitución de la República del Ecuador, que reconoce y protege la propiedad intelectual en todas sus formas.

3. Originalidad de la obra y ausencia de plagio

Se declara que la obra es original, producto del análisis académico, la experiencia pedagógica, la investigación documental y la reflexión crítica de sus autores humanos, y que no constituye plagio, reproducción indebida ni apropiación no autorizada de obras de

terceros. De conformidad con el artículo 146 del COESCCI, se garantiza que la obra cumple con el principio de originalidad exigido para la protección de los derechos de autor, y que cualquier referencia a fuentes externas ha sido debidamente citada y contextualizada conforme a las normas académicas vigentes. La inteligencia artificial no ha sido utilizada para copiar textos protegidos, falsear autoría, ni vulnerar derechos de terceros, manteniéndose el respeto estricto a los derechos patrimoniales y morales reconocidos por la legislación ecuatoriana.

4. Responsabilidad legal y ética del contenido

Los autores del libro asumen de manera expresa la responsabilidad total sobre el contenido, ideas, interpretaciones, conclusiones, propuestas pedagógicas, instrumentos didácticos y aportes científicos incluidos en la obra, aun cuando se hayan empleado herramientas tecnológicas de apoyo.

Este principio se sustenta en el artículo 66 numeral 5 de la Constitución de la República del Ecuador, que garantiza el derecho a la responsabilidad por los actos propios, así como en los principios de buena fe y ética académica que rigen la producción intelectual.

5. Cumplimiento del marco legal para el registro en SENADI

La presente declaración se emite para efectos del registro de la obra ante el Servicio Nacional de Derechos Intelectuales, en cumplimiento

de los requisitos de identificación de autoría, originalidad y responsabilidad establecidos en la normativa ecuatoriana.

Conforme al artículo 147 del COESCCI, el registro tiene carácter declarativo y no constitutivo, por lo que la autoría existe desde la creación de la obra; sin embargo, el registro ante SENADI constituye un medio de prueba legal que respalda la titularidad de los derechos de autor. En este sentido, se reafirma que la inteligencia artificial no ostenta condición de autor, coautor ni titular de derechos, ya que el ordenamiento jurídico ecuatoriano reconoce exclusivamente a personas naturales como sujetos de derechos de autor, quedando las herramientas tecnológicas subordinadas al uso humano.

6. Declaración final

En virtud de lo expuesto, se declara que el uso de inteligencia artificial en la obra ***Depresion: Todos en mi contra*** ha sido ético, transparente, auxiliar y plenamente conforme a la legislación vigente del Ecuador, manteniéndose la autoría humana, la originalidad intelectual y el respeto a los derechos de propiedad intelectual exigidos para su registro ante el SENADI.

La presente declaración forma parte integrante de la documentación legal y editorial de la obra, para los fines académicos, científicos, institucionales y de protección de derechos que correspondan

Martínez Rincon, Wilmer Geovanny

w.ilmermartinez2020@outlook.com

Ministerio de Educación del Ecuador

https://orcid.org/0009-0007-5511-3335

Psicólogo Clínico y Magíster en Educación, mención en Docencia e Investigación en Educación Superior. A lo largo de mi trayectoria profesional he trabajado en el Ministerio de Educación, Deporte y Cultura; asimismo, he colaborado con el Ministerio de Inclusión Económica y Social y diversas fundaciones, desarrollando procesos de acompañamiento psicoeducativo, orientación integral y fortalecimiento del bienestar emocional.

Loor Powell, Wendy Mariana

wendymariana94@hotmail.com

Ministerio de Educación del Ecuador

https://orcid.org/0009-0003-2117-4931

Psicología Clínica, graduada de la Universidad Técnica de Babahoyo, extensión Quevedo, con una Maestría en Educación Inclusiva con mención en Intervención Psicoeducativa otorgada por la Universidad Estatal de Milagro. Posee experiencia en el ámbito educativo, particularmente en los Departamentos de Consejería Estudiantil, donde ha desarrollado procesos de acompañamiento socioemocional, seguimiento integral de casos, orientación vocacional y apoyo psicopedagógico dirigidos a estudiantes de Educación General Básica.

Lema Holguin, Ronny Adrian

ronnyadrianlh@gmail.com

Ministerio de Educación del Ecuador

https://orcid.org/0009-0005-2539-5373

Psicólogo clínico titulado por la Universidad Técnica de Babahoyo, donde adquirió una sólida formación teórica, metodológica y ética. Actualmente cursa la maestría en Neuropsicología en Educación en la Universidad Internacional de la Rioja, integrando el conocimiento del funcionamiento cerebral con los procesos de enseñanza, aprendizaje y desarrollo humano. Su trayectoria profesional se ha construido con un firme compromiso con el bienestar integral de las personas, abarcando el acompañamiento y la intervención terapéutica en el ámbito de la consulta privada.

Perugachi Aguilar, Sara Julissa

saritaperugachi1998@gmail.com

Ministerio de Educación del Ecuador

https://orcid.org/0009-0009-8766-9359

Licenciada en Psicología por la Universidad Técnica de Babahoyo. Su trayectoria profesional se enfoca en el ámbito educativo, desempeñándose en el Departamento de Consejería Estudiantil, brindando acompañamiento, orientación y atención integral a niños, niñas, adolescentes, familias y docentes. Cuenta con experiencia en promoción del bienestar socioemocional, prevención de situaciones de violencia, intervención y seguimiento de casos, orientación familiar, inclusión educativa y fortalecimiento de la convivencia armónica.

Sánchez Rodríguez, Melissa Carolina

melissa_adonis@hotmail.com

Ministerio de Educación del Ecuador

https://orcid.org/0009-0008-1721-5434

Licenciada en Ciencias de la Educación, mención Educación Parvularia, por la Universidad Técnica de Babahoyo. Magíster en Educación Inicial con mención en Innovación en el Desarrollo Infantil por la Universidad Estatal de Milagro. Su formación académica se centra en la educación de la primera infancia, el desarrollo infantil y la innovación educativa. Cuenta, además, con certificación en Instrucción en Actividades de Capacitación.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A las niñas, los niños y los adolescentes que alguna vez sintieron que nadie comprendía lo que estaban viviendo, especialmente a quienes aprendieron a esconder el dolor para no preocupar o decepcionar. Estas páginas están dedicadas también a las familias, docentes y profesionales que deciden acercarse, preguntar y permanecer cuando una señal todavía no forma una historia completa.

Mi reconocimiento se dirige a quienes sostienen la salud mental desde la familia, la escuela, la psicología, la salud, el trabajo social y los sistemas de protección, y a la investigación que permite hablar de depresión y prevención con rigor. Sobre todo, este libro reconoce el derecho de los jóvenes a ser escuchados y a participar en las decisiones que afectan su vida.

PRÓLOGO

Hay libros que nacen para explicar un concepto y otros porque una pregunta se vuelve imposible de ignorar. Este pertenece al segundo grupo. ¿Cuántas veces una niña, un niño o un adolescente cambia frente a nosotros y la explicación más rápida termina siendo también la más cómoda? «Es la edad», «quiere llamar la atención», «no se esfuerza». Estas frases pueden cerrar una conversación antes de saber qué está ocurriendo.

La depresión durante la niñez y la adolescencia no siempre se presenta con el rostro que los adultos esperan. Puede convivir con buenas calificaciones, bromas, irritabilidad, cansancio, aislamiento o una aparente normalidad. No todo cambio significa depresión y ninguna señal aislada autoriza un diagnóstico, pero tampoco es responsable esperar una prueba absoluta antes de escuchar y buscar ayuda cuando el deterioro o el riesgo lo requieren.

Este libro no pretende enseñar a familias o docentes a diagnosticar. Busca reconocer cuándo una situación merece atención, comprender el contexto, responder sin aumentar el daño y conectar a la persona con una red capaz de sostenerla. Los cinco capítulos avanzan desde la señal individual hacia la familia, la escuela y el sistema. La prevención responsable no promete que todo puede anticiparse, pero sí exige reducir oportunidades perdidas y dejar de confundir un trámite completado con una persona protegida.

AVISO DE CONTENIDO Y LECTURA SEGURA

Este libro aborda depresión, autolesiones, ideación suicida, muerte por suicidio, violencia, abuso, acoso, discriminación y duelo. Se evitan descripciones de métodos y detalles innecesarios. La lectura no sustituye evaluación psicológica, psiquiátrica, médica ni atención de emergencia, y tampoco debe utilizarse para diagnosticar a partir de una lista de señales.

Si una persona expresa que quiere morir, desea hacerse daño o no puede mantenerse a salvo, permanezca con ella y busque ayuda. Ante peligro inmediato en Ecuador, llame al ECU 911. Para orientación en salud mental, el MSP dispone del 171, opción 6 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2026). Fuera de Ecuador, utilice los servicios locales. La privacidad no exige guardar silencio frente a un riesgo grave.

CÓMO USAR ESTE LIBRO

Puede leer el libro completo o consultar según su necesidad. Familias y cuidadores encontrarán orientación en los capítulos 1 y 3. Docentes y autoridades educativas, en los capítulos 1, 2 y 4. Profesionales DECE, psicología, salud y trabajo social pueden profundizar en los capítulos 3, 4 y 5. Para la gestión pública, estos últimos abordan continuidad, territorio, presupuesto e indicadores.

Las tablas, mapas y listas de comprobación orientan conversaciones y procesos, sin sustituir instrumentos clínicos ni juicio profesional. Adolescentes y jóvenes encontrarán palabras para comprender sus experiencias, sin asumir la responsabilidad de diagnosticarse o rescatar a sus pares. Si reconocen algo de lo que viven, el paso principal es buscar a un adulto confiable o a un profesional.

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN xxviii

CAPÍTULO I NO ES FLOJERA, NO ES DRAMA: LA DEPRESIÓN QUE SE ESCONDE A PLENA VISTA 33

1.1. Tristeza, duelo y depresión no son lo mismo 38

1.2. La depresión cambia de rostro con la edad 41

1.3. Cuando la tristeza se disfraza 43

1.4. El lenguaje que los adultos no entendemos 46

1.5. Mitos que cierran la puerta 48

1.6. Lo que puede parecer depresión y no debe confundirse . 51

1.7. Primer mapa de riesgos y protección 54

1.8. La familia que escucha antes de corregir 56

1.9. El docente que observa sin diagnosticar 59

1.10. La mirada del psicólogo y del DECE 61

1.11. De una señal a una decisión 64

CAPÍTULO II INFANCIAS BAJO PRESIÓN: CUANDO EL MUNDO SE VUELVE DEMASIADO PESADO 71

2.1. El riesgo no vive dentro del niño 77

2.2. Violencia, negligencia y abandono emocional 81

2.3. Pobreza, desigualdad y futuro bloqueado 84

2.4. Crecer entre violencia armada e incertidumbre 87

2.5. Acoso escolar y humillación cotidiana 91

2.6. El teléfono como refugio y como amenaza 95

2.7. Duelo, enfermedad y responsabilidades que no corresponden 98

2.8. Discriminación y pertenencia 100

2.9. Factores protectores en cinco niveles 102

2.10. Qué puede hacer cada adulto frente al mismo riesgo 105

2.11. Cuando el Estado llama resiliencia al abandono 108

2.12. Medir el territorio antes de intervenir 110

CAPÍTULO III LA FAMILIA: PRIMER REFUGIO, PRIMERA HERIDA, PRIMERA POSIBILIDAD 116

3.1. La familia no es culpable por definición, pero sí es decisiva . 122

3.2. Pertenecer protege 124

3.3. Palabras que expulsan y palabras que abren 127

3.4. Conversaciones según la edad 130

3.5. Cuando el hogar también está herido 133

3.6. Rutinas que no curan, pero sostienen 135

3.7. Preguntar directamente no siembra la idea 138

3.8. Qué hacer cuando existe riesgo 140

3.9. El plan de seguridad se construye con la persona 143

3.10. Acompañar el tratamiento sin vigilar cada respiración 146

3.11. Hermanos y cuidadores también necesitan apoyo 149

3.12. Familia, escuela y psicología: una alianza con límites claros 151

3.13. Después de una muerte 154

CAPÍTULO IV EL AULA QUE VE Y EL SISTEMA QUE LLEGA TARDE 161

4.1. El docente no diagnostica, pero puede ser quien primero ve 167

4.2. Cambios que el aula puede registrar 169

4.3. La conversación que no puede esperar 172

4.4. Lo que nunca debe prometerse 173

4.5. Apoyos universales, selectivos e indicados 176

4.6. Metodologías docentes que protegen 178

4.7. De la observación a la derivación cálida 181

4.8. Qué corresponde al DECE 184

4.9. Evaluar no es pasar un test 186

4.10. Crisis en la institución educativa 189

4.11. Volver a clases también es tratamiento social 192

4.12. Posvención sin contagio ni silencio 195

4.13. Protocolos ecuatorianos: lo escrito y lo que ocurre 197

4.14. El presupuesto también protege 198

CAPÍTULO V. QUE NADIE VUELVA A DECIR «NO LO VIMOS VENIR» 207

5.1. Por qué una ruta puede fallar, aunque exista 214

5.2. Qué puede aprender Ecuador de América del Sur 216

5.3. Principios no negociables 218

5.4. Ruta ESCUCHA 220

5.5. La respuesta cambia según el rol 225

5.6. Los primeros diez minutos, la primera hora y el primer día .. 234

5.7. De la derivación a la continuidad 237

5.8. Una ruta para lo urbano no basta 240

5.9. Medir si la protección llegó 242

5.10. Encuestas que escuchan, no solo cuentan 245

5.11. Cómo validar antes de afirmar que funciona 248

5.12. Costo mínimo de proteger 250

5.13. Recomendaciones para política pública 253

5.14. Diez compromisos que cambian el paradigma 255

5.15. Carta final a quien siente que todos están en su contra 257

La pregunta que el sistema no puede archivar 258

CONCLUSIONES *De la invisibilidad a la corresponsabilidad* 259

GLOSARIO 262

REFERENCIAS 268

RECURSOS DIGITALES 285

Índice De Tablas

Tabla 1 *Registro 4C* 66

Tabla 2 *Matriz P–I–F–R* 67

Tabla 3 *Mapa de decisión inmediata* 68

Tabla 4 *Mapa de corresponsabilidad* 68

Tabla 5 *Pausa de observación: una señal, varios entornos* 78

Tabla 6 *Violencia armada y niñez: mapa condicionado* 89

Tabla 7 *Conflicto, agresión, violencia y acoso no son sinónimos* 92

Tabla 8 *Antes de llamarlo bullying: información que todavía falta* 93

Tabla 9 *Lo que el sistema todavía no mide* 112

Tabla 10 *Riesgo presente, protección disponible y brecha de respuesta* 113

Tabla 11 *Frases que cierran y respuestas que mantienen abierta la conversación* 128

Tabla 12 *Conversaciones orientativas según etapa del desarrollo* 132

Tabla 13 *Rutinas que sostienen y límites que evitan moralizar* 137

Tabla 14 *Qué hacer según la urgencia observada* 142

Tabla 15 *Componentes para construir un plan de seguridad con la persona* .. 145

Tabla 16 *Acompañar el tratamiento: colaboración y vigilancia* 148

Tabla 17 *Distribución del cuidado y relevo* 150

Tabla 18 *Información pertinente entre familia, escuela y salud* 153

Tabla 19 *Apoyo familiar después de una muerte* 155

Tabla 20 *Guion de reunión familiar de quince minutos* 156

Tabla 21 *Red de apoyo: función, persona y alternativa* 157

Tabla 22 *Plantilla breve del plan familiar de seguridad* 158

Tabla 23 *Una misma preocupación puede cerrar o abrir la conversación* 175

Tabla 24 *Tablero mínimo para saber si la ruta protege* 200

Tabla 25 *Registro breve de hechos observables* 201

Tabla 26 *Cinco frases útiles y cinco respuestas a evitar* 202

Tabla 27 *Flujograma escolar desde la señal observable* 203

Tabla 28 *Matriz de selección y límites de instrumentos* 204

Tabla 29 *Cadena mínima de una ruta verificable* 215

Tabla 30 *De la experiencia regional a una decisión ecuatoriana* 217

Tabla 31 *Principios no negociables de la ruta* 220

Tabla 32 *Ruta ESCUCHA: acciones y comprobaciones* 224

Tabla 33 *Responsabilidad principal y deber de conexión* 228

Tabla 34 *Distribución propuesta de responsabilidades RACI* 232

Tabla 35 *Secuencia operativa de seguimiento* 236

Tabla 36 *Lista de comprobación para continuidad* 239

Tabla 37 *Barreras territoriales y respuestas equivalentes* 241

Tabla 38 *Tablero mínimo de protección* 244

Tabla 39 *Puertas éticas de una encuesta sensible* 247

Tabla 40 *Etapas antes de declarar efectiva una ruta* 250

Tabla 41 *Los recursos también forman parte de la ruta* 252

Tabla 42 *Agenda pública de implementación* 255

Tabla 43 *Diez compromisos y su evidencia* 256

Índice De Figuras

Figura 1 *La protección requiere una responsabilidad compartida* 69

Figura 2 *No fue una sola cosa* 71

Figura 3 *Ecosistema de riesgo en cinco niveles* 74

Figura 4 *Una experiencia, trayectorias diferentes* 80

Figura 5 *Pobreza por necesidades básicas insatisfechas en la niñez* 85

Figura 6 *Acceso desigual a educación y tecnología entre los 5 y 11 años* 86

Figura 7 *El trayecto cotidiano hacia la escuela* 90

Figura 8 *Veinticuatro horas alrededor del teléfono* 96

Figura 9 *La mochila visible y la mochila invisible* 99

Figura 10 *Espacios donde pertenecer* 101

Figura 11 *Ecosistema protector y apoyos que deben sostenerse* 104

Figura 12 *Quién hace qué frente al mismo riesgo* 106

Figura 13 *Tablero territorial de protección y continuidad* 114

Figura 14 *La mesa cotidiana y el lugar que se separa* 116

Figura 15 *Escuchar antes de corregir* 118

Figura 16 *De la culpa a la responsabilidad posible* 123

Figura 17 *Una puerta que ofrece pertenencia* 125

Figura 18 *Pertenencia entre cercanía y autonomía* 126

Figura 19 *Conversar a la altura de cada etapa* 131

Figura 20 *La reparación reconoce la grieta* 134

Figura 21 *Anclas pequeñas para un día difícil* 136

Figura 22 *Preguntar con claridad y sin acusar* 139

Figura 23 *La urgencia modifica la respuesta* 141

Figura 24 *El plan se construye con la persona* 144

Figura 25 *Acompañar sin ocupar todo el camino* 147

Figura 26 *Una alianza que escucha antes de coordinar* 152

Figura 27 *El aula antes de que el día revele lo que pesa* 161

Figura 28 *Cuando el manual proyecta una sombra sobre la pertenencia* 162

Figura 29 *Una comunidad organiza distintos niveles de apoyo* 165

Figura 30 *Observar cambios sin asignar etiquetas* 168

Figura 31 *Registrar lo que ocurrió para poder actuar* 170

Figura 32 *Una conversación a la misma altura* 172

Figura 33 *Privacidad con una salida hacia la protección* 174

Figura 34 *Pertenecer sin estar obligado a revelarse* 176

Figura 35 *Cooperar, poner límites y reparar* 180

Figura 36 *La persona permanece dentro de la derivación* 182

Figura 37 *Coordinar requiere territorio, tiempo y equipo* 184

Figura 38 *Evaluar es reunir contexto, voces y tiempo* 187

Figura 39 *En crisis: presencia, privacidad y ayuda en marcha* 190

Figura 40 *Regresar sin convertir el retorno en espectáculo* 193

Figura 41 *Coordinar apoyo sin idealizar la Muerte* 195

Figura 42 *Una puerta abierta no basta: la red debe continuar el camino* 207

Figura 43 *La información fragmentada no forma una red de protección* 209

Figura 44 *La ausencia que obliga a revisar el camino institucional* 211

Figura 45 *Cuando el registro se convierte en una llamada de seguimiento* 213

Figura 46 *Aprendizajes regionales que deben traducirse al territorio* 217

Figura 47 *La persona en el centro de una red que comparte deberes* 219

Figura 48 *Una conversación a la misma altura* 223

Figura 49 *El relevo responsable mantiene la luz encendida* 227

Figura 50 *Diez minutos, una hora y un día: continuidad, no cronómetro* 235

Figura 51 *Una derivación que acompaña hasta la recepción* 238

Figura 52 *Una misma obligación, caminos territoriales diferentes* 240

Figura 53 *Medir para reparar el trayecto* 243

Figura 54 *La experiencia juvenil también diseña la ruta* 246

Figura 55 *Los recursos también forman parte de la ruta* 251

Figura 56 *El camino continúa con apoyo, pero sigue siendo tuyo* 257

INTRODUCCIÓN

¿Todos en mi contra o nadie a mi lado?

Todos están en mi contra puede sonar, para un adulto, como una frase exagerada. En la experiencia de una niña, un niño o un adolescente puede significar algo mucho más concreto: sentir que nadie comprende lo que ocurre, que cada error confirma una decepción o que pedir ayuda traerá castigo. El título de este libro nace de esa tensión. A veces el problema no es que todo el mundo esté literalmente en contra, sino que la persona no encuentra a alguien suficientemente cerca para sentirse acompañada.

La depresión en la niñez y la adolescencia no siempre aparece como tristeza visible. Puede expresarse mediante irritabilidad, pérdida de interés, cambios en sueño o apetito, cansancio, dificultades para concentrarse, culpa, aislamiento, dolores físicos, deterioro del funcionamiento o pensamientos relacionados con la muerte. La edad y el desarrollo modifican la forma de comunicar el malestar, por lo que una lectura clínica responsable necesita integrar síntomas, duración, intensidad, interferencia y riesgo sin convertir una señal aislada en diagnóstico (Cruz Armijos, 2022).

Existen dos errores opuestos. El primero consiste en patologizar cualquier tristeza, duelo o dificultad escolar. El segundo, en minimizar cambios persistentes porque parecen propios de la edad.

Entre ambos extremos existe una tarea más exigente: observar la trayectoria, comparar con el funcionamiento habitual, escuchar la versión de la propia persona y solicitar evaluación cuando corresponde. El objetivo no es etiquetar antes, sino responder mejor.

La pregunta clínica no puede separarse del contexto. Un adolescente que duerme poco puede atravesar una depresión, pero también cuidar a un familiar, vivir violencia, trabajar o recibir amenazas en línea. Una caída académica puede relacionarse con síntomas depresivos, acoso, hambre, duelo, dificultades de aprendizaje o varias situaciones al mismo tiempo. Por eso, este libro adopta una mirada ecológica: los riesgos no funcionan como sentencia y los factores protectores necesitan estar disponibles y convertirse en acción cuando hacen falta (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

Esta mirada obliga a revisar el lugar de la familia. Culparla por definición es tan poco riguroso como imaginar que el afecto basta para resolver cualquier depresión. Hay familias protectoras, familias heridas y muchas que necesitan apoyo para poder cuidar. La responsabilidad útil no consiste en asignar una culpa global, sino en identificar qué funciones de cuidado están disponibles, cuáles faltan y qué red puede sostenerlas.

La escuela ocupa un lugar igualmente decisivo. Un docente puede observar ausencias, aislamiento, somnolencia, irritabilidad o cambios en la participación. No debe diagnosticar. Sí puede registrar hechos,

abrir una conversación y activar apoyo. El problema aparece cuando el sistema confunde actuar con transferir: una escuela llena una ficha, el DECE envía un oficio, la familia recibe una dirección y cada actor considera terminada su parte, aunque nadie haya comprobado si la persona recibió atención.

De la señal individual a la red de protección

Los cinco capítulos siguen deliberadamente esa ampliación. El capítulo 1 comienza en la dificultad de reconocer una depresión que puede esconderse a plena vista y diferencia tristeza, duelo y depresión. El capítulo 2 mueve la mirada hacia violencia, pobreza, desigualdad, acoso, vida digital, duelo y discriminación, sin convertir ninguna experiencia en causa automática. El capítulo 3 entra en la familia, el capítulo 4 traslada la discusión al aula y al sistema educativo, y el capítulo 5 reúne el recorrido para preguntar cómo impedir que cada institución conserve solo un fragmento.

La Ruta ESCUCHA, presentada al final, organiza presencia, reconocimiento de señales, conversación, urgencia, conexión, seguimiento y acompañamiento. No se ofrece como un protocolo clínico validado de antemano. Su valor inicial es ordenar una respuesta y hacer visible dónde puede romperse. Por eso el propio libro exige adaptación territorial, pilotaje y evaluación antes de afirmar que funciona.

Prevenir no es adivinar

Después de una crisis resulta fácil creer que todo debió haber sido evidente. La mirada retrospectiva organiza los hechos con una claridad que no existía en el momento. Prevenir no significa acertar el futuro, sino construir sistemas que respondan bien a la incertidumbre. Cuando una familia no sabe si una frase fue «solo un momento», puede preguntar. Cuando un docente no sabe si un cambio corresponde a depresión, puede describirlo y activar apoyo. Cuando un profesional no puede garantizar un pronóstico, puede formular un plan y volver a evaluar.

Escuchar, en estas páginas, no es una metáfora. Significa describir lo observado sin acusar, preguntar con palabras comprensibles, tolerar pausas, explicar los límites de confidencialidad y decidir el siguiente paso. Tampoco significa renunciar a límites. Un adulto puede validar el sufrimiento y, al mismo tiempo, impedir una conducta peligrosa. Puede respetar privacidad y compartir información cuando existe un riesgo grave. La protección necesita empatía y estructura.

Aunque la obra utiliza evidencia internacional, mantiene una atención particular a Ecuador. Una recomendación diseñada para un sistema con especialistas cercanos, transporte estable o conectividad constante no puede trasladarse automáticamente a todos los territorios. Adaptar no significa reducir derechos. Significa conservar la función de la ruta

mediante recursos reales y exigir inversión cuando esos recursos son insuficientes.

El diagnóstico clínico tiene un lugar legítimo, pero no explica por sí solo toda una vida. Dos adolescentes con síntomas semejantes pueden necesitar apoyos diferentes según violencia, pérdidas, vínculos, barreras económicas o acceso a servicios. Por eso el libro vuelve una y otra vez a riesgo y protección como mapas para decidir dónde intervenir, sin tratarlos como destinos.

El recorrido termina donde debería comenzar toda política seria: comprobando si la ayuda llegó. No basta con sensibilizar para que más jóvenes hablen si después encuentran una puerta cerrada. No basta con detectar más casos si los servicios no pueden recibirlos. «¿Todos en mi contra o nadie a mi lado?» es, en última instancia, una pregunta sobre vínculos e instituciones, sobre quién escucha, quién actúa y quién permanece después de la primera señal.

CAPÍTULO I NO ES FLOJERA, NO ES DRAMA: LA DEPRESIÓN QUE SE ESCONDE A PLENA VISTA

Un adolescente puede seguir asistiendo a clases, reír con sus amigos y, al mismo tiempo, sostener un dolor que nadie ha aprendido a mirar.

No toda tristeza es depresión y ningún cambio aislado permite diagnosticarla, pero llamar «flojera», «drama» o «etapa» a un sufrimiento persistente puede cerrar la puerta que un niño apenas se atrevió a entreabrir. El desafío no es adivinar: es escuchar y actuar antes de exigir pruebas del dolor.

Lectura segura. Estas páginas mencionan una muerte por suicidio sin describir el método. Si le abruman, haga una pausa y busque compañía.

Historia documentada: Una vida que no fue escuchada

Lo vieron cambiar y lo llamaron adolescencia

En Manta, Ecuador, una autopsia psicológica reconstruyó la historia de un adolescente de 14 años a quien las investigadoras llamaron «Esteban» para presentar el caso. Cursaba décimo año, vivía con sus padres y un hermano menor, y era recordado como afectuoso, responsable, sociable y atento con su familia. No encajaba en la imagen simplificada del joven que ha dejado de funcionar por completo; seguía ocupando los lugares habituales de su vida, y

precisamente por eso su sufrimiento pudo confundirse con normalidad (Alarcón Chávez & Cedeño, 2018).

Meses antes de su muerte aparecieron cambios que, por separado, parecían pequeños. Una amiga percibió conversaciones más breves y menor contacto; la escuela recordó después inquietud y cambios en su apariencia, aunque entonces los interpretó como parte de la adolescencia. En los días finales, la familia observó un silencio y un aislamiento inusuales.

La familia preguntó y ofreció afecto, pero Esteban no explicó lo ocurrido. Preguntar una vez no siempre basta cuando existen miedo, vergüenza o dificultad para ordenar lo vivido. El silencio no prueba que no haya un problema. Familia, pares y escuela vieron fragmentos distintos; nadie tuvo el cuadro completo.

La reconstrucción señaló horarios laborales que limitaban la comunicación, menor supervisión, consumo de sustancias entre pares y, como hipótesis, un posible abuso vinculado con un adulto cercano al entorno escolar. Un docente ya había expresado preocupación por esa presencia (Alvarez Carreño & Cedeño, 2018).

Una autopsia psicológica reconstruye posibilidades; no convierte sospechas en certezas. Las autoras hablan en términos probabilísticos y aluden a un estado depresivo previo, pero no documentan un diagnóstico clínico anterior. Afirmar que Esteban tenía un trastorno depresivo confirmado o que una sola situación causó su muerte

excedería la evidencia. Sí hubo cambios, sufrimiento y riesgos que nunca se articularon.

Después de una muerte resulta fácil decir que todo era evidente. No lo era. Las señales podían confundirse con cambios de la edad, rebeldía o cansancio; pero si persisten, se intensifican o aparecen junto con aislamiento, miedo, lesiones inexplicadas o desesperanza, el deber adulto no es adivinar un diagnóstico, sino abrir una evaluación segura.

Culpar solo a la familia sería injusto: hubo cariño y preguntas, aunque también límites de comunicación. Un docente aislado tampoco explica un sistema que no reunió las alertas. La pregunta incómoda es quién debe unirlas. La invisibilidad no siempre nace de falta de amor; también surge de protocolos inactivos e instituciones que normalizan lo que no comprenden.

Lo que este caso sí permite ver

Riesgos psicosociales. Cambios conductuales, aislamiento, posible violencia, exposición a sustancias y dificultad para revelar lo vivido formaban una constelación que exigía atención.

Factores protectores. Había afecto familiar, amistades, pertenencia escolar y proyectos; esos apoyos necesitaban convertirse en conversaciones seguras y respuestas concretas.

Mirada docente y psicológica. El docente no debía diagnosticar, pero sí registrar, comunicar y solicitar valoración; el profesional debía integrar familia, escuela, riesgos y protección. La lección no es

prometer que todo puede anticiparse, sino dejar de despreciar una señal porque aún no forma una historia completa.

Contrapunto: Otra trayectoria fue posible

Esta vez alguien sí leyó la señal

En Lima, un reporte clínico documentó una trayectoria distinta. Una adolescente de 15 años utilizó una cuenta anónima de TikTok para expresar baja autoestima, soledad, desesperanza, violencia de pareja y necesidad de ayuda. No hablaba con categorías diagnósticas, sino mediante imágenes, música y publicaciones breves (Villarreal Aguilar et al., 2024).

El caso no demuestra que una red social cause por sí sola depresión o conducta suicida; muestra que el sufrimiento puede quedar expuesto ante muchas personas sin transformarse en protección.

La adolescente había referido conflictos familiares, violencia física de pareja y acoso sexual atribuido al padrastro. Durante meses publicó culpa, desesperanza, autolesiones y deseo de morir. Algunas personas respondieron con apoyo, pero un comentario no equivale a una evaluación ni a una red adulta que permanezca cuando la pantalla se apaga.

Aunque recibió atención ambulatoria, las crisis continuaron. Pedir ayuda no resuelve todo de inmediato: exige seguimiento y una nueva evaluación cuando cambia el riesgo. Después de una crisis grave, su madre la llevó a emergencia y fue hospitalizada. No sufrió menos ni

tuvo más fuerza de voluntad; ingresó a un espacio capaz de evaluar y contener (Villarreal Aguilar et al., 2024).

Cuando la ayuda deja de ser una frase

La evaluación identificó un trastorno depresivo mayor sin síntomas psicóticos y un problema relacionado con el grupo primario de apoyo. Durante 16 días de hospitalización recibió atención psiquiátrica, psicoterapia, evaluación de trabajo social y tratamiento farmacológico. Fue una respuesta proporcional al riesgo, no un sermón sobre pensar en positivo.

Durante la hospitalización remitieron las ideas suicidas, disminuyeron la ansiedad y los deseos de autolesionarse, mejoró el apetito y reapareció el interés por pintar y dibujar. Al alta se indicó continuidad psicológica, familiar y médica. No conocemos la evolución posterior ni podemos afirmar que quedó curada (Villarreal Aguilar et al., 2024).

Dos historias, una responsabilidad

Estos casos no son un experimento: uno fue reconstruido después de una muerte y el otro evaluado durante una hospitalización. Juntos muestran la distancia entre percibir señales y convertirlas en protección. Solo en el segundo se documentó una intervención clínica intensiva en vida (Villarreal Aguilar et al., 2024).

Los factores protectores también importan: una madre que acude a emergencia, profesionales que evalúan sin juzgar y un plan que incluye a la familia. La protección es algo que adultos e instituciones hacen y

sostienen. Antes de reconocer la depresión debemos aclarar una confusión: tristeza, duelo y trastorno depresivo no son lo mismo, aunque desde fuera puedan parecerse. Allí comienza el siguiente paso.

1.1. Tristeza, duelo y depresión no son lo mismo

No todo dolor necesita un diagnóstico, pero todo dolor necesita una respuesta.

Una niña llora después de perder a su mascota. Un adolescente se encierra tras una ruptura. Otro lleva semanas sin disfrutar nada, se culpa por existir y ya no logra sostener su vida cotidiana. Desde fuera, los tres pueden parecer tristes; por dentro, atraviesan procesos diferentes. Confundirlos tiene dos costos: convertir una reacción humana en enfermedad o minimizar un trastorno que requiere atención.

Distinguir no significa decidir desde el comedor o el aula quién «tiene depresión». Significa observar persistencia, intensidad, interferencia y riesgo, y pedir una valoración cuando el cuadro lo exige. El adulto responsable no sentencia: se aproxima, escucha y conecta con ayuda.

La tristeza no es el enemigo

La tristeza es una emoción humana ante pérdidas, frustraciones o decepciones. Puede doler mucho sin constituir un trastorno. Suele guardar relación con algo identificable, fluctúa, admite momentos de alivio y no invade necesariamente todas las áreas de la vida. Un niño

triste todavía puede interesarse por un juego; una adolescente puede llorar y, horas después, sentirse acompañada por una amiga.

El error es exigir que desaparezca rápido. Frases como «no es para tanto» enseñan a ocultar, no a regular. La respuesta protectora reconoce la emoción, pregunta qué ocurrió y observa su evolución. La tristeza necesita presencia; cuando se prolonga, se intensifica o deteriora el funcionamiento, también necesita evaluación.

El duelo tiene oleadas, no un cronómetro

El duelo puede aparecer ante una muerte, una migración, la separación de los padres, la pérdida de una amistad, un cambio de escuela o incluso la desaparición de una forma de vida. No avanza en cinco pasos ordenados ni tiene una fecha universal de vencimiento. Puede traer llanto, rabia, culpa, dificultades de sueño y momentos de aparente normalidad.

En el duelo, el dolor suele llegar en oleadas vinculadas con recuerdos; la autoestima con frecuencia se conserva. En la depresión predominan un ánimo bajo o irritable y la pérdida de interés durante buena parte del tiempo, acompañados de deterioro. Ambos procesos pueden coexistir; una pérdida no inmuniza frente a la depresión ni permite diagnosticarla por sí sola (Méndez Díaz, 2022).

Depresión: más que estar muy triste

La depresión es un síndrome clínico. En niños y adolescentes puede expresarse como tristeza o irritabilidad persistente, pérdida de interés y

cambios en sueño, apetito, energía, concentración, autovaloración o pensamientos de muerte. Su combinación, duración e impacto requieren evaluación profesional.

Como referencia clínica, un episodio depresivo mayor exige síntomas durante al menos dos semanas y un deterioro significativo, pero el riesgo no espera al calendario. Una amenaza suicida, una autolesión o la imposibilidad de mantenerse a salvo requieren actuación inmediata, aunque los demás síntomas hayan comenzado ayer (Armijos et al., 2023).

Cuatro preguntas antes de restar importancia

Necesidad de evaluación, persistencia, intensidad, interferencia riesgo: Persistencia pregunta cuánto tiempo lleva y si cede. Intensidad explora cuánto domina el día. Interferencia mira cambios en casa, escuela, amistades, autocuidado y descanso. Riesgo indaga autolesión, deseo de morir, violencia, abuso, consumo o incapacidad para protegerse. La expresión no es una puntuación ni una fórmula diagnóstica: es un freno a la improvisación.

Una respuesta grave en cualquiera de los cuatro ejes justifica ayuda. La clave no es decidir si el dolor es «suficiente», sino qué apoyo necesita hoy. Reconocer esa diferencia abre la siguiente pregunta: ¿cómo cambia la depresión cuando cambia la edad?

1.2. La depresión cambia de rostro con la edad

La depresión no habla igual a los siete, a los doce y a los diecisiete años.

Esperar que un niño diga «tengo anhedonia» es una forma sofisticada de no escucharlo. Su desarrollo determina cómo comprende, nombra y comunica el malestar. A veces lo cuenta con el cuerpo; otras, con irritabilidad, juego repetitivo, caída escolar o distancia afectiva. En la adolescencia puede usar humor oscuro, riesgo, silencio o una hiperconexión que oculta aislamiento.

La edad orienta, pero no crea moldes. Temperamento, discapacidad, cultura, género, neurodesarrollo y violencia modifican la presentación. Compare al niño consigo mismo y pregunte qué cambió, desde cuándo y con qué consecuencias (Carrión et al., 2023).

En la niñez: cuando el cuerpo y la conducta hablan

Un niño deprimido puede parecer enojado, sensible o «difícil». Puede dejar de jugar como antes, aburrirse de casi todo, aferrarse al cuidador, retroceder en habilidades, dormir mal o quejarse repetidamente de dolor de cabeza o estómago. En la escuela quizá disminuya su participación, olvide materiales, se aísle en el recreo o reaccione con llanto ante errores pequeños.

Ninguna señal aislada confirma depresión. Las molestias físicas merecen valoración médica y emocional, no una disputa sobre si son «reales». Preguntar mediante dibujos, juego o frases sencillas puede ser

más útil que exigir una explicación adulta: «¿Cuándo aparece ese dolor?»; «Si tu tristeza tuviera una voz, ¿qué diría?». Escuchar también es adaptar el idioma.

Al inicio de la adolescencia: pertenecer puede sentirse vital

Entre los cambios corporales, la comparación social y la necesidad de pertenecer, una humillación puede ocupar todo el horizonte. Aparecen irritabilidad, vergüenza intensa, alteraciones del sueño, preocupación por la apariencia, rechazo escolar, pérdida de amistades o sensación de no encajar. El adulto ve «mal genio»; el adolescente puede estar defendiendo una autoestima herida.

No conviene atribuirlo todo a las hormonas. La pubertad no vuelve irrelevante la desesperanza, el aislamiento ni el deseo de desaparecer. Una conversación privada debe explorar acoso, discriminación, violencia, presión académica, vida digital y seguridad en casa, sin interrogar.

En la adolescencia media y tardía: funcionar no siempre significa estar bien

Una adolescente puede mantener buenas calificaciones mientras duerme cuatro horas, se desprecia y teme decepcionar a todos. Otro puede abandonar tareas, conducir con imprudencia, beber para dejar de pensar o pelear con facilidad. También pueden aparecer pérdida de placer, fatiga, culpa, desesperanza, autolesiones o lenguaje relacionado con la muerte.

El rendimiento y la sonrisa pública no prueban bienestar. Algunos jóvenes gastan su energía en parecer funcionales y colapsan en privado. En vez de acusar «¿por qué haces esto?», pregunte: «¿Qué te está pasando y qué alivio buscas?». Comprender una conducta permite responder a la necesidad sin justificar el daño.

La misma señal necesita varias miradas

Una caída académica puede significar depresión, duelo, acoso, dificultades de aprendizaje, falta de sueño, hambre, violencia o una combinación. La familia conoce cambios en casa; el docente observa aprendizaje y pares; el profesional explora síntomas, desarrollo y riesgo. Ninguna mirada basta por sí sola, y ninguna debería competir por tener la razón.

Regla práctica. Compare con el funcionamiento habitual, reúna información de más de un entorno y escuche la versión del propio niño. La edad orienta cómo preguntar, no cuánto creer. Cuando los adultos solo aceptan el dolor expresado de manera ordenada, dejan fuera precisamente a quienes todavía no saben nombrarlo.

1.3. Cuando la tristeza se disfraza

A veces la depresión llega vestida de rabia, dolor físico, perfección o desafío.

La expresión «depresión enmascarada» puede ser útil si recuerda que el sufrimiento no siempre parece tristeza; es peligrosa si se usa para convertir cualquier conducta en diagnóstico. El objetivo es reconocer

cambios persistentes que merecen exploración, no buscar depresión detrás de cada pelea, ausencia o dolor de estómago.

Una señal adquiere sentido al mirar su historia: cuándo comenzó, qué la precedió, dónde aparece, qué función cumple y qué otras modificaciones la acompañan. El rostro visible puede ser la irritabilidad; debajo quizá haya vergüenza, agotamiento o miedo. Preguntar por la capa inferior es más útil que castigar solamente la superficie.

La rabia también puede ser una defensa

La irritabilidad forma parte de la presentación depresiva posible en niños y adolescentes. Puede aparecer como respuestas cortantes, discusiones, intolerancia a errores o explosiones desproporcionadas. Sin embargo, también acompaña ansiedad, trauma, falta de sueño, conflictos familiares y otras condiciones. Por eso no se diagnostica desde una sanción disciplinaria.

El límite sigue siendo necesario: «No voy a permitir que lastimes a alguien». Después viene la comprensión: «He notado que esto ocurre con más frecuencia; quiero saber qué estás cargando». Un adulto puede sostener seguridad y empatía al mismo tiempo. Si solo corrige, pierde información; si justifica todo por el dolor, deja de proteger. Cuidar exige ambas cosas.

El cuerpo no miente, pero tampoco entrega un diagnóstico

Dolores de cabeza o abdomen, cansancio, cambios de apetito y alteraciones del sueño pueden acompañar la depresión. También pueden tener causas médicas. Decir «es psicológico» como sinónimo de imaginario humilla y retrasa la atención. Cuerpo y mente no son departamentos separados: ambos necesitan una evaluación seria.

La pregunta no es si el síntoma es verdadero, sino qué lo explica y cómo afecta la vida. Registre frecuencia, duración, desencadenantes y cambios emocionales. Si un niño visita enfermería antes de una clase o del recreo, explore miedo, acoso o sobrecarga sin negar el dolor físico.

La excelencia puede convertirse en escondite

No todos los jóvenes deprimidos bajan sus notas. Algunos se vuelven más perfeccionistas, estudian hasta la madrugada y dependen de cada resultado para sentirse valiosos. Los aplausos pueden reforzar una exigencia que los está quebrando. La alarma no es el buen desempeño, sino su costo: miedo constante, insomnio, aislamiento, autodesprecio o incapacidad para tolerar un error.

Familia y escuela deben revisar el mensaje escondido en «tú puedes con todo». Reconocer esfuerzo no es convertir el rendimiento en identidad. Preguntas útiles son: «¿Qué estás sacrificando para mantener esto?» y «¿Qué crees que pasaría si no fueras el mejor?». La protección empieza cuando el amor y la pertenencia dejan de depender de una calificación.

Riesgo, consumo y conexión permanente

Beber, exponerse a peligros, faltar a clases o permanecer conectado toda la noche pueden funcionar como intentos de escapar, pertenecer o sentir algo. No son sinónimos de depresión, pero cuando aparecen junto con desesperanza, pérdida de interés o deterioro requieren una exploración conjunta. Castigar sin comprender puede desplazar la conducta y conservar la causa.

Tampoco toda hiperconexión es compañía. Un adolescente puede recibir cientos de mensajes y no tener a quién contarle que no quiere despertar. La evaluación debe preguntar qué ocurre antes, durante y después de conectarse, qué contenido consume y quién está disponible fuera de la pantalla. El siguiente reto es aprender ese lenguaje sin invadirlo ni ridiculizarlo.

1.4. El lenguaje que los adultos no entendemos

Los jóvenes no siempre callan; a veces los adultos solo reconocemos una forma de hablar.

Un «da igual», una canción repetida, un dibujo oscuro o un «quisiera dormir y no despertar» pueden tener significados distintos. Ninguno debe interpretarse mecánicamente; algunos sí exigen una segunda pregunta. La clave es atender repetición, contexto, cambios y coherencia con otras señales.

Comprender el lenguaje adolescente no implica imitar su jerga. Significa renunciar al sarcasmo adulto, preguntar qué significa para esa

persona y tolerar respuestas incompletas. El niño no tiene que presentar un informe impecable para merecer ayuda. Es responsabilidad del adulto crear condiciones para que pueda hablar sin pagar el precio de la burla, el castigo o la exposición.

El silencio también contiene información

Callar puede proteger al niño de no ser creído, de preocupar a su familia, de recibir represalias o de convertirse en «el problema». También puede reflejar dificultad para identificar emociones. Presionarlo con una cadena de preguntas suele aumentar el cierre. La presencia constante funciona mejor que una única conversación dramática.

Se puede decir: «No tienes que contarme todo ahora. He visto que te aíslas y que ya no disfrutas lo mismo. Me importas y volveré a preguntarte». Después hay que cumplir. Ofrecer opciones hablar caminando, escribir, dibujar o elegir a otro adulto devuelve control. Respetar el ritmo no significa abandonar la evaluación cuando existen señales de peligro.

Frases que merecen una pregunta más

«Soy una carga», «nadie me extrañaría», «pronto se librarán de mí», «quisiera desaparecer» o «ya no importa» pueden expresar desesperanza o deseo de morir. No conviene responder con sermones, retos ni promesas rápidas. Se pregunta con claridad: «Cuando dices

desaparecer, ¿estás pensando en morir?»; «¿Has pensado en hacerte daño?».

Preguntar directamente no introduce la idea ni aumenta el riesgo; permite conocerlo y conectar con ayuda (National Institute of Mental Health, 2024). Si la respuesta es afirmativa, ambigua o el adulto sigue preocupado, no debe manejarlo en secreto. Se activa apoyo profesional y se mantiene la supervisión según la urgencia.

Pantallas: una ventana, no un diagnóstico

Una publicación puede ser humor, pertenencia, creación o petición de ayuda. Su significado depende del contenido, la repetición, la respuesta del entorno y la situación personal. La evidencia describe beneficios y riesgos de las redes sociales; no autoriza a afirmar que una plataforma causa por sí sola la depresión de un joven (Department of Health and Human, 2023).

Ante contenido preocupante, guarde la calma, hable en privado y pregunte por seguridad. Exponer al joven, leer mensajes públicamente o retirar el teléfono como único castigo puede cerrar la ayuda. La privacidad importa, pero cede ante peligro serio. Convierta la señal digital en conversación humana.

1.5. Mitos que cierran la puerta

Un mito no es una opinión inocente cuando impide que alguien reciba ayuda.

Los mitos ofrecen explicaciones cómodas: «quiere llamar la atención», «tiene todo, no puede estar deprimido», «es una etapa». Reducen la incomodidad del adulto, pero aumentan la soledad del niño. Su poder no está en ser verdaderos; está en repetirse hasta convertirse en práctica familiar, escolar o institucional.

Desmontarlos exige algo más que corregir palabras. Hay que reemplazarlos por conductas: escuchar, preguntar, registrar, derivar y dar seguimiento. Cada mito de las páginas siguientes incluye una respuesta que puede decirse en voz alta. El cambio de paradigma comienza cuando dejamos de debatir si el dolor merece existir y empezamos a decidir cómo proteger.

«Solo quiere llamar la atención»

Buscar atención es buscar conexión. Incluso cuando una conducta intenta provocar una reacción, la pregunta sigue siendo qué necesidad no encuentra otra vía. Burlarse o ignorarla puede incrementar el aislamiento. Las amenazas de autolesión o muerte se toman siempre en serio, sin convertir la respuesta en espectáculo ni castigo.

«Si ríe y obtiene buenas notas, está bien»

La depresión no elimina automáticamente la risa ni el rendimiento. Algunas personas ocultan síntomas por vergüenza o exigencia. Responda: «Una apariencia funcional no descarta sufrimiento; miremos cambios, costo emocional y seguridad». Una sonrisa no es un certificado de salud.

«Preguntar por suicidio le dará la idea»

La evidencia no respalda ese temor. Preguntar de manera directa y calmada puede reducir el aislamiento y abrir la evaluación. Las expresiones vagas confunden: «¿No estarás pensando tonterías?» comunica juicio. Es preferible: «¿Has pensado en morir?» y, si responde que sí, continuar con ayuda profesional y protección inmediata (Vargas Almeida, 2024).

La pregunta no es una intervención completa. No se promete secreto, no se deja sola a la persona en riesgo y no se exige que jure que estará bien. Se escucha sin escandalizarse, se limita el acceso a medios letales y se activa la ruta correspondiente. Hablar con claridad no crea el peligro; ayuda a dejar de tratarlo como un fantasma.

«Con una familia que lo ama debería bastar»

El afecto es un factor protector, no un tratamiento universal. Una familia amorosa puede necesitar orientación, terapia, apoyo escolar y atención médica. Pedir ayuda no acusa a los cuidadores; amplía la red. La depresión tampoco prueba ingratitud. El sufrimiento no hace un inventario de privilegios antes de aparecer.

«La disciplina le quitará la flojera»

La depresión puede reducir energía, concentración e iniciativa. Las rutinas ayudan; humillar, comparar o sobrecargar agrava culpa y fracaso. Combine estructura, evaluación y ajustes temporales: divida

tareas, priorice lo esencial y revise el progreso. Apoyar es enseñar desde la realidad de quien aprende.

«La terapia es para locos»

La atención psicológica permite evaluar, comprender y tratar problemas que afectan la vida. En algunos casos se integra con intervención familiar, escolar o médica. Presentarla como castigo «te llevaré al psicólogo para que te arregle» destruye confianza. Conviene explicar quién atenderá, para qué, qué puede ser confidencial y cuándo la seguridad obliga a compartir información.

Cambio de lenguaje. Sustituya «no exageres» por «quiero entender»; «anímate» por «no tienes que poder solo»; «prométeme que no harás nada» por «vamos a buscar ayuda y permanecer contigo». Las palabras no curan por sí solas, pero pueden abrir o cerrar la puerta por la que entra la ayuda.

1.6. Lo que puede parecer depresión y no debe confundirse

Parecerse no significa ser lo mismo; por eso evaluar es más seguro que etiquetar.

Irritabilidad, cansancio, desconcentración, aislamiento y bajo rendimiento aparecen en múltiples situaciones. Pueden relacionarse con ansiedad, trauma, duelo, dificultades de aprendizaje, falta de sueño, consumo, medicamentos, enfermedades físicas o un trastorno bipolar, entre otras posibilidades. También pueden coexistir con depresión.

El diagnóstico diferencial ordena cronología, síntomas, desarrollo, entornos y riesgo para orientar la ayuda. Ante la duda, la escuela describe y deriva; el profesional evalúa. Inventar certeza tranquiliza al adulto, no protege al niño.

Ansiedad, trauma y adaptación

La ansiedad puede producir evitación, insomnio, fatiga e irritabilidad. El trauma puede traer hipervigilancia, recuerdos intrusivos, desconexión o explosiones. Una mudanza, migración, divorcio o cambio escolar puede desencadenar una respuesta de adaptación. En todos estos cuadros es posible sentirse triste y perder funcionamiento; algunos coexisten con depresión.

«¿Qué te pasó?» puede revelar más que «¿qué tienes?», pero no se fuerza una confesión ni se investiga violencia mediante interrogatorio. Ante sospecha de abuso o peligro, active la ruta institucional y legal. El apoyo informado por trauma prioriza seguridad, control, respeto y continuidad.

Sueño, aprendizaje y neurodesarrollo

Dormir poco altera ánimo, atención y autocontrol. El TDAH y las dificultades de aprendizaje pueden generar frustración, olvidos y bajo rendimiento; años de crítica pueden favorecer además síntomas depresivos. Una evaluación responsable pregunta qué estaba presente desde antes y qué cambió recientemente. No toda desconcentración es depresión ni toda conducta inquieta es desinterés.

La escuela registra cuándo aparece la dificultad, qué apoyos funcionan, cómo son los vínculos y qué cambió. La meta no es escoger entre «emocional» o «académico», sino identificar barreras para aprender sin castigar el sufrimiento como falta de voluntad.

Bipolaridad, sustancias y condiciones médicas

La historia de periodos de ánimo anormalmente elevado o muy irritable, menor necesidad de sueño, aumento marcado de actividad, grandiosidad o conductas riesgosas requiere evaluación especializada. La irritabilidad por sí sola no confirma bipolaridad. Del mismo modo, alcohol, cannabis, otras sustancias o ciertos medicamentos pueden iniciar, imitar o agravar síntomas.

Anemia, alteraciones tiroideas, dolor crónico y otras condiciones físicas pueden afectar energía y ánimo. El profesional decide la valoración médica; la familia informa enfermedades, medicamentos y consumo sin ocultarlos. Integrar salud mental y física es calidad básica de atención.

Evaluar es construir una explicación útil

Una evaluación completa integra entrevista con el niño, información de cuidadores y escuela, historia del desarrollo, funcionamiento, síntomas, riesgos, protección y contexto cultural. Las escalas pueden apoyar la detección y el seguimiento, pero no reemplazan el juicio clínico ni convierten una puntuación en identidad (National Institute for Health and Care Excellence, 2019).

La mejor formulación responde: ¿por qué este problema, en esta persona, en este momento, y qué lo mantiene o protege? Esa respuesta guía un plan personalizado. Antes de llegar al consultorio, sin embargo, ya existen condiciones que aumentan o disminuyen la vulnerabilidad. El siguiente mapa permite verlas sin caer en la fantasía de una causa única.

1.7. Primer mapa de riesgos y protección

La depresión no nace de una sola causa y la protección tampoco depende de una sola persona.

Los riesgos se acumulan e interactúan: vulnerabilidad individual, violencia, pérdida, rechazo, pobreza, discriminación, dificultades escolares o barreras para recibir atención. Ninguno determina por sí solo un desenlace. Del mismo modo, un factor protector no funciona como amuleto; necesita estar disponible y convertirse en acción cuando el joven lo necesita (OMS, 2024).

Este primer mapa organiza cuatro niveles: individual, familiar y relacional, escolar, y comunitario estructural. Su propósito no es sumar puntos para predecir una vida, sino detectar dónde intervenir. Preguntar solo «¿qué le pasa al niño?» borra una parte decisiva: qué le está pasando alrededor.

Nivel individual: vulnerabilidad no es culpabilidad

Riesgos posibles. Antecedentes depresivos, trauma, enfermedad crónica, dolor, dificultades para regular emociones, desesperanza,

autolesiones, consumo o intentos previos. Son datos para cuidar, nunca argumentos para definir a una persona como «problemática».

Protecciones posibles. Habilidades para pedir ayuda, identidad valorada, intereses, sentido de futuro, acceso a tratamiento y estrategias de regulación. Estas capacidades se enseñan y fortalecen; no deben exigirse como requisito para merecer apoyo.

La pregunta protectora es qué recurso falta o puede ampliarse. Decir «debe ser resiliente» sin modificar las condiciones convierte una responsabilidad colectiva en tarea solitaria.

Nivel familiar y relacional: la cercanía debe poder usarse

Riesgos posibles. Violencia, rechazo, pérdidas, conflictos intensos, aislamiento, sobrecarga del cuidador, comunicación basada en miedo o acceso no supervisado a medios letales. Nombrarlos no equivale a acusar automáticamente a la familia; permite ver necesidades y responsabilidades.

Protecciones posibles. Al menos un adulto disponible, escucha sin humillación, límites seguros, rutinas flexibles, seguimiento de la atención y relaciones con pares que no normalicen el daño.

Tener familia no garantiza sentirse acompañado. La protección aparece cuando el vínculo puede activarse: alguien nota, pregunta, cree, permanece y busca ayuda.

Escuela, comunidad y Estado: el contexto también interviene

Acoso, exclusión, presión académica, respuestas disciplinarias humillantes, ausencia de rutas claras y barreras geográficas o económicas aumentan vulnerabilidad. Pertenencia escolar, docentes accesibles, protocolos conocidos, atención oportuna y espacios seguros pueden proteger (OMS & UNICEF, 2024).

La negligencia institucional también aparece como protocolo inactivo, derivación sin seguimiento o servicio saturado. La protección real exige presupuesto, personal, coordinación y rendición de cuentas. No basta enseñar al niño a resistir un sistema que continúa dañándolo.

1.8. La familia que escucha antes de corregir

La primera tarea de la familia no es corregir la versión del niño; es hacer posible que la cuente.

Los cuidadores pueden sentir miedo, culpa, rabia o incredulidad. Esas reacciones son humanas, pero no deben ocupar el centro de la primera conversación. Si el joven termina consolando al adulto, aprende que hablar hace daño. Respirar, bajar el tono y agradecer la confianza crea una base más segura.

Escuchar no significa aceptar toda interpretación ni renunciar a límites. Significa comprender antes de responder: «No sabía que estabas viviendo esto. Gracias por decírmelo. Vamos a buscar ayuda juntos». La familia no tiene que resolver en una noche lo que se

construyó durante meses; sí debe decidir que el niño no volverá a cargarlo solo.

Primero regule su propia alarma

Escuchar «no quiero vivir» activo terror. Algunas familias responden gritando, amenazando o enumerando sacrificios. Aunque nazca del amor, esa reacción puede aumentar culpa y silencio. El adulto necesita hablar despacio, permanecer físicamente disponible y concentrarse en la seguridad inmediata.

Puede decir: «Lo que me cuentas es serio y me importa. No estás en problemas. Necesito hacerte preguntas para mantenerte a salvo». Luego pregunta directamente por pensamientos de muerte, autolesión, intención y acceso a medios, sin exigir detalles innecesarios. Si existe peligro inmediato, no deja sola a la persona y activas emergencias. El autocontrol del cuidador no elimina su miedo; lo convierte en protección.

Una conversación que no se convierte en juicio

Abra. «He notado que dejaste de salir y duermes muy poco. ¿Cómo te has sentido?» Describa hechos, no etiquetas.

Profundice. «¿Desde cuándo?», «¿Qué lo empeora?», «¿Qué te ayuda, aunque sea un poco?», «¿Has pensado en hacerte daño o morir?». Deje pausas.

Acuerde. Explique el siguiente paso, ofrezca opciones posibles y defina quién acompañará. No cierre con «avísame si necesitas algo»; concrete cuándo volverán a hablar y cómo accederán a apoyo.

Confianza no significa secreto absoluto

Prometer «no se lo diré a nadie» puede parecer cercanía, pero deja al adulto atrapado si aparece riesgo. Es más honesto explicar: «Cuidaré tu privacidad. Si creo que tú u otra persona están en peligro, buscaré ayuda y te diré qué voy a compartir». Así, el límite se conoce antes de ser necesario.

Compartir por seguridad no autoriza divulgar a toda la familia, al curso o a grupos de mensajería. Se comunica solo lo necesario a quienes pueden proteger. Siempre que sea posible, el joven participa en cómo se contará. La dignidad no se suspende durante una crisis. La confidencialidad responsable evita dos extremos: ocultar el peligro o convertir el dolor en noticia.

Después de pedir ayuda empieza el seguimiento

Conseguir una cita no concluye la tarea familiar. Hay que observar cambios, facilitar asistencia, seguir indicaciones, informar nuevas señales y revisar seguridad. Las rutinas básicas sueño, alimentación, movimiento, conexión y estudio pueden apoyarse sin presentarlas como cura ni como prueba de voluntad.

Los cuidadores también necesitan orientación y descanso. Una madre exhausta o un padre paralizado por la culpa no son enemigos; son

parte de un sistema que requiere apoyo. La pregunta semanal no debería ser solo «¿ya estás mejor?», que invita a complacer, sino «¿qué fue más difícil, ¿qué ayudó y qué debemos ajustar?». Acompañar es sostener presencia cuando la mejoría no sigue una línea recta.

1.9. El docente que observa sin diagnosticar

El docente no diagnostica depresión; puede ser quien advierta que algo cambió y se niegue a mirar hacia otro lado.

La escuela observa al estudiante en aprendizaje, convivencia y pertenencia. Eso le permite reconocer variaciones que en casa no aparecen: ausencias, tareas inconclusas, aislamiento, conflictos, llanto, somnolencia o textos desesperanzados. Su función es describir, acercarse y activar la ruta, no interpretar cada señal como enfermedad.

Una respuesta escolar eficaz combina vínculo y procedimiento. El estudiante necesita un adulto que diga «te veo» y una institución que sepa qué hacer después. Sensibilizar sin definir responsables produce buena intención; un protocolo sin confianza produce silencio. Se requieren ambos.

Observe cambios, no construya expedientes morales

Registrar «durmió durante tres clases esta semana y dejó cuatro tareas sin entregar» es útil. Escribir «es flojo y desinteresado» mezcla juicio con dato. Un registro objetivo incluye fecha, situación, frecuencia, palabras relevantes, impacto y acciones realizadas. Evite rumores, diagnósticos y detalles que no ayudan a proteger.

Compare con el patrón habitual y consulte a otros adultos autorizados sin exponer al estudiante. Pregunte por asistencia, recreo, cambios académicos y relaciones. La acumulación de observaciones puede mostrar una tendencia; también puede corregir una primera impresión equivocada. Documentar no es burocracia cuando sirve para conectar señales y verificar que alguien actuó.

Acérquese en privado y con tiempo suficiente

El pasillo lleno o el final apresurado de una clase no son lugares seguros para una revelación. Busque privacidad visible, respete las normas institucionales y diga qué observó: «Te he visto más aislado y faltaste varios días. Me preocupa cómo estás». Evite «¿qué problema tienes?» o «antes sí cumplías».

Escuche sin prometer secreto absoluto. Si el estudiante menciona muerte o autolesión, pregunte directamente y active de inmediato al DECE o la ruta establecida; no lo envíe solo por el campus ni espere a terminar la jornada. Si no habla, comunique que la puerta sigue abierta y consulte al equipo responsable cuando las señales persistan.

Derivar no es sacarse el problema de encima

Una derivación cálida explica al estudiante quién lo recibirá, por qué y qué sucederá después. Siempre que sea posible, el docente lo acompaña o confirma que llegó. La escuela registra la acción y verifica continuidad. Entregar un número telefónico sin comprobar acceso puede convertir una barrera en apariencia de respuesta.

Mientras recibe atención, puede necesitar ajustes temporales: priorizar tareas esenciales, ampliar plazos, ofrecer un lugar seguro, evitar exposiciones públicas y designar un adulto referente. Los ajustes no deben aislarlo ni eliminar toda expectativa. Se revisan con el estudiante, la familia y el equipo, preservando confidencialidad. Inclusión significa sostener el aprendizaje sin fingir que nada ocurre.

Lo que una escuela no debe normalizar

No corresponde pedir al estudiante que relate su crisis frente al curso, usar una autolesión como amenaza disciplinaria, llamar a la familia sin valorar si el hogar es seguro o difundir información en grupos informales. Tampoco se debe organizar una asamblea improvisada que romantice una muerte o describa métodos.

La escuela necesita capacitación periódica, rutas ensayadas, supervisión del personal y acuerdos con salud y protección. Cargar todo a un docente sensible o al profesional DECE reproduce la falla que se intenta resolver. La prevención es una responsabilidad institucional. Si el presupuesto no permite responder con dignidad, el problema no es que los estudiantes «no pidan ayuda»; es una deuda pública que debe registrarse y exigirse.

1.10. La mirada del psicólogo y del DECE

El profesional no recibe un síntoma aislado; recibe una vida atravesada por familia, escuela, comunidad y derechos.

La mirada psicológica debe integrar diagnóstico, formulación y contexto. Dos adolescentes con la misma puntuación pueden necesitar planes distintos: uno enfrenta acoso; otro, duelo y falta de sueño; ambos quizá presenten depresión. La herramienta estandarizada aporta información, pero no escucha contradicciones ni conoce por sí sola el entorno.

En Ecuador, el DECE articula acompañamiento con estudiantes, familias, escuela y redes. No sustituye a salud especializada ni resuelve solo fallas estructurales. Detecta, orienta, coordina y sostiene continuidad (Ministerio de Educación del Ecuador, 2023).

Una evaluación es una conversación organizada por evidencia

El profesional explora ánimo, irritabilidad, placer, sueño, apetito, energía, concentración, culpa, movimiento y pensamientos de muerte; además investiga desarrollo, trauma, violencia, consumo, salud física, episodios previos, historia familiar, cultura, funcionamiento y protección. La evaluación de riesgo es directa y se actualiza cuando cambian las circunstancias.

El niño participa con lenguaje acorde a su edad. Cuidadores y escuela complementan, no reemplazan, su voz. Las discrepancias informan: puede ocultar en casa lo que muestra en línea o colapsar tras funcionar en la escuela. La meta es comprender y responder proporcionalmente (Rivera et al., 2023).

El DECE trabaja en cuatro dimensiones conectadas

Individual. Necesidades, recursos, voz y seguridad del estudiante.

Familiar. Vínculos, capacidades de cuidado, conflictos y condiciones del hogar.

Escolar. Aprendizaje, convivencia, inclusión y respuesta institucional.

Comunitaria. Redes de salud, protección y servicios del territorio. El modelo ecuatoriano las articula mediante orientación, promoción y prevención, atención psicosocial e inclusión socioeducativa. Si una dimensión se ignora, la intervención pierde una parte del problema y de la solución (Ministerio de Educación del Ecuador, 2022).

Coordinar un caso es cerrar brechas entre respuestas

Un plan útil define necesidades, acciones, responsable, plazo y evidencia de cumplimiento. «Se derivó» no basta: ¿la familia pudo acceder?, ¿el servicio recibió el caso?, ¿qué apoyos continuará ofreciendo la escuela?, ¿cuándo se revisará el riesgo? La coordinación comparte solo la información necesaria y respeta competencias.

Cuando salud, educación y protección trabajan como islas, el niño se convierte en mensajero de su propia crisis. Las guías internacionales recomiendan redes intersectoriales capaces de identificar temprano y garantizar continuidad (UNICEF, 2024). Personalizar no significa improvisar: significa aplicar principios comunes a la realidad concreta y verificar el resultado.

Los límites profesionales también deben hacerse visibles

Un psicólogo o profesional DECE saturado puede conocer la respuesta correcta y no disponer del tiempo, red o servicio para ejecutarla. El autocuidado individual no corrige plantillas insuficientes, contratos inestables ni rutas externas sin capacidad. Registrar demoras, casos no atendidos y barreras permite convertir el desgaste privado en evidencia institucional.

La ética incluye reconocer límites y pedir apoyo. Exige supervisión, formación y claridad sobre confidencialidad y emergencias. El profesional ofrece presencia, criterio y coordinación, no omnipotencia. Un sistema protector distribuye responsabilidades y aprende antes de una tragedia.

1.11. De una señal a una decisión

Una señal no necesita convertirse en certeza para justificar una decisión protectora.

La ruta básica es observar, acercarse, preguntar, proteger, conectar y verificar. No es una escala diagnóstica ni sustituye protocolos oficiales. Ordena acciones para evitar dos fallas comunes: esperar pruebas absolutas o derivar sin continuidad. Cada paso debe adaptarse a la edad, el rol del adulto y el nivel de riesgo.

La decisión se vuelve más urgente cuando hay pensamientos de muerte, autolesión, violencia, abuso, intoxicación, agitación intensa, desconexión de la realidad o imposibilidad de garantizar seguridad. En

esos casos, la discusión sobre si «busca atención» termina: se protege primero y se comprende después.

Tres horizontes de respuesta, no tres etiquetas permanentes

Emergencia ahora. Peligro inminente, intento reciente, intención activa, acceso inmediato a medios, alteración grave o imposibilidad de mantenerse a salvo. Requiere supervisión continua y servicios de emergencia.

Atención urgente. Pensamientos suicidas, autolesión, deterioro marcado o riesgos serios sin evidencia clara de inminencia. Requiere valoración profesional el mismo día o tan pronto como indique la ruta local.

Apoyo oportuno. Cambios persistentes sin peligro inmediato conocido. Requiere evaluación, apoyos y seguimiento. El riesgo es dinámico: toda categoría debe revisarse, no archivarse.

Ante peligro inmediato: presencia, seguridad y emergencia

No deje sola a la persona. Mantenga una presencia calmada, retire o límite de forma segura el acceso a armas, medicamentos, sustancias u otros medios potencialmente letales, y solicite ayuda. No negocie la vida mediante promesas ni intente trasladarla sin apoyo si la situación es insegura. **Respuesta en Ecuador.** En Ecuador, ante una emergencia llame al ECU 911. Para orientación en una crisis de salud mental, el Ministerio de Salud Pública mantiene la línea 171, opción 6.

Siga las indicaciones del servicio y los protocolos vigentes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2026).

La continuidad también salva

Después de una crisis aumenta la necesidad de coordinación. El alta, la primera consulta o una conversación escolar no garantizan estabilidad. Debe quedar claro quién acompaña, qué señales obligan a escalar, dónde se atenderá, qué ajustes se mantendrán y cuándo se revisará el plan. Dar seguimiento comunica una idea poderosa: «Tu vida sigue importando después del momento crítico». El contacto debe ser respetuoso y concreto, no vigilancia punitiva. Pregunte qué barreras aparecieron y modifique el plan.

Herramientas, gráficos y recursos del capítulo

Herramienta 1. Registro 4C

Guía práctica no diagnóstica para familias, docentes y equipos. Registre hechos observables; evite etiquetas.

Tabla 1

Registro 4C

Eje	Pregunta de registro
Cambio	¿Qué es diferente respecto de su funcionamiento habitual?
Continuidad	¿Desde cuándo, con qué frecuencia y en qué momentos?
Contexto	¿Dónde ocurre y qué sucedió antes o alrededor?

Consecuencia	¿Cómo afecta seguridad, vínculos, estudio, sueño o autocuidado?

Nota de uso. Anote también la acción realizada, el responsable y la fecha de seguimiento. Un registro sin respuesta solo documenta abandono.

Herramienta 2. VEO–PREGUNTO–ACOMPAÑO

VEO. Describa sin juzgar: «He notado que ya no sales al recreo y faltaste dos días».

PREGUNTO. Explore emoción y seguridad: «¿Qué ha cambiado?», «¿Has pensado en hacerte daño o morir?».

ACOMPAÑO. Explique y ejecute el siguiente paso: «No tienes que manejarlo solo. Me quedaré contigo mientras contactamos ayuda».

Nota de uso. No discuta la validez del dolor durante la apertura. Escuchar, actuar y volver a contactar son partes de una misma intervención.

Herramienta 3. Matriz P–I–F–R

Organiza preguntas; no produce un puntaje ni reemplaza una evaluación clínica.

Tabla 2

Matriz P–I–F–R

Dimensión	Pregunta decisiva
Persistencia	¿Se mantiene o reaparece durante días o semanas?
Intensidad	¿Cuánto domina el día y cuánto

	puede aliviarse?
Funcionamiento	¿Qué cambió en hogar, escuela, vínculos y autocuidado?
Riesgo	¿Hay autolesión, muerte, violencia, abuso, consumo o falta de seguridad?

Nota de uso. Una respuesta de riesgo grave acelera la actuación, aunque las demás dimensiones parezcan leves.

Herramienta 4. Mapa de decisión inmediata

Tabla 3

Mapa de decisión inmediata

Situación	Respuesta mínima
Peligro inmediato	No dejar solo; reducir acceso a medios; ECU 911.
Riesgo serio sin inminencia clara	Supervisar; valoración profesional urgente; activar ruta.
Cambios persistentes	Conversar; evaluar oportunamente; ajustar apoyos; seguir.
Duda del adulto	Consultar al equipo responsable; no esperar una confesión perfecta.

Nota de uso. Cada institución debe completar teléfonos,

Herramienta 5. Mapa de corresponsabilidad

Tabla 4

Mapa de corresponsabilidad

Actor	Acción que no puede delegar
Niño o	Expresar lo posible y participar;

adolescente	nunca cargar solo la solución.
Familia	Escuchar, proteger, facilitar atención y sostener seguimiento.
Docente	Observar, conversar, registrar y activar la ruta.
Psicología/D ECE	Evaluar u orientar, coordinar, documentar y verificar continuidad.
Estado	Financiar personal, servicios, formación y evaluación de resultados.

Nota. Elaboración propia

Figura 1

La protección requiere una responsabilidad compartida



Nota. Ilustración editorial original generada con apoyo de inteligencia artificial. Escena simbólica que no representa a personas reales.

Pregunta incómoda y reflexión final

¿Cuántas señales necesita un adulto para dejar de llamarlo «etapa» y comenzar a acompañar?

Esteban no necesitaba que adivinaran el futuro, sino que reunieran las señales. La adolescente de Lima no fue salvada por una frase motivacional: recibió una respuesta proporcional al peligro. Entre ambas historias existe una decisión colectiva: convertir lo visible en protección.

Este capítulo no autoriza diagnosticar; exige mirar, preguntar y actuar. Si un niño debe acercarse a la muerte para ser creído, el problema es cómo escuchamos. El siguiente capítulo examina los riesgos psicosociales que amplifican ese dolor en Ecuador y América del Sur.

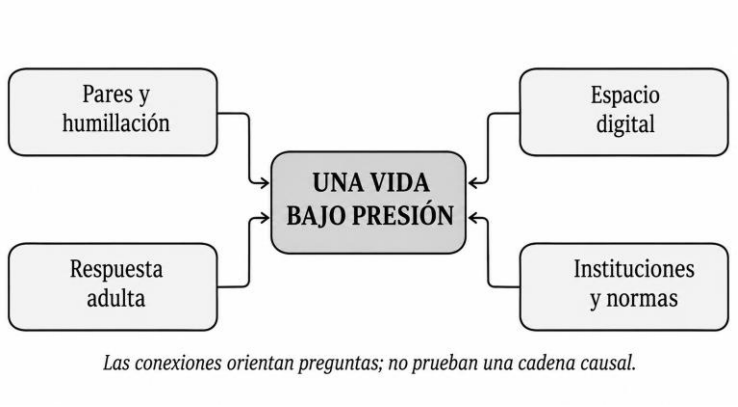
CAPÍTULO II INFANCIAS BAJO PRESIÓN: CUANDO EL MUNDO SE VUELVE DEMASIADO PESADO

De reconocer una señal a comprender el mundo que la rodea

El capítulo anterior terminó con una exigencia sencilla y difícil: mirar, preguntar y actuar. Por eso, cuando un niño parece "difícil", "desmotivado" o "demasiado sensible", la pregunta más honesta no es solamente qué le ocurre, sino qué está ocurriendo a su alrededor y quién puede modificarlo.

Figura 2

No fue una sola cosa



Nota. Elaboración propia a partir de la lectura ecológica del caso y de las recomendaciones de la OMS (2023). No representa una secuencia causal.

Una historia pública y sus límites

El 22 de mayo de 2019, el Senado de Chile recordó a Katherine Winter al discutir medidas frente al ciberacoso. Sus padres habían participado en espacios públicos de prevención y en audiencias relacionadas con la iniciativa. Eso es lo que puede afirmarse con respaldo documental (Senado de la República de Chile, 2019).

La fecha, la edad y el debate público ofrecen un punto de partida, no una biografía completa. Los registros oficiales no permiten entrar en la intimidad de Katherine, reconstruir cada mensaje ni saber qué pensó en sus últimos días. Tampoco acreditan un diagnóstico clínico. Narrar con cuidado también significa reconocer el borde de lo que sabemos.

Lo documentado no es toda la vida

En varios documentos públicos, la historia de Katherine aparece resumida en una fórmula rápida: una adolescente, el ciberacoso y una muerte. La comunicación responsable sobre suicidio desaconseja atribuir una muerte a una sola circunstancia, porque las trayectorias son complejas y porque una explicación lineal puede convertir una experiencia humana en una moraleja simplificada (OMS, 2021).

La prudencia no resta gravedad al hostigamiento. Al contrario, obliga a observarlo mejor. Ninguna de esas preguntas desplaza la responsabilidad de quienes agreden; evita que toda la explicación recaiga sobre la capacidad de resistencia de quien recibió el daño.

Cuando la pantalla prolonga el entorno

Durante mucho tiempo se habló del "mundo virtual" como si comenzara al encender el teléfono y terminara al guardar el dispositivo. Para una adolescente, esa frontera rara vez es tan nítida. La tecnología amplía alcance, velocidad y permanencia, pero no crea desde cero la necesidad de pertenecer ni las jerarquías del grupo.

Por eso, quitar el teléfono puede reducir una exposición inmediata y, aun así, dejar intacta la escena que la sostiene. La pregunta institucional no es si la vida digital es real; es cómo se conectan las experiencias presenciales y digitales, dónde se acumula el poder y qué continuidad tendrá la protección después de la primera intervención.

Evitar una segunda injusticia

Hay una forma discreta de responsabilizar a la víctima: preguntar por qué no bloqueó, no salió del grupo, no contó antes o no resistió mejor. La posibilidad técnica de abandonar una conversación no equivale a la posibilidad social de abandonar un grupo del que depende la pertenencia cotidiana.

Una lectura ecológica cambia el foco. Pregunta quién observó, qué información circuló, qué normas estaban vigentes, cómo actuaron los adultos y qué barreras impedían pedir ayuda. También impide otra injusticia: presentar a Katherine únicamente desde su muerte. Esa movilización no repara la pérdida, pero muestra que la memoria

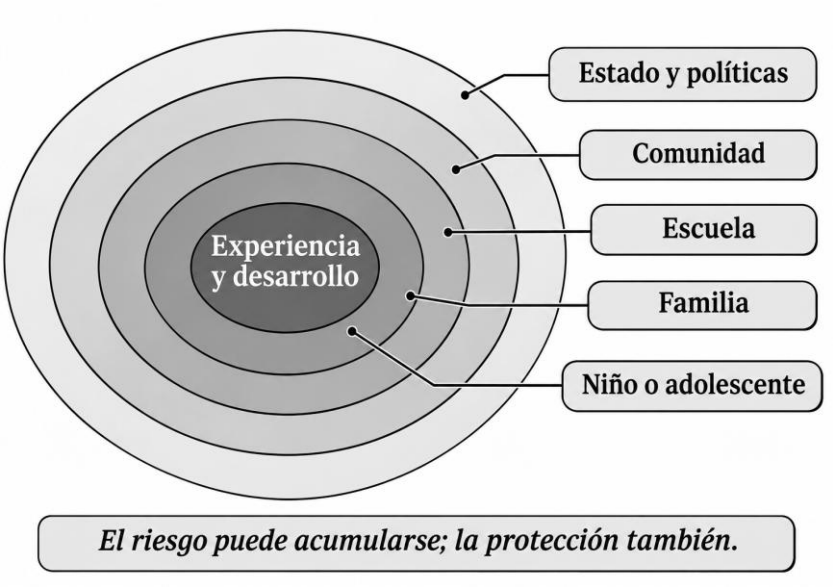
pública puede orientarse hacia la responsabilidad y no hacia el espectáculo.

Reunir lo que suele mirarse por separado

La dificultad aparece cuando cada institución observa solo su fragmento. El modelo ecológico propone lo contrario: mirar niveles distintos sin convertir ninguno en causa única.

Figura 3

Ecosistema de riesgo en cinco niveles



Nota. Elaboración propia basada en el enfoque ecológico y en la OMS (2025). Los niveles interactúan; ninguno explica por sí solo una trayectoria.

Lo que la historia exige a quienes continúan

La historia pública de Katherine no entrega una explicación cerrada; deja una obligación abierta. Exige, además, que las instituciones aprendan sin apropiarse del nombre de una adolescente para simular que ya hicieron suficiente.

Contar esta historia de manera segura supone hablar de prevención, vínculos y posibilidades de ayuda. La OMS (2023) recomienda evitar descripciones del método, detalles íntimos, notas o imágenes que puedan aumentar el daño, y dar espacio a narrativas de recuperación.

Para avanzar necesitamos un contrapunto documentado, no una historia de salvación perfecta.

Cuando una puerta sí conduce a otra

M. G. tenía 17 años, cursaba el primer semestre de una carrera de ingeniería y vivía lejos de su hogar. La adolescente llegó al servicio por una derivación de bienestar universitario; no tuvo que construir sola todo el camino hacia la atención (Navarro Muñoz, 2018).

Ese primer movimiento parece pequeño y, sin embargo, contiene varias decisiones: alguien observó, no redujo la situación a falta de voluntad, conocía una ruta y consiguió que la derivación llegara a un espacio clínico. La institución no "curó" a M. G. por remitirla, pero abrió una puerta concreta. La diferencia entre recomendar ayuda y facilitarla es decisiva.

Una intervención hecha de continuidad

El documento describe diez sesiones e integra evaluación, participación de una familiar, actividades agradables y de dominio, revisión de pensamientos, resolución de problemas y seguimiento. Esa continuidad importa más que la imagen de una conversación extraordinaria capaz de resolverlo todo.

También importa el contexto. La presión académica no era simplemente una "idea negativa"; estaba vinculada con el valor de la beca, las expectativas y el cambio de residencia. Una cadena de cuidado funciona cuando sus eslabones se reconocen y cuando nadie confunde su parte con la totalidad.

Leer un resultado sin convertirlo en promesa

La tesis informa una disminución de 26 puntos en el Inventario de Depresión de Beck y un puntaje final de 9 después de diez sesiones. El documento contiene una formulación interna imprecisa sobre el valor inicial; por esa razón, aquí se conserva la diferencia reportada y el valor final, sin presentar una exactitud que la fuente no sostiene de manera uniforme (Macias Narvaez, 2018).

M. G. no representa a todas las adolescentes, y un trabajo profesional de caso único no equivale a un ensayo clínico. No sabemos si el mismo recorrido produciría el mismo resultado en otra persona, ni corresponde usarlo para comparar quién "se recupera bien".

Esperanza con responsables y fechas

La historia de M. G. ayuda a corregir una idea frecuente: pedir ayuda no es un acto individual que termina cuando la persona logra hablar. Después de escuchar vienen decisiones concretas. Sin respuestas, la frase "busca ayuda" deposita nuevamente el trabajo en quien ya está agotado.

> **Resultado informado, no garantía:** diez sesiones; reducción de 26 puntos en la escala aplicada; puntaje final de 9; acompañamiento familiar e institucional. Caso único, sin generalización automática (Navarro Muñoz, 2018).

El contraste con Katherine no pretende enfrentar una historia "trágica" con otra "exitosa". Desde aquí, el capítulo abandona los nombres propios y examina las condiciones que pueden volver demasiado pesado el mundo de muchas niñas, niños y adolescentes.

2.1. El riesgo no vive dentro del niño

Cuando un niño cambia de conducta, el lenguaje cotidiano suele buscar una característica interna: es rebelde, flojo, ansioso, inmaduro o problemático. Es una relación entre exposiciones, significados, etapa del desarrollo, recursos disponibles y respuestas de los sistemas que deberían proteger.

La evidencia sobre experiencias adversas muestra que la acumulación se asocia con mayores probabilidades de problemas de salud a lo largo de la vida, pero no establece destinos individuales ni permite sumar casillas como si fueran una sentencia (Hughes et al., 2017). Dos niños expuestos a una situación semejante pueden responder de manera diferente, y una misma persona puede cambiar cuando cambian sus apoyos.

Una señal abre preguntas, no diagnósticos

Dormirse en clase puede relacionarse con hábitos de sueño, pero también con cuidado nocturno de un familiar, ruido, hacinamiento, miedo, trabajo, uso de pantallas o un problema de salud.

Tabla 5

Pausa de observación: una señal, varios entornos

Señal observada	Contextos por explorar	Pregunta responsable
Se duerme en clase	Sueño, cuidado nocturno, trabajo, ruido, miedo, salud	¿Qué está dificultando el descanso y desde cuándo?
Falta con frecuencia	Transporte, economía, violencia, cuidado de otros, enfermedad	¿Qué barrera concreta impide llegar o permanecer?
Dejó de	Humillación,	¿Dónde se siente

participar	duelo, discriminación, conflicto, cansancio	menos seguro o menos escuchado?

Nota. Actividad cualitativa. Una señal orienta preguntas; no autoriza diagnósticos ni puntajes de riesgo. Elaboración propia.

La pausa no significa esperar cuando existe peligro.

Edad, duración y significado

Una mudanza puede ser una aventura para quien conserva vínculos y participa en la decisión; para otro niño puede significar perder su única red de apoyo. El hecho observable importa, pero su duración, intensidad y significado también.

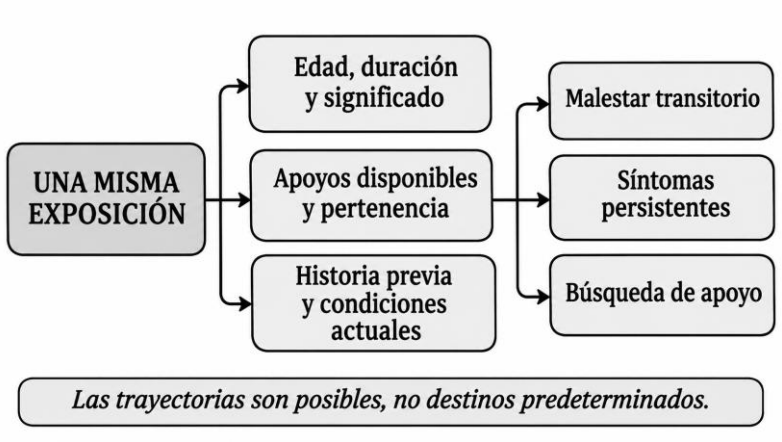
El desarrollo modifica la manera de comprender y responder. Esto no convierte a una edad en debilidad. Indica que la misma intervención no sirve de igual manera para todos. Explicar con palabras comprensibles, ofrecer opciones reales y preguntar cómo vive la situación la propia persona son formas básicas de ajustar el cuidado al desarrollo, en lugar de exigir que el niño se adapte al lenguaje institucional.

Ni destino ni mérito personal

Los estudios poblacionales ayudan a identificar asociaciones, pero no pueden anunciar qué ocurrirá con una persona concreta.

Figura 4

Una experiencia, trayectorias diferentes



Nota. Elaboración propia a partir de Holt et al. (2008), Stirling et al. (2015). Las rutas son posibilidades, no predicciones.

Una trayectoria favorable no demuestra que el daño era menor ni que otras personas se esforzaron poco.

Del niño aislado a la responsabilidad compartida

Mirar el ecosistema no significa repartir la culpa hasta que nadie responda. Significa ubicar capacidades. Cada actor posee una parte distinta de la respuesta.

También significa respetar límites. Un docente no diagnostica, una madre no sustituye a un equipo clínico y un profesional de salud no puede resolver por sí solo una amenaza en el barrio. No como una

lista de tragedias independientes, sino como presiones que pueden cruzarse y que, precisamente por ser sociales, admiten decisiones colectivas.

2.2. Violencia, negligencia y abandono emocional

La violencia en el hogar no siempre se dirige de forma inmediata contra el niño para alcanzarlo. La revisión de Holt, Buckley y Whelan (2008) encontró asociaciones entre exposición a violencia doméstica y dificultades emocionales, conductuales, sociales y académicas, pero también una amplia diversidad de resultados.

La cautela con la causalidad no debe usarse para minimizar. Un hogar impredecible puede alterar descanso, concentración y sensación de seguridad; además, puede volver riesgoso pedir ayuda si la persona teme consecuencias para sí misma o para alguien querido. Presionar para que el niño repita detalles ante muchas personas puede agregar daño a una experiencia ya difícil.

Lo que aprende un cuerpo en alerta

Cuando el entorno obliga a anticipar peligros, respuestas que desde fuera parecen exageradas pueden haber sido útiles para sobrevivir: permanecer atento a los sonidos, evitar llamar la atención, reaccionar rápido o desconfiar. El riesgo de una lectura punitiva es castigar al niño por la adaptación que construyó frente a condiciones que no eligió.

Comprender no significa permitir cualquier conducta ni suponer un trauma específico. El objetivo no es convertir a cada docente en terapeuta, sino evitar que la respuesta institucional reproduzca humillación y abra, cuando corresponda, una ruta de apoyo que no dependa de que el niño pronuncie la palabra exacta.

Negligencia no es sinónimo de pobreza

La falta de alimento, supervisión o atención sanitaria puede poner en riesgo el desarrollo, pero describir la necesidad no basta para atribuir intención. La evaluación responsable separa hechos, barreras y capacidades. Pregunta qué necesidad está desatendida, desde cuándo, qué recursos fueron ofrecidos y qué ocurrió después. Estas respuestas pueden coexistir; ninguna sustituye automáticamente a las otras.

Abandono emocional

Puede haber techo, comida y matrícula escolar, y aun así faltar una presencia que escuche, nombre emociones y responda de manera predecible.

Estar presente no es vigilar

El abandono emocional no se corrige revisando cada mensaje ni exigiendo confidencias. Una relación protectora combina disponibilidad, respeto y límites. La confianza no se mide por cuánto revela de inmediato, sino por la experiencia repetida de no ser ridiculizado, castigado o abandonado cuando expresa algo difícil.

En familias sometidas a estrés, los cuidadores pueden estar agotados, deprimidos o desbordados. El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2024) informó que el 19,4 % de las madres de menores de 5 años presentaba alguna sintomatología depresiva en la segunda ronda 2023–2024 de la ENDI. Proteger a la niñez incluye fortalecer capacidades familiares y, cuando exista violencia o peligro, activar medidas especializadas sin esperar que el afecto resuelva lo que exige seguridad.

Un adulto protector puede cambiar la experiencia

La literatura sobre exposición a violencia doméstica destaca que los resultados no son uniformes y que una relación estable y protectora puede amortiguar parte del daño (Holt et al., 2008). A veces ese adulto está en la familia; otras veces es un docente, una entrenadora, un vecino confiable o un profesional.

La institución debe evitar que toda la protección dependa del heroísmo de una persona. Si un servicio recibe una derivación y no confirma continuidad, la familia vuelve al inicio. Allí donde falta uno de esos elementos, la pregunta no es por qué el niño no pidió mejor ayuda, sino qué debe cambiar para que la ayuda sea posible y confiable.

2.3. Pobreza, desigualdad y futuro bloqueado

La pobreza no es un estado emocional ni un diagnóstico. Reiss (2013), en una revisión sistemática de 55 estudios, encontró que la mayoría mostraba una relación inversa entre posición socioeconómica y problemas de salud mental en niños y adolescentes; en varios estudios, los grupos desfavorecidos presentaban una probabilidad dos o tres veces mayor.

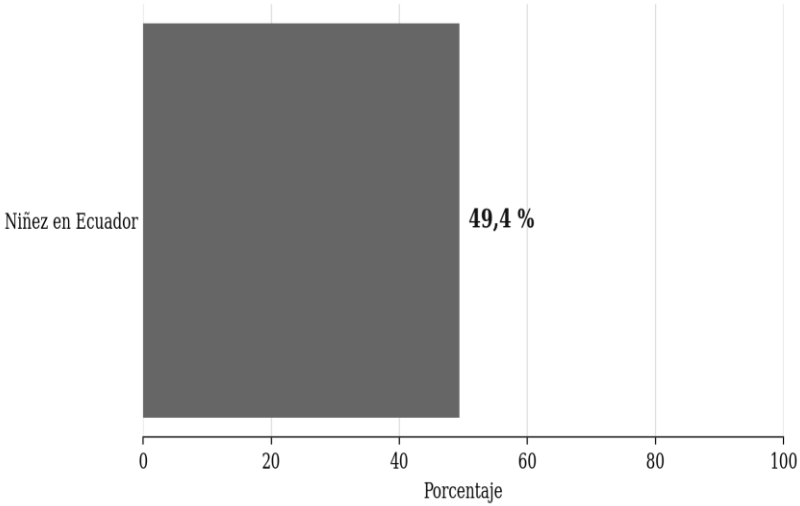
El mecanismo importa. Intervenir solo sobre la "autoestima" del estudiante deja intacta la barrera. La respuesta necesita acompañamiento emocional y cambios materiales: alimentación, becas, flexibilidad razonable, conectividad, transporte y acceso efectivo a servicios.

Una cifra que nombra privaciones, no destinos

En 2025, el INEC informó que el 49,4 % de niñas y niños de 0 a 11 años se encontraba en situación de pobreza por necesidades básicas insatisfechas según el Censo 2022 (INEC, 2025). Su valor está en recordar que el bienestar no puede explicarse únicamente mediante decisiones familiares.

Figura 5

Pobreza por necesidades básicas insatisfechas en la niñez



Nota. Dato de INEC (2025b): 49,4 % de niñas y niños de 0 a 11 años se encontraba en situación de pobreza por necesidades básicas insatisfechas según el Censo 2022. El indicador describe privaciones estructurales, no salud mental individual. Cuando una cifra se acerca a la mitad de una población, el lenguaje de "casos vulnerables" resulta insuficiente.

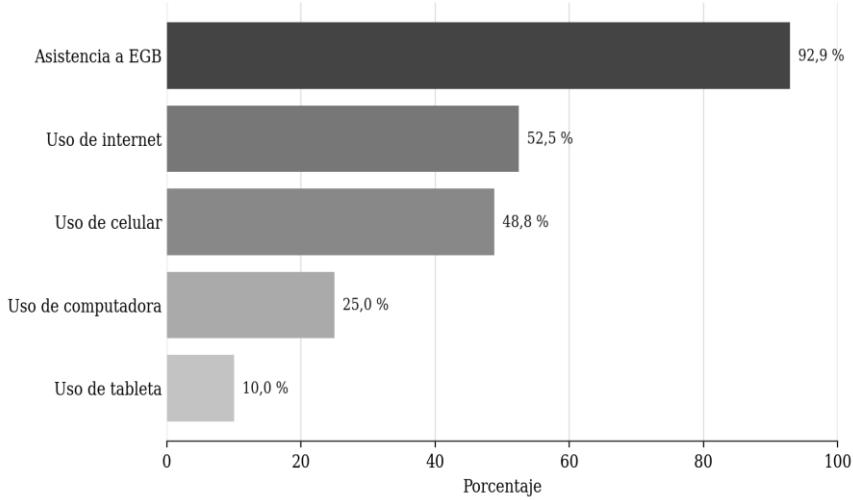
Conectarse no significa estar incluido

Entre los 5 y 11 años, INEC (2025) reportó una asistencia a educación general básica del 92,9 %, junto con brechas en el uso de tecnologías:

52,5 % usaba internet, 48,8 % celular, 25 % computadora y 10 % tableta.

Figura 6

Acceso desigual a educación y tecnología entre los 5 y 11 años



Nota. Datos de INEC (2025a) para niñas y niños de 5 a 11 años: asistencia a EGB, 92,9 %; internet, 52,5 %; celular, 48,8 %; computadora, 25,0 %; tableta, 10,0 %. Los indicadores no miden calidad ni uso seguro.

Cuando el futuro se vuelve demasiado estrecho

La pobreza pesa no solo por lo que falta hoy, sino por la repetición de mensajes que reducen el mañana: "esa carrera no es para ti", "primero hay que trabajar", "no hay cómo llegar", "si pierdes esta beca, se acaba todo".

Hablar de proyecto de vida sin modificar barreras puede resultar cruel. Un taller motivacional no reemplaza transporte, alimentación, cuidados, documentación o información accesible. La esperanza necesita infraestructura. Las respuestas más respetuosas no prometen que todo será posible con esfuerzo.

No romantizar la resistencia

En contextos de carencia, suele admirarse al niño que estudia de noche, cuida hermanos, trabaja y nunca se queja. También vuelve invisible a quien se cansa, falta o baja su rendimiento. Una política protectora no espera una hazaña. Identifica barreras antes de sancionar, ofrece apoyos sin humillación y revisa si realmente llegaron. La dignidad importa tanto como la cobertura: una ayuda que expone públicamente la pobreza puede reducir su uso.

La desigualdad se cruza, además, con territorios donde la violencia armada altera trayectos, horarios y servicios.

2.4. Crecer entre violencia armada e incertidumbre

En Ecuador, la violencia armada dejó de ser una noticia distante para entrar en rutas escolares, comercios, barrios y conversaciones familiares. UNICEF Ecuador (2024) informó que, con datos disponibles hasta octubre, al menos 770 niñas, niños y adolescentes fueron víctimas de homicidio en 2023, frente a 104 en 2019; el aumento reportado fue del 640 %.

Estas cifras describen una emergencia colectiva, pero requieren precisión. El dato de homicidios no equivale a una tasa de depresión ni explica la experiencia de cada territorio. El daño no termina donde ocurrió un hecho violento; puede continuar en la incertidumbre que organiza la vida alrededor.

La rutina también protege

Una escuela abierta no garantiza bienestar, pero su cierre o funcionamiento impredecible puede retirar varias protecciones al mismo tiempo: aprendizaje, alimentación, contacto con adultos, relaciones entre pares, detección de cambios y acceso a rutas institucionales. La revisión de Fowler et al. (2009), que integró 114 estudios sobre exposición a violencia comunitaria, encontró asociaciones más fuertes con estrés postraumático y problemas externalizantes, y asociaciones menores pero presentes con dificultades internalizantes. Restablecer rutina no significa fingir normalidad. La previsibilidad es una forma concreta de cuidado.

Un mapa puede aclarar o estigmatizar

La tentación de colorear provincias según "riesgo" es comprensible: un mapa parece convertir el problema en una imagen clara.

Tabla 6

Violencia armada y niñez: mapa condicionado

Dato requerido	Desagregación mínima	Condición antes de mapear
Homicidios de NNA	Edad, sexo, provincia/cantón, año	Mismo periodo y denominador verificable
Cierres o interrupciones escolares	Territorio, duración, matrícula afectada	Distinguir cierre, ausencia y modalidad remota
Acceso a apoyo	Servicio, cobertura, tiempo de respuesta	No confundir oferta nominal con acceso efectivo

Nota. Las series disponibles no permiten construir un mapa territorial con comparaciones homogéneas. No se colorean territorios con datos incompletos o definiciones incompatibles. Elaboración propia.

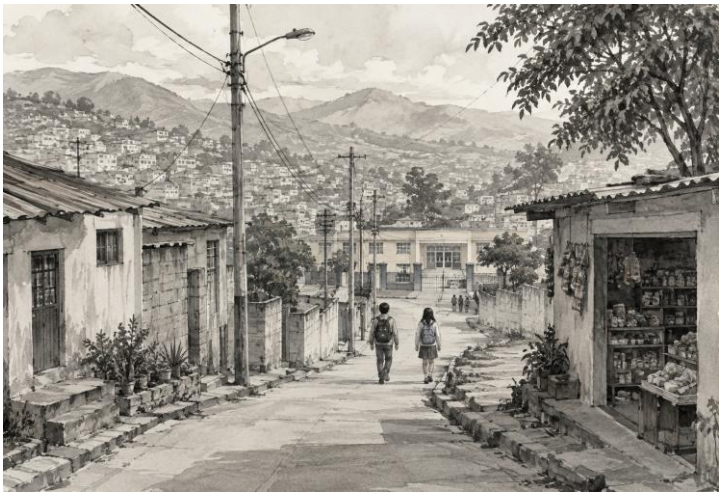
La ausencia del mapa no es una falla gráfica; es una decisión metodológica. Señala qué debe producir el sistema para orientar recursos sin inventar precisión.

El trayecto cotidiano como espacio de cuidado

Entre la puerta de la casa y la escuela ocurre una parte importante del día.

Figura 7

El trayecto cotidiano hacia la escuela



Nota. Ilustración editorial original. No representa un caso ni un territorio específico y no debe interpretarse como fotografía documental.

Una ruta protectora no se diseña solo desde un escritorio. Requiere escuchar a estudiantes y familias sin pedirles que identifiquen públicamente a personas peligrosas.

Proteger sin militarizar la infancia

Ante la inseguridad, algunas respuestas incrementan controles visibles y suponen que más vigilancia siempre produce más calma.

Las niñas, niños y adolescentes necesitan información verdadera en un lenguaje acorde con su edad. La participación de la comunidad ayuda a

detectar consecuencias no previstas, como rutas más largas o horarios incompatibles con cuidadores. La violencia armada también puede entrar por el teléfono mediante videos, amenazas y noticias repetidas.

2.5. Acoso escolar y humillación cotidiana

No toda discusión entre estudiantes es acoso, pero llamar "conflicto" a una agresión repetida puede dejar sola a la persona que no tiene el mismo poder para responder. Distinguir no sirve para reducir la gravedad de un hecho aislado. Sirve para elegir una respuesta que considere persona, grupo y entorno (UNESCO, 2019).

El estudio nacional publicado por UNICEF Ecuador (2017), con datos recogidos en 2015 a 5.511 estudiantes de 11 a 18 años, encontró que cerca del 60 % había sido víctima de al menos un acto violento en la escuela y el 23 % reportó acoso repetido. La antigüedad del levantamiento debe quedar visible: no describe automáticamente la realidad de 2026.

Nombrar bien para responder mejor

Una pelea entre estudiantes con capacidad semejante para defenderse no se interviene igual que una exclusión sistemática sostenida por el grupo.

Tabla 7

Conflicto, agresión, violencia y acoso no son sinónimos

Situación	Rasgo central	Respuesta inicial
Conflicto	Desacuerdo entre personas con capacidad semejante de responder	Mediar solo si existe seguridad y voluntariedad
Agresión	Acción que causa daño; puede ser aislada	Detener, proteger, registrar y valorar contexto
Violencia	Uso de poder o fuerza que produce o amenaza daño	Proteger y activar responsabilidades institucionales
Acoso	Repetición, desequilibrio de poder y dificultad para salir	Intervenir sobre persona, grupo, entorno y continuidad

Nota. Síntesis conceptual basada en UNESCO (2019) y UNICEF Ecuador (2017). La clasificación depende del contexto y de la información reunida.

La mediación tiene límites: no debe obligar a negociar a quien teme represalias ni presentar como equivalentes posiciones muy desiguales. Pedir disculpas frente al curso tampoco garantiza seguridad.

El grupo también aprende

El acoso rara vez se sostiene únicamente entre dos personas. Alrededor existen espectadores, amistades, normas y recompensas

sociales. Significa cambiar las condiciones que vuelven rentable humillar.

En el estudio de UNICEF Ecuador (2017), el 38 % de estudiantes reportó insultos o apodos, el 28 % rumores o divulgación de secretos y el 27 % sustracción de pertenencias; 11 % mencionó golpes y 10 % violencia electrónica. Las categorías podían superponerse y corresponden al periodo estudiado. Una cultura escolar protectora enseña maneras de intervenir sin exigir heroísmo: acompañar, no reenviar, buscar a un adulto y permanecer cerca después del reporte.

Antes de decidir qué ocurrió

Las palabras rápidas tranquilizan a la institución: "fue bullying", "solo era una broma", "ambos participaron". Sin contexto, cualquiera puede cerrar prematuramente la investigación.

Tabla 8

Antes de llamarlo bullying: información que todavía falta

Situación breve	No asumir	Preguntar y verificar
Dos estudiantes discuten y ambos responden	Que todo conflicto es acoso	Frecuencia, poder, daño y posibilidad de retirarse

Un apodo provoca risa en el grupo	Que la risa significa consentimiento	Cómo lo vive la persona, repetición y reacción del grupo
Una captura circula fuera del horario	Que la escuela no tiene relación	Impacto escolar, continuidad, autores, alcance y seguridad

Nota. Casos hipotéticos para lectura crítica. No representan personas reales. Elaboración propia.

La información debe reunirse por separado, con preguntas abiertas y sin prometer resultados que todavía no se conocen. También conviene registrar hechos y fechas, no adjetivos.

Reportar no debe empeorar la vida

Muchos estudiantes callan porque anticipan consecuencias: perder amistades, ser llamados delatores, quedar sin teléfono o escuchar que exageran. En el estudio de UNICEF Ecuador (2017), cerca de cuatro de cada diez víctimas no informó lo ocurrido.

Una ruta confiable protege la privacidad, explica los siguientes pasos y evita que la persona repita su relato ante múltiples adultos. También revisa represalias y bienestar después de la intervención.

El acoso digital añade otra dificultad: puede ocurrir fuera del horario y tener consecuencias dentro de la escuela. Esa ambivalencia exige una mirada más fina que prohibir o idealizar la tecnología.

2.6. El teléfono como refugio y como amenaza

Para una adolescente que se siente aislada en su entorno inmediato, una comunidad digital puede ofrecer lenguaje, compañía y la experiencia de no ser la única. Para otra, el mismo dispositivo puede prolongar burlas, vigilancia o exclusión. Hablar de "pantallas" como una sola exposición borra diferencias entre crear, conversar, estudiar, observar y recibir ataques.

La revisión de Odgers y Jensen (2020) concluyó que gran parte de la evidencia sobre tecnología digital y salud mental adolescente era correlacional, con asociaciones pequeñas, mixtas o nulas. El contenido, el contexto, el sueño, la discriminación y la vulnerabilidad previa cambian la relación.

La cantidad es una pista incompleta

Contar horas puede ayudar a conversar sobre descanso, estudio y movimiento, pero no revela qué ocurrió durante ese tiempo. Cuando el adulto pregunta solo "¿cuánto usas el celular?", puede perder la parte más importante. Una evaluación cotidiana más útil explora cinco dimensiones: actividad, compañía, emoción antes y después, interferencia con necesidades básicas y posibilidad de desconectarse

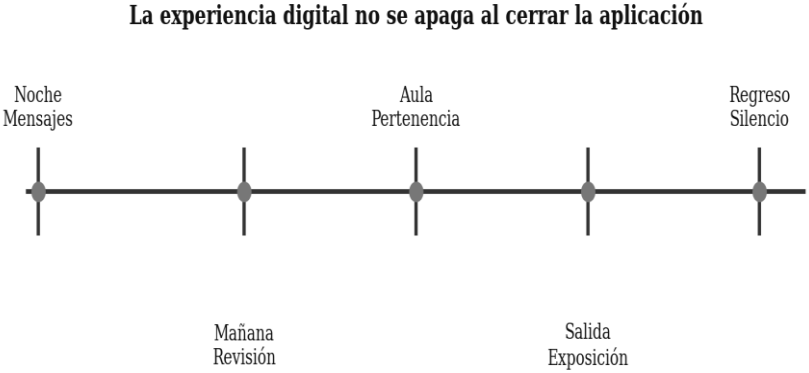
sin consecuencias sociales. No es un test ni produce un puntaje. Sirve para distinguir hábitos que conviene ajustar de situaciones que exigen protección. También incluye el derecho a la privacidad. La alfabetización digital comienza con una conversación, no con la confiscación automática.

Lo digital atraviesa el día

En el estudio de UNICEF Ecuador (2017), el 85,7 % de los episodios de violencia electrónica reportados ocurrió fuera del horario de clases. Un mensaje nocturno puede alterar sueño, asistencia, concentración y pertenencia a la mañana siguiente.

Figura 8

Veinticuatro horas alrededor del teléfono



Nota. Elaboración propia. La línea de tiempo ilustra continuidad contextual; no afirma que el uso del teléfono cause depresión.

La línea no representa una rutina universal. Invita a preguntar cuándo empieza la presión, dónde continúa y qué espacios podrían interrumpirla.

Ciberacoso: asociación no es explicación única

La revisión de John et al. (2018) encontró asociaciones entre participación en ciberacoso y conductas autolesivas o suicidas en niños y jóvenes. Comunicar la asociación con precisión no reduce la urgencia; evita presentar un fenómeno complejo como una fórmula inevitable. Ante ciberacoso, la respuesta debe ocuparse de seguridad inmediata, circulación del contenido, relaciones presenciales y continuidad. Conviene acordar qué evidencia conservar, quién la verá, cómo se evitará una nueva difusión y qué cambios se harán en los espacios compartidos. También es necesario trabajar con quienes agreden y con el grupo sin justificar el daño.

Una pregunta mejor que "¿por qué no lo apagaste?"

Cuando el teléfono contiene amistades, tareas, identidad y pertenencia, apagarlo no es una decisión neutral. Puede ser necesario durante una crisis, pero no constituye por sí solo un plan.

Las familias y escuelas pueden acordar horarios, privacidad y formas de pedir apoyo antes de que aparezca una emergencia. La conducta adulta enseña ciudadanía digital.

El teléfono amplifica lo que encuentra. En el siguiente apartado, la mirada se desplaza hacia cargas que a menudo permanecen fuera de la pantalla: duelo, enfermedad y responsabilidades asumidas antes de tiempo.

2.7. Duelo, enfermedad y responsabilidades que no corresponden

El duelo infantil no sigue un calendario adulto. Estas variaciones no indican indiferencia. Acompañar comienza por ofrecer información verdadera, adecuada a la edad, y permitir preguntas repetidas.

No todo dolor requiere tratamiento clínico, pero algunos cambios necesitan valoración: deterioro persistente, aislamiento intenso, culpa que no cede, pérdida marcada de funcionamiento o expresiones de desesperanza. Puede coexistir con violencia, pobreza, enfermedad o discriminación.

La escuela puede ayudar evitando exigencias rígidas, nombrando un adulto de referencia y acordando cómo manejar recuerdos o fechas significativas sin exponer a la persona frente al grupo.

Cuando la enfermedad reorganiza la infancia

La enfermedad crónica de un niño puede traer dolor, ausencias, procedimientos, cambios corporales y miedo a quedar fuera del grupo. La enfermedad de un cuidador también reorganiza la casa: horarios, ingresos y responsabilidades pueden cambiar.

Los adultos suelen ocultar información para evitar preocupación. La frase "tienes que ser fuerte por la familia" puede parecer afectuosa y, a la vez, impedir que expresen miedo o cansancio.

Un plan de apoyo considera salud, escuela, descanso, juego y relevo.

La mochila que nadie ve

Algunos niños preparan alimentos, administran medicación, cuidan hermanos, traducen para adultos o contienen emocionalmente a un cuidador. La revisión de Dariotis et al. (2023) muestra que la parentificación tiene resultados diversos y depende del contexto, el reconocimiento y los recursos.

Figura 9

La mochila visible y la mochila invisible



Nota. Ilustración editorial original. Los objetos simbolizan cargas posibles; no representan una historia real ni un inventario diagnóstico.

Devolver responsabilidades sin quitar dignidad

Cuando se detecta una carga excesiva, retirar de golpe toda participación puede hacer que el niño se sienta inútil o tema por la persona que cuidaba. La respuesta necesita conversar, identificar tareas críticas y transferirlas gradualmente a adultos o servicios. La escuela puede notar llegadas tardías, cansancio o tareas incompletas. Protección social puede facilitar apoyos, pero debe evitar trámites que aumenten el trabajo familiar. Duelo, enfermedad y cuidado se viven, además, dentro de identidades y comunidades. La pertenencia se convierte entonces en una necesidad protectora central.

2.8. Discriminación y pertenencia

La discriminación no es una característica de quien la recibe. El daño puede surgir del racismo, la xenofobia, el capacitismo, la homofobia, la transfobia y de instituciones que no responden. El metaanálisis de Benner et al. (2018) encontró asociaciones consistentes entre discriminación racial o étnica percibida y resultados desfavorables en bienestar, salud mental y desempeño académico de adolescentes. La relación es estadística, no un destino individual.

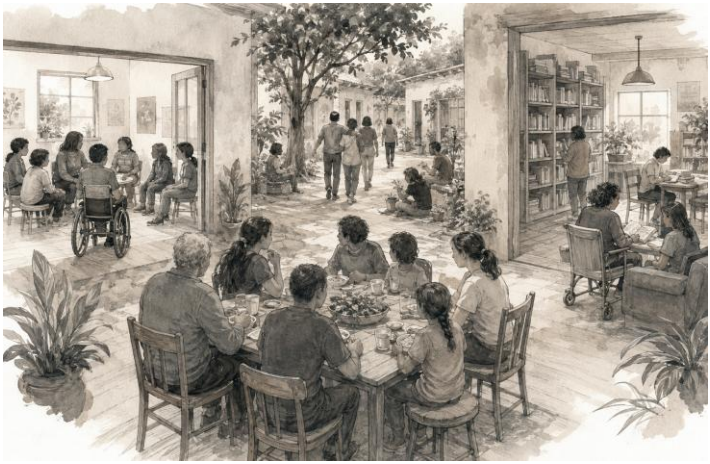
Pertenecer sin tener que esconderse

La pertenencia no consiste en estar matriculado o aparecer en una lista. Una escuela puede celebrar la diversidad en un afiche y, al mismo tiempo, mantener formularios, baños, uniformes, materiales o bromas

que excluyen. El informe GEM de UNESCO (2020) sobre inclusión recuerda que las barreras están en los sistemas, no únicamente en las personas. Este principio cambia la intervención. La inclusión cotidiana se verifica en detalles: quién toma la palabra, quién queda fuera de actividades, qué nombres se respetan, qué historias aparecen en los materiales y qué ocurre después de una queja. **Los espacios también comunican**: Un aula donde nadie interviene ante un apodo enseña que ciertas personas deben soportar más.

Figura 10

Espacios donde pertenecer



Nota. Ilustración editorial original. La accesibilidad y la presencia de vínculos se presentan como dimensiones de pertenencia, no como garantía automática de bienestar.

La imagen no propone espacios perfectos.

La seguridad de ser reconocido

Responder a la discriminación exige proteger a la persona sin convertirla en representante obligatoria de un grupo. La institución, en cambio, no puede elegir si aplica sus normas de protección.

La pertenencia también se fortalece mediante pares, familias, organizaciones culturales y espacios comunitarios. Su función es distinta: ampliar redes y participación desde la experiencia de la comunidad.

Al cerrar este recorrido por presiones psicosociales, aparece un patrón. El siguiente apartado organiza esos recursos en cinco niveles, sin convertirlos en una lista de cualidades que el niño deba reunir por sí mismo.

2.9. Factores protectores en cinco niveles

Un factor protector no es un amuleto ni una garantía. Decir que "la familia protege" es demasiado general si el niño no puede hablar sin miedo; afirmar que "hay servicios" dice poco si la primera cita tarda meses o si el transporte es inalcanzable. La OMS (2025b) sitúa la salud mental adolescente dentro de entornos familiares, escolares y comunitarios, y recomienda intervenciones en múltiples niveles. Alguien escucha; una escuela adapta; un servicio recibe; una autoridad financia; el equipo vuelve a preguntar.

Organizar los apoyos en cinco niveles ayuda a detectar dónde existe una fortaleza y dónde una sola persona está sosteniendo demasiado.

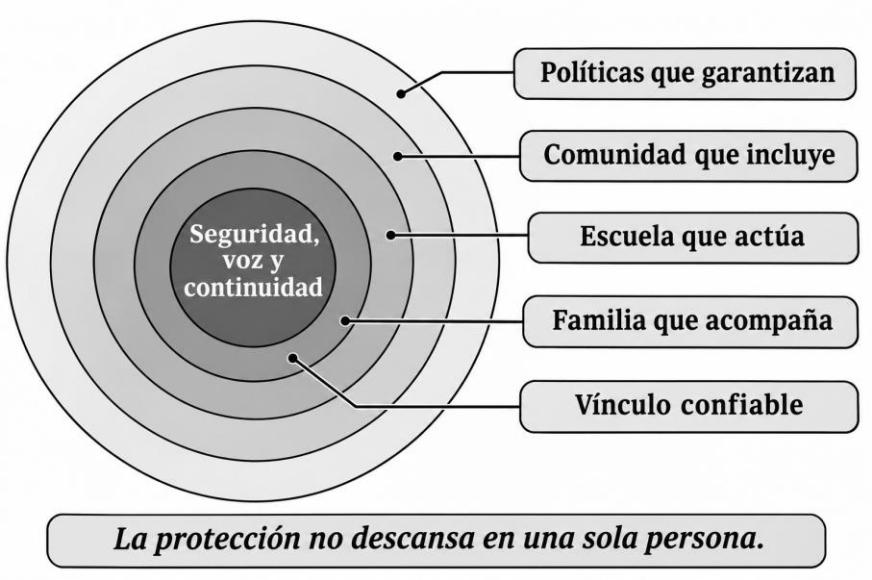
Primer nivel: voz, comprensión y agencia

En el centro está la niña, el niño o adolescente, pero no como responsable principal de protegerse. Ofrecer opciones pequeñas con quién hablar, dónde esperar, cómo recibir información puede devolver control sin trasladarle decisiones que corresponden a adultos. La agencia no se confunde con autosuficiencia. Un programa que fortalece "resiliencia" mientras mantiene intacto el daño corre el riesgo de enseñar adaptación al abandono. El lenguaje también protege. La participación auténtica incluye informar qué no puede mantenerse confidencial cuando existe peligro y qué se hará con esa información.

Del vínculo a la política pública: Los cinco niveles se necesitan entre sí. Si falta confianza en el centro, una oferta extensa puede no convertirse en acceso.

Figura 11

Ecosistema protector y apoyos que deben sostenerse



Nota. Elaboración propia. La protección requiere articulación y continuidad.

Escuela conectada, no escuela perfecta

La conexión escolar describe la experiencia de sentirse cuidado, apoyado y parte de la comunidad. La revisión de Raniti et al. (2022) encontró asociaciones longitudinales entre mayor conexión escolar y mejores resultados posteriores de salud mental, aunque la heterogeneidad impide tratarla como una fórmula.

Una escuela conectada no carece de conflictos. La pertenencia no se produce obligando a asistir a una actividad; se construye cuando la voz modifica algo.

También requiere condiciones laborales. La relación importa, pero necesita una institución capaz de sostenerla cuando esa persona se ausenta o cambia de puesto.

Protección disponible no siempre es protección accesible

Un servicio puede existir y permanecer lejos. La accesibilidad tiene dimensiones económicas, geográficas, culturales, comunicacionales y temporales. Medir cobertura sin medir uso y continuidad ofrece una imagen incompleta. La protección también puede fallar por desconfianza. La confianza institucional se construye con experiencias verificables. En cinco niveles, una pregunta orienta la revisión: **¿qué apoyo seguiría funcionando si la persona que hoy lo sostiene no estuviera mañana?** Si la respuesta es "ninguno", existe una fortaleza relacional y una fragilidad sistémica.

2.10. Qué puede hacer cada adulto frente al mismo riesgo

Una misma situación activa responsabilidades diferentes. Confundir funciones produce dos extremos: todos intentan hacerlo todo o cada institución remite sin hacerse cargo de nada.

Los lineamientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2026) enfatizan una atención integral e intersectorial ante

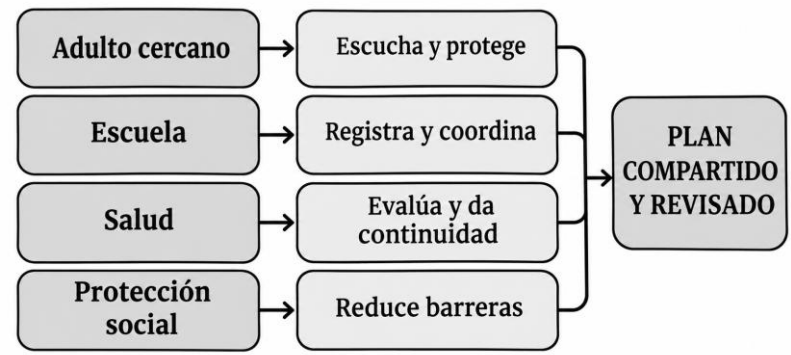
comportamiento suicida. Este capítulo no reemplaza protocolos vigentes ni determina competencias jurídicas; ofrece una lógica común: seguridad, escucha, comunicación responsable, derivación efectiva y seguimiento. El acuerdo debe ser visible para la persona. "Nos estamos coordinando" no basta si nadie explica quién llamará, cuándo y para qué.

Un plan compartido evita los vacíos

La coordinación no exige que todos conozcan todos los detalles. La persona y su familia deben saber qué circulará, salvo excepciones de seguridad previstas por la normativa.

Figura 12

Quién hace qué frente al mismo riesgo



Nota. Elaboración propia. Las competencias específicas deben ajustarse a la normativa y al territorio vigente.

El último recuadro es decisivo: un plan revisado. Sin esa verificación, el sistema puede registrar que actuó mientras la persona continúa sola entre puertas.

Escuchar sin prometer lo imposible

Un adulto confiable puede sentir la urgencia de decir "no se lo contaré a nadie". Esa promesa puede volverse insostenible si aparece peligro. La transparencia protege la relación incluso cuando es necesario compartir información.

Escuchar tampoco significa investigar. Las preguntas deben ser suficientes para comprender seguridad y necesidades inmediatas, sin buscar detalles que corresponden a profesionales competentes. El tono, el lugar y el tiempo comunican tanto como las palabras.

Después de la conversación, el adulto necesita apoyo. Cuidar a quien cuida no desvía el foco; fortalece la continuidad.

Frente al mismo riesgo, acciones complementarias

Imagine que una estudiante deja de asistir después de la difusión de una imagen humillante. La respuesta digital puede requerir mecanismos de reporte, pero eliminar el archivo no resuelve la pertenencia ni el miedo al regreso.

Ningún actor debe esperar el informe perfecto para ofrecer seguridad básica. Tampoco conviene precipitar una conclusión pública.

La calidad se observa en el relevo. Esta diferencia conduce a una cuestión política: qué ocurre cuando las instituciones elogian la resiliencia de las comunidades mientras dejan sin recursos las rutas que deberían sostenerlas.

2.11. Cuando el Estado llama resiliencia al abandono

"Resiliente" puede reconocer creatividad, vínculos y capacidad de reconstrucción. También puede convertirse en una palabra cómoda para describir a quienes sobreviven a condiciones que no deberían soportar.

El problema aparece cuando la resistencia se usa como evidencia de que la intervención pública no es urgente. La pregunta no es cuánto más puede soportar la comunidad, sino qué responsabilidad institucional sigue incumplida.

La resiliencia responsable se entiende como proceso relacionado con oportunidades y apoyos, no como una cualidad moral.

Derechos que no deberían depender del código postal

La disponibilidad de apoyo varía entre territorios. Las diferencias no se resuelven entregando el mismo folleto a todos. La equidad exige recursos proporcionales a las barreras y alternativas que respeten idioma, cultura, discapacidad y conectividad.

La descentralización puede acercar decisiones, pero también fragmentar responsabilidades si no existen estándares, financiamiento y datos comunes.

La política pública se vuelve visible en experiencias pequeñas: cuánto tarda una cita, si un formulario puede comprenderse, si una familia recibe respuesta, si una derivación se confirma. Observarlos sin asignar presupuesto produce diagnósticos repetidos.

Intersectorial no puede significar "responsabilidad de otro"

Los problemas psicosociales cruzan salud, educación, protección social, justicia, seguridad y gobiernos locales. La palabra *intersectorial* reconoce esa complejidad, pero puede ocultar una cadena de remisiones.

Una coordinación útil define un responsable temporal, un medio de contacto y un criterio de cierre. El MSP (2026) plantea rutas de primer contacto, atención y continuidad dentro del sistema de salud; su eficacia depende de cómo se articulen con otros sectores y con recursos territoriales reales.

La omisión también es una decisión pública

No medir tiempos de espera, no actualizar datos de violencia escolar o no verificar derivaciones parece una ausencia técnica; en la práctica, determina qué problemas permanecen invisibles. La falta de datos no

elimina la responsabilidad; aumenta la necesidad de documentar con prudencia.

Medir tampoco es acumular expedientes personales. Extraer testimonios sin mostrar qué cambió reproduce una relación en la que el sistema pregunta y la comunidad carga con la exposición.

Llamar resiliencia a la capacidad de soportar servicios incompletos desplaza el problema. Esa es la transición hacia una lectura territorial que no clasifica niños, sino condiciones de protección.

2.12. Medir el territorio antes de intervenir

Un promedio nacional permite reconocer magnitud, pero no decide dónde abrir un servicio ni qué horario necesita. Ninguna fuente basta sola. Las cifras comparan; los relatos explican mecanismos; los equipos locales conocen rutas; niñas, niños y familias muestran barreras que el diseño no anticipó.

Antes de medir conviene definir la pregunta. "¿Cuál es el cantón más riesgoso?" puede producir un ranking estigmatizante. El objeto de evaluación cambia: de calificar una población a revisar condiciones y capacidad de respuesta.

La unidad también importa. La calidad exige equilibrio entre utilidad y privacidad. Cuando el número es insuficiente, se reporta la limitación en lugar de completar el vacío con una estimación no validada.

De la prevalencia a la brecha de respuesta

Saber cuántos estudiantes reportan violencia no indica cuántos pudieron pedir ayuda, fueron recibidos o encontraron continuidad. Si solo se cuenta la entrada, una lista de derivaciones puede parecer éxito, aunque nadie haya recibido atención.

La brecha de respuesta compara necesidad y apoyo disponible sin convertir la diferencia en culpa familiar. Puede incluir distancia, tiempo, costo, idioma, accesibilidad física, confianza y horarios.

Medir para intervenir significa comprometerse con una decisión. Toda consulta debería explicar para qué servirá y cuándo se comunicarán resultados.

Indicadores con contexto y denominador

Los porcentajes necesitan población, lugar y fecha. "El 23 % sufrió acoso" pierde sentido si se omite que proviene de estudiantes de 11 a 18 años encuestados en 2015 y publicados en 2017.

También conviene separar indicadores de exposición, protección y respuesta. Mezclarlos en un único puntaje puede ocultar mecanismos y sugerir una precisión falsa.

Los indicadores cualitativos importan: sentirse seguro, comprendido o respetado no se reduce a una cifra, pero puede recogerse mediante preguntas cuidadas y analizarse sin exponer identidades.

Medir para aprender, no para castigar

Cuando los indicadores se usan para sancionar automáticamente a escuelas o equipos, aparece un incentivo para subregistro. Cuando se usan para aprender, pueden mostrar sobrecarga y justificar recursos. Respuestas diferentes requieren evidencias diferentes.

Un ciclo básico incluye línea de base, acción, revisión y ajuste. Realizar cien talleres indica esfuerzo. Saber si aumentó la confianza para pedir ayuda o disminuyó la espera aporta información sobre efecto.

La medición territorial más útil deja tres productos: una descripción de presiones actuales, un inventario de apoyos realmente accesibles y una lista priorizada de brechas con responsables.

Herramientas integradoras

1. Mirar lo que falta en el sistema

Una institución conoce bien los datos que ya registra y puede olvidar aquello que nunca preguntó. Puede completarse en equipos territoriales sin incorporar nombres, diagnósticos ni relatos íntimos.

Tabla 9

Lo que el sistema todavía no mide

Vacío	Consecuencia	Dato mínimo a construir
Series territoriales comparables	Se interviene con promedios que esconden desigualdad	Edad, sexo, territorio, periodo y denominador
Continuidad	Una remisión	Recepción,

después de derivar	puede confundirse con atención efectiva	primera cita, seguimiento y cierre acordado
Experiencia de niñas, niños y adolescentes	El sistema describe sin escuchar	Percepción de seguridad, pertenencia y utilidad del apoyo

Nota. Matriz para gestión territorial. No contiene datos individuales ni sustituye una evaluación de caso. Elaboración propia. Antes de agregar un indicador, conviene responder: ¿qué decisión cambiará?, ¿quién quedaría fuera?, ¿cómo se protegerá la identidad?

2. Unir presión, apoyo y continuidad

La siguiente herramienta puede aplicarse a una situación institucional o comunitaria. No calcula probabilidad de suicidio ni reemplaza una valoración profesional.

Tabla 10

Riesgo presente, protección disponible y brecha de respuesta

Pregunta	Evidencia observable	Decisión de seguimiento
¿Qué presión está activa?	Hechos, frecuencia, duración y lugares	Reducir exposición y asignar responsable
¿Qué apoyo funciona hoy?	Persona accesible, servicio recibido, espacio seguro	Sostenerlo y evitar que dependa del azar

¿Dónde se corta la cadena?	Espera, costo, traslado, miedo, falta de coordinación	Eliminar barrera y verificar recepción
¿Cuándo se revisará?	Fecha, medio de contacto y criterio de cambio	Revaluar con la persona, no solo sobre ella

Nota. Herramienta operativa no diagnóstica.

3. Un tablero que evalúa la respuesta, no a la persona

Los territorios suelen recibir tableros con tasas de violencia, ausentismo o enfermedad. Los símbolos describen el estado de la información o del proceso, no una calificación moral.

Figura 13

Tablero territorial de protección y continuidad



Nota. Elaboración propia. El tablero califica la capacidad de respuesta del territorio, nunca a niñas, niños, adolescentes o familias.

Revisarlo de manera periódica permite ver si un apoyo permanece solo en el papel. El tablero se completa con contexto narrativo y decisiones, nunca con colores que estigmaticen comunidades.

Cerrar el círculo sin cerrar la conversación

Katherine Winter llegó a los documentos después de morir; M. G., a una ruta de cuidado. El mundo adulto puede añadir peso o repartirlo. Este capítulo no autoriza a convertir pobreza, violencia, uso del teléfono, duelo o discriminación en diagnósticos.

Pregunta de cierre: ¿En qué momento dejamos de llamar «problema social» a lo que está destruyendo por dentro a un niño y empezamos a asumir que también es una responsabilidad institucional?

El capítulo 3 se acercará al lugar donde muchas de estas presiones se vuelven conversación cotidiana: la familia.

CAPÍTULO III LA FAMILIA: PRIMER REFUGIO, PRIMERA HERIDA, PRIMERA POSIBILIDAD

Escuchar, proteger y sostener sin dejar sola a la familia

El capítulo anterior mostró que las presiones no viven únicamente dentro de una niña, un niño o un adolescente.

Figura 14

La mesa cotidiana y el lugar que se separa



Nota. Ilustración editorial original. Escena simbólica; no representa una crisis, una familia ni un caso real.

Una conversación que parecía existir

Paulina del Río recordaba que hablaba durante horas con José Ignacio. Ambos eran noctámbulos y podían quedarse conversando hasta muy

tarde. Es la voz de una madre que intenta aprender de lo vivido y ofrecer ese aprendizaje a otras familias (Anrique, 2018).

José Ignacio murió por suicidio en Chile en 2005, cuando tenía 20 años. Su trayectoria de malestar, sin embargo, había comenzado antes. No se relatará el método ni se reconstruirá la escena final. Importan las señales, las conversaciones posibles, las barreras del cuidado y la manera en que una familia también necesitó ser sostenida.

Lo que una madre alcanzó a ver

Cuando José Ignacio tenía alrededor de 14 años, su madre observó que se aislaba y que sus amigos habían dejado de frecuentar la casa. La escena contiene dos verdades que pueden coexistir: una madre actuó frente a un cambio que la preocupaba y, al mismo tiempo, la ayuda disponible no logró convertirse en un vínculo terapéutico aceptable para el joven (Manrique, 2018). Esta distinción importa. Las familias toman decisiones con información incompleta. La prevención no puede descansar en exigirles clarividencia; debe ofrecerles lenguaje, acceso oportuno, seguimiento y profesionales capaces de escuchar también sus dudas.

Cuando llegar a una consulta no basta

Años más tarde, tras un cambio marcado en el sueño, el apetito y el ánimo, José Ignacio recibió un diagnóstico de depresión y fue atendido por profesionales de psicología y psiquiatría. Él le respondió

que lo que le ocurría no dependía del sitio donde estuviera (Torres, 2018). La historia corrige dos simplificaciones. La primera es pensar que el amor familiar, por intenso que sea, cura una depresión. La segunda es creer que obtener una cita garantiza una atención suficiente. Pedir ayuda es el comienzo de una ruta, no la prueba de que esa ruta ya funcionó.

Lo que no cabe en una pregunta rápida

Cuando tenía cerca de 18 años, José Ignacio dijo a su madre: "Tú no tienes idea lo que yo pienso". La frase no demuestra que antes nadie lo hubiese escuchado.

Figura 15

Escuchar antes de corregir



Nota. Ilustración editorial original. No representa a José Ignacio ni reconstruye una conversación real.

Escuchar no consiste en encontrar de inmediato la frase perfecta. La primera reconoce una experiencia; la segunda convierte el dolor en un juicio sobre gratitud.

Una advertencia que fue minimizada

En una ocasión, José Ignacio expresó de manera directa que pensaba suicidarse. Paulina lo llevó a un médico. Sí muestra una brecha crítica: la madre percibió peligro y buscó ayuda, pero la respuesta recibida no tradujo esa preocupación en una protección suficientemente clara (Jaramillo, 2018).

Cuando una amenaza suicida aparece, la familia no debería quedar atrapada entre dos extremos: vigilar cada segundo sin orientación o aceptar una tranquilidad que no comprende. Necesita una evaluación profesional, instrucciones concretas, reducción segura del acceso a peligros, contactos y seguimiento. También necesita permiso para insistir cuando algo no le parece seguro.

Narrar sin fabricar un culpable

José Ignacio murió semanas después, a los 20 años. Este capítulo no afirma que una conversación, una consulta o una decisión aislada causaron su muerte. La reconstrucción pública de Paulina permite ver necesidades que entonces no fueron satisfechas de forma suficiente; no permite juzgar toda una vida desde fuera.

Tras la muerte, la familia habló con los hermanos sin ocultar lo sucedido y permitió que cada uno expresara el duelo de manera distinta. Su testimonio contiene pérdida, pero también una decisión comunitaria: aprender a escuchar sin escandalizarse y ayudar a que una revelación llegue a atención competente (Sarmiento, 2018).

Un contrapunto que no promete milagros

Para mostrar una trayectoria diferente no hace falta inventar una familia perfecta ni presentar una recuperación como recompensa moral. Sus resultados no garantizan que una crisis termine bien; permiten identificar decisiones concretas que aumentan la posibilidad de continuidad.

En dos servicios de urgencias de Estados Unidos, Asarnow y colaboradores (2011) estudiaron a 181 jóvenes de 10 a 18 años con riesgo suicida. El hallazgo fue importante, pero limitado: mejoró el enlace con servicios; no demostró por sí solo mejores resultados clínicos en el seguimiento evaluado.

La diferencia entre derivar y enlazar

En el estudio de Asarnow et al. (2011), el 92 % de los participantes de la intervención asistió a tratamiento ambulatorio, frente al 76 % del grupo comparador. La cifra no debe convertirse en una promesa.

Una sesión familiar tampoco significa sentar a todos para buscar responsabilidades. Puede servir para reconocer señales propias,

practicar respuestas, acordar cómo disminuir peligros y decidir quién hará cada llamada. Cuando ambas partes trabajan como adversarias, quedan huecos. Cuando colaboran con límites claros, la red puede sostener acciones que ninguna parte lograría sola.

Seguridad como trabajo compartido

El programa SAFETY desarrolló una intervención cognitivo-conductual de 12 semanas centrada en adolescentes y familias después de una tentativa de suicidio. En su fase inicial participaron 35 jóvenes de 11 a 18 años. Los resultados preliminares apoyaron su viabilidad, pero el tamaño del estudio exige prudencia (Asarnow et al., 2015).

Lo valioso del enfoque no es una marca terapéutica. La familia no aparece como guardia ni como causa automática del problema. Aparece como parte de una intervención profesional que también reconoce sus temores, sus límites y la necesidad de apoyo.

Incluir a la familia no significa entregar la terapia a la familia.

Una esperanza situada en nuestra región.

En Chile, Oyanadel y colaboradores (2021) evaluaron *Serenamente*, una intervención de ocho sesiones con adolescentes de 15 a 19 años. No fue una intervención familiar ni un estudio ecuatoriano, por lo que no corresponde trasladar sus resultados de manera automática. Su valor aquí es mostrar que también en Sudamérica se han documentado programas estructurados con resultados alentadores.

Las tres investigaciones dejan una esperanza con bordes: es posible organizar mejor el primer contacto, vincular a una familia y sostener sesiones; también es necesario evaluar cada programa, reconocer lo que todavía no demuestra y adaptarlo al territorio.

3.1. La familia no es culpable por definición, pero sí es decisiva

Decir que la familia es decisiva puede sonar a acusación, sobre todo para quien lleva meses durmiendo poco, buscando citas o intentando conversar sin saber cómo. Culpa y responsabilidad, sin embargo, no son lo mismo.

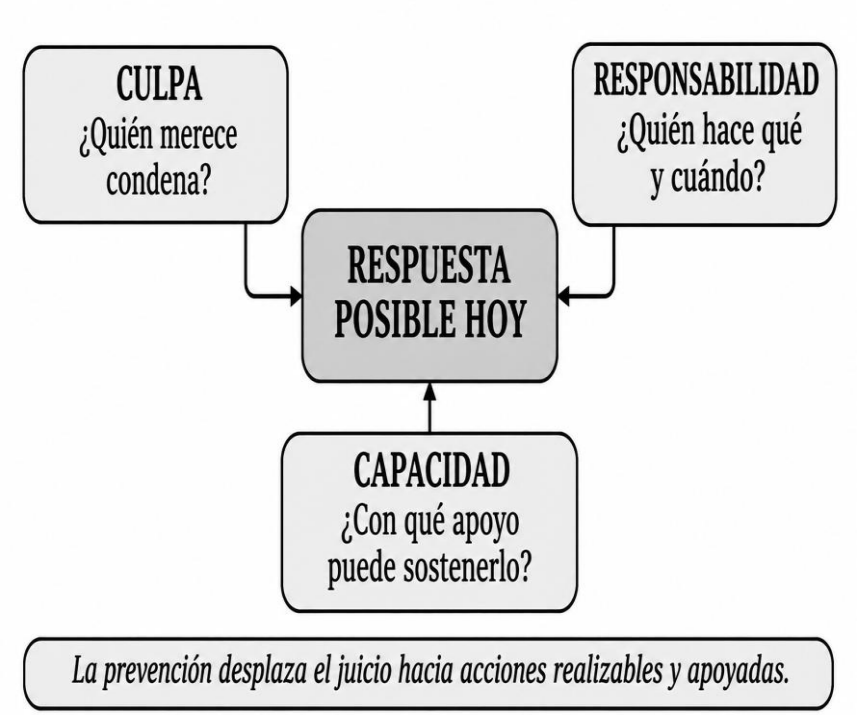
La evidencia vincula ciertos patrones familiares menos calidez, más conflicto entre adultos, hostilidad, sobre involucramiento o poca autonomía con depresión y ansiedad en jóvenes. Esas asociaciones no prueban que una familia particular haya causado un trastorno ni describen todas las culturas por igual (Yap et al., 2014).

Del juicio a la capacidad de respuesta

Una familia puede haber contribuido a una herida y seguir siendo parte de la reparación; también puede haber cuidado con dedicación y necesitar ayuda para responder a una crisis que la supera.

Figura 16

De la culpa a la responsabilidad posible



Nota. Elaboración propia. El esquema organiza preguntas de cuidado; no asigna responsabilidad clínica ni legal.

El movimiento útil va de la culpa global a las acciones verificables. ¿Quién puede quedarse esta noche? ¿Quién comprende el plan?

Cuidar desde posibilidades reales

No todas las familias disponen de tiempo, dinero, transporte, estabilidad laboral o dos adultos que puedan alternarse. Un plan que exige vigilancia permanente sin ofrecer relevo puede ser imposible. La recomendación clínicamente correcta necesita ser socialmente realizable.

Por eso, una evaluación responsable pregunta también por la capacidad de cuidado.

Algunas familias sienten que, si dejan de observar un instante, traicionan a su hijo. El acompañamiento profesional debe devolver proporción: explicar qué signos requieren acción inmediata, qué cambios pueden registrarse para la siguiente consulta y qué parte del tratamiento corresponde al equipo. Una frase puede ordenar esta diferencia: **"No tengo que controlar toda su vida; sí necesito responder a lo que sé y pedir apoyo para lo que no puedo sostener."**.

3.2. Pertenecer protege

Pertenecer no es obedecer para conservar un lugar. La conexión social se asocia con menor riesgo suicida en jóvenes, aunque no funcione como escudo absoluto ni reemplace el tratamiento cuando existe depresión (Arango et al., 2024). En la familia, la pertenencia se construye con gestos ordinarios: recordar una preferencia, preguntar sin interrogar, sostener una regla explicable, reparar después de una

discusión y mostrar interés por el mundo del adolescente, aunque no se comparta. A veces una casa llena es profundamente solitaria; a veces un único adulto confiable modifica la experiencia de estar solo.

Una puerta que no exige fingir

Volver a casa puede significar descanso o una nueva actuación. Una bienvenida protectora no exige una confesión inmediata.

Figura 17

Una puerta que ofrece pertenencia



Nota. Ilustración editorial original. No representa a una persona o familia específica.

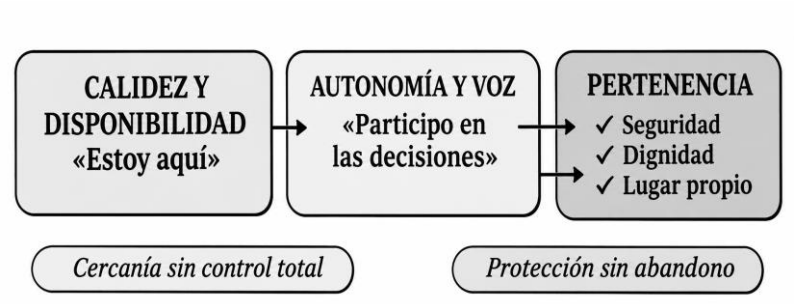
Abrir la puerta también implica aceptar que el adulto elegido quizá no sea quien imaginábamos.

Calidez y autonomía caben en el mismo hogar

La calidez sin autonomía puede volverse control; la autonomía sin disponibilidad puede sentirse como abandono. Permitir que participe en decisiones de tratamiento no significa dejarlo solo; reconoce capacidades que se desarrollan.

Figura 18

Pertenencia entre cercanía y autonomía



Nota. Elaboración propia. Las dimensiones orientan relaciones; no son una escala diagnóstica.

La revisión de Yap et al. (2014) encontró asociaciones entre menor calidez, mayor conflicto o sobre involucramiento y problemas emocionales, además de una relación entre menor concesión de autonomía y depresión.

Pertenecer sin ocultar quién se es

El hogar protege cuando una persona no teme perder amor por su orientación sexual, identidad de género, discapacidad, cuerpo, origen, creencias o manera de aprender. "Quiero entender mejor" abre un camino que "mientras vivas aquí no serás así" clausura.

También importa la identidad familiar. Los rituales simples una comida posible, una llamada semanal, un saludo de regreso dan continuidad. No curan la depresión, pero recuerdan que la persona ocupa un lugar que no depende de su rendimiento ni de la facilidad con que atraviese el día.

3.3. Palabras que expulsan y palabras que abren

Una respuesta puede cerrar la conversación, aunque nazca del amor. "No digas tonterías" quizá intente alejar una idea aterradora; para quien la escucha puede significar que su dolor es absurdo. "Prométeme que nunca lo harás" busca seguridad, aunque deposita en una promesa la tarea que requiere evaluación y un plan. Las palabras que abren no son blandas ni aprobatorias. Después viene la acción. Escuchar sin actuar ante un riesgo grave no es respeto; actuar sin escuchar puede romper el vínculo que permitirá seguir cuidando.

Validar no es confirmar toda interpretación

Si una adolescente dice "todos estarían mejor sin mí", responder "entiendo que hoy lo sientas así" valida su experiencia. No afirma que la familia estaría mejor ni discute de inmediato la lógica de la frase. La

validación reduce la pelea por demostrar quién tiene razón y permite evaluar la seguridad. También conviene evitar el optimismo automático. "Mañana será otro día" puede ser cierto y, aun así, no responder a una noche peligrosa. La esperanza responsable tiene verbos, personas y fechas. No obliga a sentirse mejor para tranquilizar al adulto.

Dos maneras de responder al mismo dolor

Tabla 11

Frases que cierran y respuestas que mantienen abierta la conversación

Puede cerrar	Puede comunicar	Mantiene abierta
"No es para tanto"	Tu experiencia no merece atención	"Para ti esto pesa; ayúdame a entender cómo"
"Tienes todo para estar bien"	Sufrir es ser desagradecido	"No necesitas justificar tu dolor para que te escuche"
"Prométeme que no harás nada"	Una promesa reemplaza la seguridad	"Gracias por decirlo; permaneceré contigo y buscaremos ayuda"

"Si lo cuento, traiciono su confianza"	El secreto importa más que la vida	"Compartiré solo lo necesario y te explicaré con quién"

Nota. Ejemplos de elaboración propia. Las respuestas abiertas no sustituyen la evaluación profesional ante riesgo.

La columna de respuestas abiertas no es un libreto rígido. El tono, el momento y la relación importan.

Después de una revelación difícil

Cuando un hijo cuenta que ha pensado en morir, el adulto puede llorar, enfadarse o sentirse culpable. No necesita fingir que nada le afecta, pero sí evitar que el adolescente termine consolándolo. La transparencia disminuye el miedo: "No puedo guardar esto solo; te diré con quién lo compartiré y permaneceré contigo". No se debe prometer secreto absoluto. Sí se puede prometer cuidado con la información: compartir únicamente lo necesario, explicar los límites y mantener a la persona en la conversación. Tampoco conviene exigir todos los detalles de una vez. La familia protege mejor cuando no transforma la primera confidencia en interrogatorio, castigo o debate moral.

3.4. Conversaciones según la edad

La pregunta debe crecer con la persona. En la niñez escolar funcionan palabras concretas, tiempos cortos y referencias a situaciones observables: "He notado que te duele la barriga antes de ir a clases y que ya no quieres jugar; ¿qué pasa en esos momentos?". En la adolescencia mayor, la conversación necesita más participación en decisiones y privacidad.

La edad no determina por sí sola cuánto puede comprender alguien. Influyen desarrollo, discapacidad, idioma, cultura y experiencias previas. El Comité de los Derechos del Niño (2016) subraya las capacidades evolutivas y el derecho de adolescentes a participar en decisiones que les afectan.

Niñez escolar: nombrar lo que se puede sentir

Los niños pueden expresar tristeza o miedo mediante irritabilidad, dolores, juego, dibujos, rechazo escolar o cambios en el sueño. Ninguna señal aislada prueba depresión. Preguntas como "¿qué fue lo más difícil de hoy?" suelen ser más accesibles que "¿por qué estás deprimido?".

Si aparece una expresión como "ojalá no despertar", se pregunta con claridad y lenguaje simple si ha pensado en hacerse daño o en morir. Evitar la palabra no protege. Después se escucha, se asegura presencia

adulta y se solicita evaluación. El juego puede ayudar a comunicar; no debe utilizarse para dirigir un relato que el niño no ha dado.

Tres etapas, una misma dignidad

Figura 19

Conversar a la altura de cada etapa



Nota. Ilustración editorial original. Las escenas no representan casos reales ni etapas rígidas.

La conversación cambia de forma, no de respeto. En todas las edades se explican los límites de confidencialidad: la información privada se respeta, excepto cuando sea necesario compartirla para proteger su vida o la de alguien más.

Preguntas que acompañan el Desarrollo

Tabla 12

Conversaciones orientativas según etapa del desarrollo

Etapa	Pregunta posible	Participación y cuidado
Niñez escolar	"¿Qué parte del día se siente más difícil?"	Palabras concretas, apoyos visuales y presencia adulta
Adolescencia temprana	"¿Hay algo con tus pares o en internet que te haga sentir atrapado?"	Privacidad gradual y un adulto confiable elegido
Adolescencia mayor	"¿A quién quieres incluir y qué necesitas decidir tú?"	Mayor voz; límites de confidencialidad explicados

Nota. Guía adaptable a desarrollo, discapacidad, idioma, cultura y riesgo. Elaboración propia a partir del Comité de los Derechos del Niño (2016).

La tabla ofrece puntos de partida, no categorías rígidas. Comprobar comprensión es más respetuoso que asumirla: "¿Cómo entendiste lo que vamos a hacer ahora?" y "¿qué parte quisieras decidir tú?".

Autonomía progresiva no significa soledad

Conforme aumenta la edad, la privacidad adquiere un valor central. Estas necesidades no son incompatibles. La alianza se rompe cuando el joven descubre que todos hablaron sobre él sin incluirlo; también

puede romperse si se le promete una confidencialidad imposible de sostener ante peligro grave.

La participación concreta reduce esa tensión. Ofrecer opciones quién entra primero, cómo se realizará el seguimiento, qué adulto recibirá información devuelve parte del control sin abandonar el cuidado. El objetivo no es ganar una disputa de autoridad, sino preservar vida, dignidad y un vínculo que deberá continuar después de la crisis.

3.5. Cuando el hogar también está herido

Hay hogares donde el adulto disponible vive depresión, consumo problemático, duelo, enfermedad, violencia, migración forzada o precariedad. La pregunta más útil es otra: ¿qué funciones de cuidado están cubiertas, ¿cuáles faltan y quién puede compartirlas sin exponer a la persona?

Una madre deprimida puede amar profundamente y tener poca energía para organizar citas. Un padre con dos empleos puede querer acompañar y no disponer de transporte. Describir estas limitaciones no descalifica a nadie. La familia extensa, las redes comunitarias y los servicios públicos deben aparecer antes de que el agotamiento se convierta en la única estructura del cuidado.

Proteger cuando hay violencia o consumo

Si el hogar incluye violencia, coerción o consumo que vuelve impredecible a un cuidador, no corresponde organizar una

conversación conjunta por defecto. La seguridad antecede a la reunificación.

Tampoco se debe asignar al hijo la recuperación del adulto: "pórtate bien para que tu mamá no recaiga" o "no la preocupes porque está enferma" transforma al menor en regulador de la casa. Un hogar herido requiere apoyo en varias direcciones, no un adolescente que aprenda a ocultar su malestar para mantenerlo en pie.

Reparar no es borrar la grieta

Figura 20

La reparación reconoce la grieta



Nota. Ilustración editorial original. La metáfora no se aplica a situaciones donde mantener el vínculo compromete la seguridad.

Una discusión puede repararse: el adulto reconoce el daño, escucha el efecto, ofrece una disculpa sin excusas y modifica una conducta. La reparación no exige fingir que nada ocurrió. Cuando existe abuso, la metáfora de reparación tiene un límite. La continuidad familiar nunca está por encima del derecho a la seguridad.

Un plan que no depende de un solo adulto

Imaginar un "cuidador principal" ayuda a coordinar, pero puede ocultar una fragilidad: si esa persona enferma, trabaja o se desborda, toda la red se detiene. Un plan robusto distribuye funciones. No todos necesitan saberlo todo. Esta distribución protege también la intimidad. La vecina que acompaña al centro de salud no requiere conocer cada detalle; necesita saber a dónde ir, a quién llamar y qué hacer si el riesgo cambia. La tía que duerme en casa durante una noche crítica debe conocer el plan de seguridad. Compartir funciones no equivale a difundir la historia. **Ayudar a la familia a pedir ayuda** Muchas familias llegan a los servicios después de escuchar que exageran, que educaron mal o que el problema se resolverá con disciplina. Ese trato puede retrasar un nuevo intento de búsqueda. No idealiza a la familia, pero tampoco la recibe como sospechosa por defecto.

3.6. Rutinas que no curan, pero sostienen

El sueño, la alimentación, el movimiento, el ocio, la conexión y una organización previsible pueden sostener el tratamiento y disminuir

parte del caos cotidiano. No son cura moral ni prueba de voluntad. Una rutina protectora se construye en pequeño. Después observa qué ayuda y qué pesa. Las guías clínicas para depresión juvenil incluyen educación, hábitos saludables y participación familiar dentro de una atención más amplia; no los presentan como sustitutos de evaluación y tratamiento (Zuckerbrot et al., 2018).

La estructura amable del día

Figura 21

Anclas pequeñas para un día difícil



Nota. Ilustración editorial original. Los objetos simbolizan apoyos cotidianos y no constituyen tratamiento.

Una taza, una puerta abierta, ropa preparada y un cuaderno no tienen poder terapéutico por sí solos. La pregunta no es si la rutina salió

perfecta, sino qué permitió sostener: comer algo, recibir luz, tomar una pausa, asistir a la consulta o enviar un mensaje.

Sueño, movimiento y comidas posibles

La Academia Estadounidense de Medicina del Sueño recomienda, de forma general, entre 9 y 12 horas para edades de 6 a 12 años y entre 8 y 10 horas para adolescentes de 13 a 18 (Paruthi et al., 2016). Cambios persistentes, sueño excesivo o insomnio requieren conversación clínica, especialmente si coinciden con empeoramiento del ánimo.

La OMS (2020) recomienda actividad física regular para niños y adolescentes, pero "moverse" no tiene que comenzar con deporte intenso. Caminar acompañado, estirar o salir unos minutos puede ser más viable. No moraliza síntomas ni utiliza la comida, el sueño o el ejercicio como premio y castigo.

Sostener sin convertir la casa en clínica

Tabla 13

Rutinas que sostienen y límites que evitan moralizar

Área	Apoyo pequeño y posible	No sustituye
Sueño	Horario aproximado, luz diurna y consulta ante cambios persistentes	Evaluación de insomnio, hipersomnia o riesgo
Alimentación	Oferta regular y compañía sin	Atención ante pérdida marcada o

	interrogatorio	trastorno alimentario
Movimiento	Caminata o actividad elegida y gradual	Tratamiento de la depresión
Organización	Una o dos anclas del día y menos decisiones	Adaptaciones escolares ni apoyo social

Nota. Síntesis basada en Paruthi et al. (2016)

3.7. Preguntar directamente no siembra la idea

Uno de los temores más persistentes es que mencionar el suicidio coloque esa posibilidad en la mente de un hijo. La evidencia disponible no respalda ese mito. Una revisión de estudios con adolescentes y adultos no encontró aumentos estadísticamente significativos de ideación por preguntar sobre suicidio (Dazzi et al., 2014).

Preguntar no es interrogar

Una buena pregunta nace de una observación y deja tiempo: "Desde que ocurrió eso te noto sin esperanza. A veces, cuando alguien se siente atrapado, piensa en morir. ¿Te ha pasado?". Después, silencio. Si dice que sí, se pregunta si el pensamiento está presente ahora y se activa una evaluación adecuada. La investigación no convierte cualquier manera de preguntar en buena práctica. Hacerlo delante de otras personas, con tono acusatorio o como amenaza puede cerrar el vínculo. Tampoco basta con una pregunta única. La confianza no se

obtiene evitando el tema, sino demostrando que una respuesta difícil será recibida con respeto y acción.

Dos sillas, ninguna acusación

Figura 22

Preguntar con claridad y sin acusar



Nota. Ilustración editorial original. La escena muestra postura de escucha, no una evaluación clínica completa.

Sentarse a la misma altura, retirar distracciones y hablar sin prisa modifica la escena. La calma no significa indiferencia. Es una forma de prestar regulación cuando la otra persona está desbordada.

Si la respuesta es sí, no discuta el dolor

Ante una respuesta afirmativa, evite frases como "pero tienes una vida hermosa" o "piensa en lo que nos harías". La culpa puede aumentar el silencio. La evaluación detallada corresponde a profesionales.

Si responde que no, pero persisten señales graves o el adulto no queda tranquilo, también corresponde consultar. Ninguna pregunta funciona como detector infalible. Preguntar directamente abre una puerta, pero la protección depende de lo que sucede después.

> **Frase de transición:** "Gracias por decírmelo. No voy a dejarte solo con esto. Ahora buscaremos ayuda y te explicaré a quién llamaremos".

3.8. Qué hacer cuando existe riesgo

Cuando existe peligro inmediato o una persona no puede mantenerse a salvo, la prioridad es presencia y atención urgente. Un adulto permanece cerca mientras otro activa el servicio de emergencia. En Ecuador, los lineamientos del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2026) indican coordinar mediante el ECU 911 ante riesgo inminente, dificultad de traslado o necesidad de apoyo interinstitucional.

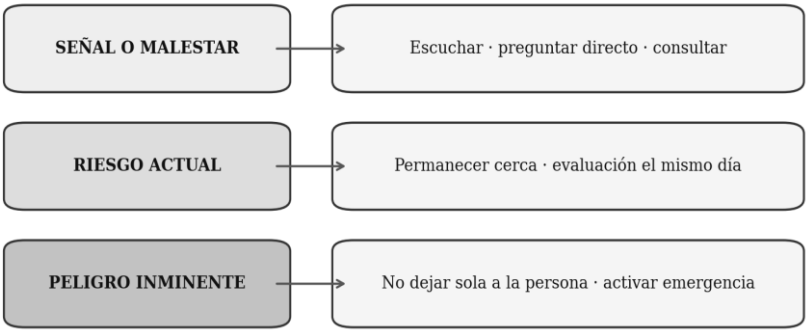
También se reduce de forma segura el acceso a medios potencialmente letales, sin pedir al adolescente que gestione solo esa tarea y sin

describir métodos. La protección del entorno forma parte de un plan más amplio; nunca reemplaza la evaluación ni el tratamiento.

La respuesta cambia con la urgencia

Figura 23

La urgencia modifica la respuesta



El esquema orienta la respuesta; no predice un desenlace ni sustituye evaluación profesional.

Nota. Elaboración propia a partir de MSP (2026). No es una escala predictiva y no sustituye evaluación profesional.

No toda expresión de sufrimiento exige la misma intervención, pero ninguna merece castigo. Sirve para recordar que, cuando aumenta la urgencia, disminuye el tiempo para actuar y aumenta la necesidad de apoyo profesional.

Acciones familiares y límites de rol

Tabla 14

Qué hacer según la urgencia observada

Situación	Acción familiar	Límite
Malestar o señal nueva	Preguntar directo, escuchar y gestionar consulta	No diagnosticar ni esperar una "prueba"
Riesgo actual o duda de seguridad	Permanecer cerca y obtener evaluación el mismo día	No castigar, discutir ni confiar solo en una promesa
Peligro inminente	No dejar sola a la persona; activar emergencia; reducir acceso a peligros de forma segura	No trasladar sin apoyo si hacerlo expone a violencia

Nota. Orientación general alineada con MSP (2026).

Los tiempos de la tabla son orientativos y deben ajustarse a la evaluación profesional y a la disponibilidad territorial. Si existe duda razonable sobre seguridad, se elige la opción más protectora.

Lo que la atención debe devolver a la familia

Después de una evaluación, la familia necesita instrucciones comprensibles: nivel de atención indicado, señales que obligan a volver, a quién contactar, cómo proteger el entorno, qué tratamiento se propone y cuándo será el seguimiento. Los lineamientos

ecuatorianos de 2026 establecen evaluación física y psíquica, valoración del riesgo, construcción colaborativa de un plan de seguridad y coordinación según el nivel de atención; los plazos concretos de seguimiento deben definirse de acuerdo con la condición clínica y la ruta asistencial vigente (MSP, 2026).

Recibir el alta no significa que el riesgo desapareció. Significa que existe una continuidad acordada fuera del establecimiento.

3.9. El plan de seguridad se construye con la persona

Un plan de seguridad es una secuencia breve y personalizada para reconocer una crisis y atravesar sus momentos más peligrosos con apoyos concretos. Se construye con la persona, no sobre ella. Los lineamientos del MSP (2026) incluyen señales de alarma, estrategias de afrontamiento, red de apoyo, acciones en crisis y reducción del acceso a medios letales. No es un contrato de "no suicidio" ni una firma que libera a otros de responsabilidad. Tampoco es una lista genérica descargada y guardada en un cajón.

Empezar por señales propias

Las señales tempranas no son iguales para todos. Una persona puede notar que deja de responder mensajes; otra, que camina sin descanso; otra, que piensa "ya no hay salida". Identificar señales propias permite actuar antes de que la crisis alcance su punto máximo, pero no garantiza que siempre sean visibles. Después se anotan estrategias

internas breves: respirar, cambiar de habitación, escuchar una lista segura, sostener hielo, dibujar, caminar en un lugar acompañado o recordar una razón para esperar.

Planificar con manos, no detrás de una Puerta

Figura 24

El plan se construye con la persona



Nota. Ilustración editorial original. La hoja sin texto simboliza un plan que debe personalizarse y revisarse con profesionales.

Construir juntos permite descubrir obstáculos: el teléfono de un contacto ya no funciona, una persona no está disponible por la noche o el centro queda demasiado lejos. El documento debe guardarse en un lugar accesible y proteger la privacidad. Puede existir una copia física y otra en el teléfono.

Componentes de un plan familiar de seguridad

Tabla 15

Componentes para construir un plan de seguridad con la persona

Componente	Pregunta de trabajo	Comprobación
Señales propias	¿Cómo noto que empiezo a perder seguridad?	Usa palabras de la persona
Estrategias internas	¿Qué puede dar unos minutos de distancia?	Es viable y no aumenta riesgo
Personas y lugares	¿Quién escucha y dónde puedo estar acompañado?	Aceptaron y están disponibles
Apoyo profesional	¿A qué servicio o profesional se contacta?	Número, horario y alternativa verificados
Entorno seguro	¿Qué deben asegurar o retirar los adultos?	Responsable y plazos definidos
Revisión	¿Cuándo y con quién se actualizará?	Fecha después de crisis o cambio

Nota. Elaboración propia a partir de Stanley y Brown (2012)

El plan se completa con un profesional y se ajusta a la edad, el contexto y el nivel de riesgo.

Practicar, revisar y dejar espacio para cambiar

Un plan que nunca se ensaya puede fallar en el momento de mayor cansancio. Practicar no significa simular una crisis. La revisión puede

hacerse después de una crisis, un cambio de tratamiento, una mudanza o una nueva pérdida.

También debe respetar preferencias. El profesional registra cambios y confirma continuidad. Las escalas y categorías de riesgo no deben usarse para predecir por sí solas un desenlace ni para negar atención; NICE (2022) recomienda centrar la valoración en necesidades, seguridad y formulación clínica. El plan es una herramienta viva dentro del cuidado, no un certificado de tranquilidad.

3.10. Acompañar el tratamiento sin vigilar cada respiración

Después de una crisis, la casa puede sentirse como una sala de observación. Cada puerta cerrada, demora o cambio de tono activa miedo. El equipo tratante debe ayudar a diferenciar las medidas temporales necesarias de los controles que pueden disminuir cuando aumenta la seguridad.

Acompañar implica facilitar citas, comprender el plan, observar cambios relevantes y preguntar cómo ayudar. No implica leer cada conversación, hablar únicamente de síntomas ni exigir informes emocionales diarios. La supervisión se acuerda según edad y riesgo, se explica y se revisa. Así, la seguridad no aparece como castigo indefinido.

Tratamiento, información y participación

Las guías clínicas para depresión en niños y adolescentes recomiendan educación a jóvenes y familias, monitoreo y tratamientos basados en evidencia ajustados a gravedad y preferencias (Washington et al., 2023; Zamora et al., 2018). No debe suspender ni modificar medicación por cuenta propia; cualquier preocupación se conversa con el profesional que prescribe.

El adolescente también necesita una voz. Preguntar qué parte del tratamiento le resulta útil, qué le incomoda y qué meta le importa puede fortalecer la alianza. "Cumplir" sin comprender no es el único indicador. Escuchar esas razones no obliga a abandonar el tratamiento; permite repararlo y acordar alternativas seguras.

Caminar al lado

Figura 25

Acompañar sin ocupar todo el camino



Nota. Ilustración editorial original. No representa un servicio, ciudad o familia específicos.

Acompañar se parece más a caminar al lado que a empujar desde atrás. En algunos momentos será necesario acortar la distancia por seguridad. El destino no es solo entrar a un edificio. La puerta de un servicio importa cuando conduce a una relación y a un siguiente paso verificable.

Colaborar sin convertir cada gesto en síntoma

Tabla 16

Acompañar el tratamiento: colaboración y vigilancia

Situación	Colaboración	Vigilancia que conviene revisar
Citas	Ofrecer transporte y acordar recordatorios	Amenazar o usar la consulta como castigo
Información	Preguntar qué necesita saber cada parte	Exigir el contenido completo de la sesión
Cambios	Registrar señales relevantes y comunicarlas	Interpretar cada gesto como síntoma
Autonomía	Revisar restricciones según riesgo y edad	Mantener controles indefinidos sin explicación

Nota. Herramienta de conversación. Las decisiones clínicas y farmacológicas corresponden al equipo tratante.

Un registro breve puede ser útil: cambios marcados en sueño, apetito, energía, efectos adversos, expresiones de desesperanza y eventos importantes. Recuperar cotidianeidad forma parte del cuidado.

3.11. Hermanos y cuidadores también necesitan apoyo

Una crisis reorganiza toda la casa. Los hermanos pueden sentir miedo, celos por la atención concentrada, culpa por haberse enfadado o presión para "portarse bien". Algunos intentan vigilar; otros se alejan. Necesitan una explicación adecuada a su edad, rutinas propias y un adulto con quien hablar sin traicionar la privacidad de quien está en tratamiento.

Los cuidadores también pueden experimentar ansiedad, insomnio, vergüenza y aislamiento. Estudios cualitativos describen que padres y madres de adolescentes en crisis suicida viven temor persistente, responsabilidad abrumadora y dificultades para navegar servicios (Rheinberger et al., 2023).

Los hermanos no son terapeutas ni centinelas

Un hermano puede ser una persona de confianza, pero no debe recibir la orden de vigilar, revisar pertenencias o informar cada movimiento. Si observa algo preocupante, necesita saber a qué adulto acudir; no cómo evaluar el riesgo.

La información que recibe debe ser honesta y limitada: "Está atravesando un problema de salud y los adultos estamos buscando ayuda. No es tu culpa. Si algo te asusta, puedes contármelo". Evitar secretos confusos no significa compartir detalles íntimos. La crisis de un miembro no debería volver invisibles las necesidades de los demás.

Distribuir el cuidado y el descanso

Tabla 17

Distribución del cuidado y relevo

Función	Responsable	Alternativa y límite
Presencia en momentos críticos	Nombre y horario	Relevo confirmado; no hermanos menores
Traslado y citas	Nombre y medio	Ruta alternativa si no está disponible
Cuidado de hermanos	Adulto designado	Información apropiada a su edad
Contacto clínico	Cuidador enlace	No concentra toda la vigilancia
Descanso del cuidador	Persona de relevo	Tiempo acordado y plan conocido

Nota. Plantilla de elaboración propia. Añadir nombres, horarios y consentimiento; una función sin relevo es una brecha de la red.

La tabla debe completarse con nombres, horarios y alternativas. El descanso del cuidador se planifica como parte de la seguridad; agotarse hasta no poder pensar no es una medida protectora.

Cuidar a quien cuida sin pedirle perfección

El cuidador puede necesitar psicoterapia, orientación, apoyo entre pares o atención médica propia. También puede necesitar ayuda material: transporte, licencia, cuidado de otros hijos o alimentación. Una pregunta más concreta es: "¿Quién puede relevarle durante dos horas y qué necesita saber esa persona?" Pedir relevo no equivale a abandonar. Permite regresar con mayor capacidad. Del mismo modo, sentir rabia o cansancio no convierte a alguien en mal cuidador; lo importante es reconocer esas emociones antes de descargarlas sobre el adolescente. La honestidad que conserva límites enseña que el cuidado no depende de negar las propias necesidades.

3.12. Familia, escuela y psicología: una alianza con límites claros

Una adolescente puede contar una parte en casa, otra en la escuela y otra en consulta. Significa compartir la información mínima necesaria para proteger y dar continuidad: cambios observables, medidas acordadas, responsables, restricciones temporales y criterios para volver a pedir ayuda.

Compartir lo necesario, no la historia entera

La escuela puede necesitar saber que el estudiante requiere un ingreso flexible, un adulto de referencia y aviso ante ausencias; no necesariamente conocer contenidos íntimos de la terapia. La familia necesita comprender el plan y cómo contactar al equipo; no acceder a cada palabra pronunciada en una sesión privada. Una coordinación útil responde cinco preguntas: quién recibirá información, cuál información, con qué propósito, durante cuánto tiempo y cuándo se revisará el acuerdo. También registra quién hará seguimiento. acompaña, pero no borra los roles.

Una mesa con responsabilidades distintas

Figura 26

Una alianza que escucha antes de coordinar



Nota. Ilustración editorial original. La silla libre simboliza la voz que debe incluirse; no representa una muerte ni un caso real.

En una alianza saludable, cada cuaderno permanece cerrado hasta que existe un motivo para abrirlo. Coordinar es evitar contradicciones, silencios peligrosos y derivaciones sin recepción. La silla vacía también obliga a preguntar si la voz del adolescente está presente.

Límites que protegen la alianza

Tabla 18

Información pertinente entre familia, escuela y salud

Actor	Necesita saber	No necesita	Revisión
Familia	Plan, alertas y contactos	Cada palabra de terapia	Con el equipo
Escuela	Ajustes, referente y criterios de aviso	Historia clínica completa	Fecha acordada
Salud	Cambios, contexto y barreras	Opiniones sin hechos	En seguimiento
Adolescente	Qué se compartirá y por qué	Ser excluido del acuerdo	Siempre que sea seguro

Nota. Elaboración propia. Aplicar consentimiento, confidencialidad, autonomía progresiva y excepciones de seguridad conforme a la normativa vigente.

El acuerdo debe registrar una fecha de revisión. La coordinación responsable no acumula datos; mantiene solo los que permiten actuar.

3.13. Después de una muerte

Cuando ocurre una muerte por suicidio, la familia entra en un duelo atravesado por preguntas, culpa, estigma y reconstrucciones interminables. La comunicación responsable reconoce la complejidad, evita detalles del método y no convierte a una persona en símbolo heroico ni en advertencia moral.

Los niños y adolescentes necesitan información honesta, adecuada a su edad y repetida cuando vuelvan a preguntar. Ocultar la causa con historias contradictorias puede aumentar confusión; contar detalles innecesarios puede dañar. Una formulación posible es: "Murió por suicidio. Puedes preguntarme lo que necesites, y buscaremos apoyo". Cada familia ajustará las palabras con profesionales y según su contexto.

Duelo sin un calendario obligatorio

Los miembros de una familia pueden llorar, enfadarse, buscar silencio o necesitar actividad. En el testimonio de Paulina del Río, la familia permitió que los hermanos vivieran el duelo de formas distintas y habló de lo sucedido sin tabú (Anrique, 2018). Esa apertura no eliminó el dolor; redujo la obligación de fingir una emoción aceptable.

La posvención las acciones de apoyo después de una muerte también es prevención. Revisiones sistemáticas muestran una base de evidencia todavía limitada y heterogénea, pero apoyan la necesidad de ofrecer ayuda accesible, identificar a personas especialmente afectadas y sostener seguimiento más allá de los primeros días (Andriessen et al., 2019).

Cuidar en distintos momentos del duelo

Tabla 19

Apoyo familiar después de una muerte

Momento	Necesidad frecuente	Respuesta cuidadosa
Primeras horas y días	Información, seguridad y tareas básicas	Lenguaje honesto; evitar detalles del método; apoyo práctico
Primeras semanas	Duelo diverso, escuela, trámites y estigma	Opciones de apoyo; seguimiento de hermanos y personas cercanas
Meses y aniversarios	Reactivación del dolor y soledad	Contacto anticipado; atención accesible; memoria no idealizada

Nota. Síntesis de elaboración propia a partir de Andriessen et al. (2019) y recomendaciones de comunicación responsable de la OMS.

Los aniversarios, cumpleaños, trámites, investigaciones o noticias similares pueden reactivar el dolor. Una llamada semanas o meses después puede llegar cuando la casa queda en silencio.

Recordar sin reducir una vida a su muerte

La memoria puede incluir gustos, vínculos, contradicciones y proyectos, no solo los últimos días. Las conmemoraciones públicas requieren cuidado: evitar detalles del método, mensajes que idealicen la muerte o exposiciones que obliguen a la familia. El propósito no es borrar el nombre, sino impedir que la forma de morir eclipse toda una vida.

Paulina transformó parte de su duelo en trabajo comunitario, pero ese camino no es obligación para nadie. Algunas personas encuentran sentido en acompañar a otros; otras necesitan preservar intimidad. Consiste en que los sobrevivientes puedan vivir, recibir apoyo y recordar sin ser definidos únicamente por la pérdida.

Herramienta 1. Reunión familiar de quince minutos

Tabla 20

Guion de reunión familiar de quince minutos

Minutos	Acción	Pregunta o acuerdo
0–2	Aterrizar	Una palabra para decir cómo llega cada quien

2–5	Escuchar	¿Qué fue difícil desde la última reunión?
5–8	Reconocer	¿Qué ayudó, aunque fuera poco?
8–12	Elegir	Un problema y un paso pequeño con responsable
12–15	Cerrar	Revisar seguridad, apoyo y próxima fecha

Nota. Elaboración propia. No realizar como evaluación de emergencia ni obligar a revelar información íntima.

La reunión no se realiza durante una emergencia ni reemplaza una conversación individual. Quince minutos ayudan a sostener continuidad; no deben convertirse en interrogatorio cronometrado.

Herramienta 2. Red de apoyo con funciones concretas

Tabla 21

Red de apoyo: función, persona y alternativa

Función	Persona principal	Alternativa / verificación
Escucha sin juicio	Nombre y forma de contacto	¿Aceptó? ¿En qué horario?
Acompaña	Nombre y disponibilidad	Lugar seguro alternativo

Traslada	Nombre y medio	Plan si no hay vehículo o dinero
Hace seguimiento	Profesional o cuidador enlace	Fecha, servicio y segundo contacto

Nota. Plantilla de elaboración propia. Incluir al menos un contacto profesional o institucional y una alternativa fuera del horario habitual. Complete una alternativa para cada función.

Herramienta 3. Plan familiar de seguridad

Tabla 22

Plantilla breve del plan familiar de seguridad

Paso	Completar con la persona	Responsable / fecha
1. Señales	Mis señales tempranas son…	Revisar el…
2. Pausa segura	Durante unos minutos puedo…	Comprobar viabilidad
3. Contactos	Puedo llamar o escribir a…	Confirmar disponibilidad
4. Profesionales	Servicio, número, horario y alternativa…	Cuidador enlace

5. Entorno	Los adultos asegurarán…	Nombre y momento
6. Emergencia	Si no puedo mantenerme a salvo…	Presencia adulta y servicio vigente

Nota. Alineada con MSP (2026) y Stanley y Brown (2012). Completar y revisar con profesionales. No es un contrato ni sustituye emergencias.

Esta plantilla se completa con la niña, el niño o el adolescente y un profesional. Debe revisarse después de una crisis y cuando cambien contactos, tratamiento o entorno. **No sustituye la atención de emergencia.** Ante peligro inmediato en Ecuador, mantenga presencia adulta y active los servicios vigentes; los lineamientos del MSP (2026) indican coordinar mediante ECU 911.

La primera posibilidad no puede estar sola

José Ignacio aparece en estas páginas porque su madre decidió hablar sin convertir el amor familiar en una explicación suficiente. La familia puede aprender palabras, distribuir tareas y acompañar tratamiento. Cuando recibe apoyo y reconoce sus límites, puede convertirse en la primera posibilidad de cuidado.

¿De qué sirve amar profundamente a un hijo si el miedo, el orgullo o la prisa no nos permiten escuchar lo que está tratando de decir?

El capítulo 4 entrará en el aula, donde una observación responsable debe encontrar un sistema capaz de llegar a tiempo.

CAPÍTULO IV EL AULA QUE VE Y EL SISTEMA QUE LLEGA TARDE

Identificar, conversar, proteger y derivar sin abandonar

El capítulo anterior entró en la familia, donde el sufrimiento puede encontrar refugio, incomprensión o ambas cosas. Ahora cruzamos otra puerta: la del aula.

Figura 27

El aula antes de que el día revele lo que pesa



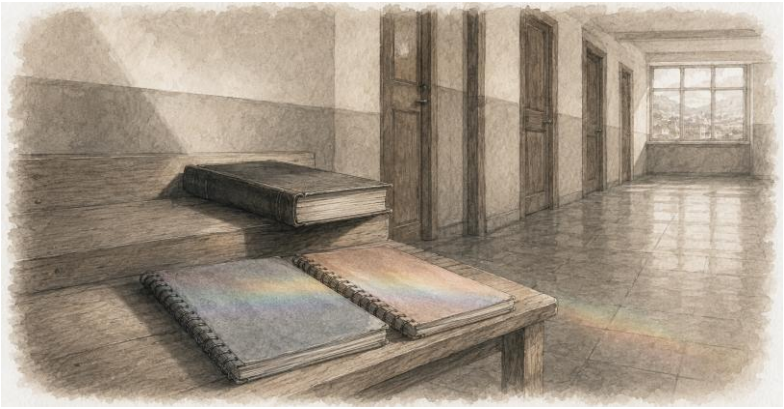
Nota. Ilustración editorial original. Escena simbólica.

Un estudiante frente a una institución: En 2014, Sergio David Urrego Reyes cursaba el último año de secundaria en Colombia. Tenía 17 años, leía con intensidad y participaba en asuntos sociales. Una fotografía consentida en la que besaba a otro estudiante llegó a manos de un docente. La historia está documentada en la Sentencia T-478 de 2015 de la Corte Constitucional de Colombia.

Sergio murió por suicidio ese mismo año. No se describirá el método ni se construirá una línea causal única. El caso abre este capítulo por otra razón. Permite observar cómo una escuela puede pasar de ser espacio de aprendizaje a escenario de exposición, discriminación y pérdida de pertenencia. **Cuando la norma se vuelve contra la persona**: El manual de convivencia del colegio calificaba ciertas manifestaciones afectivas como faltas graves. La Corte examinó esas actuaciones desde la igualdad, la intimidad, el libre desarrollo de la personalidad, la educación y el debido proceso (Corte Constitucional de Colombia, 2015).

Figura 28

Cuando el manual proyecta una sombra sobre la pertenencia



Nota. Ilustración editorial original inspirada en un problema institucional; no reconstruye el caso de Sergio Urrego.

Un protocolo puede proteger; también puede disciplinar lo que no comprende.

La queja que no llegó a tiempo

La madre de Sergio presentó una queja ante la autoridad educativa. Según el expediente, semanas después debió volver a relatar los hechos porque la dependencia a la que fue remitida no conocía el caso. El trámite existe; la protección se fragmenta.

La Corte no se limitó a revisar una conducta individual. Señaló problemas estructurales en la forma de resolver conflictos escolares y ordenó medidas de no repetición, entre ellas revisar manuales de convivencia y fortalecer el sistema nacional correspondiente (Corte Constitucional de Colombia, 2015). Un expediente en movimiento puede coexistir con una persona completamente sola.

El documento que demuestra y el cuidado que protege

Las instituciones necesitan registrar: sin evidencia, las decisiones se vuelven arbitrarias y la continuidad depende de la memoria. Se llena una ficha, se envía un correo, se obtiene una firma y el caso se declara "derivado", aunque nadie confirme recepción, cita ni seguimiento.

Esta es una falla de diseño, no solo de buena voluntad. Si el indicador premia formularios completados, el sistema aprenderá a producir formularios. Si mide tiempo hasta el primer contacto, recepción efectiva, continuidad y ajustes cumplidos, aprenderá a proteger

trayectorias. En el primer caso se demuestra una acción; en el segundo se asume su resultado posible.

Contar esta historia con límites

El caso de Sergio no debe utilizarse para asustar docentes ni para afirmar que toda discriminación conduce al suicidio. Sí permite reconocer que la exclusión, el hostigamiento, la revelación forzada de información íntima y la respuesta institucional tardía son daños reales que una escuela tiene el deber de prevenir. Tampoco basta con convertir su nombre en consigna. Una memoria responsable modifica prácticas: revisa normas que sancionan identidades, protege la privacidad, escucha quejas sin hacer peregrinar a la familia y examina el poder adulto. Un sistema educativo no puede enseñar derechos en una asignatura y suspenderlos cuando un estudiante incomoda sus costumbres.

Lo que el caso obliga a preguntar

Una escuela puede tener psicóloga, manual, comité y ruta, y aun así no ser segura. La existencia de recursos es distinta de su disponibilidad, calidad y legitimidad. ¿Puede un estudiante acercarse sin temor a ser castigado? ¿Existe tiempo? ¿Se corrigen las prácticas que originaron el daño? Estas preguntas desplazan la mirada desde el "caso problema" hacia el sistema que responde. No eximen a nadie de responsabilidad individual; impiden que toda la carga recaiga en el estudiante que debe

pedir ayuda de la manera correcta. Ver es apenas el comienzo. Llegar a tiempo exige una cadena que no se rompa.

Un contrapunto que organiza la esperanza

Chile ofrece un ejemplo útil, aunque no perfecto. Su valor no reside en importar un nombre, sino en mostrar una arquitectura: no esperar que todos los estudiantes lleguen a una consulta individual y no entregar toda la responsabilidad a un orientador aislado (Murphy et al., 2015). El modelo trabaja con niveles de apoyo.

Tres niveles, una sola trayectoria

Figura 29

Una comunidad organiza distintos niveles de apoyo



Nota. Ilustración editorial original. La composición representa la arquitectura escalonada, no una sede específica de Habilidades para la

Vida. El nivel universal mejora clima, habilidades y convivencia para toda la comunidad. Los niveles no son etiquetas permanentes ni escalones que deban recorrerse lentamente: una crisis exige respuesta indicada inmediata.

La fuerza del sistema está en sus puentes.

Evidencia que ayuda y también pone límites

Murphy et al. (2015) analizaron datos de 37.397 estudiantes de primaria participantes en Habilidades para la Vida. La mejoría en salud mental se asoció con mayor progreso académico. La relación apoya una idea razonable: aprender y sentirse mejor no son agendas rivales.

Otros ensayos realizados en Chile obligan a moderar el entusiasmo. Una intervención universal evaluada por Araya et al. (2013) y una intervención indicada estudiada por Gaete et al. (2016) no mostraron ventajas clínicas claras en sus resultados principales. Esto no vuelve inútil la prevención escolar. La esperanza basada en evidencia también sabe decir: todavía no es suficiente.

Lo que Ecuador puede aprender sin copiar

Ecuador no necesita reproducir exactamente un programa chileno. El contexto ecuatoriano añade distancias rurales, diversidad lingüística y cultural, desigualdad entre sostenimientos, rotación de profesionales y redes sanitarias con capacidades distintas.

Copiar un taller sin financiar sus enlaces produce una apariencia de prevención. Una charla masiva puede sensibilizar, pero no sustituye grupos focalizados, evaluación profesional ni acceso a salud. La adaptación responsable empieza por mapear recursos reales, definir rutas territoriales y medir dónde se pierden las personas. **Detectar más solo protege cuando el sistema puede recibir mejor.**

4.1. El docente no diagnostica, pero puede ser quien primero ve

El docente comparte una escena privilegiada: observa asistencia, participación, trabajo, vínculos y cambios a lo largo del tiempo. Lo convierte en una persona capaz de notar que algo se aparta del patrón habitual y merece una conversación o una activación institucional.

La distinción protege a ambas partes. Si se exige al docente diagnosticar, se amplían errores, estigma y miedo a actuar. La decisión no depende de nombrar depresión. Puede comenzar con una frase sencilla: "He notado que faltaste tres días y que hoy no pudiste empezar; quiero saber qué necesitas para estar seguro y poder acompañarte".

Ver un cambio, no inventar una explicación

Figura 30

Observar cambios sin asignar etiquetas



Nota. Ilustración editorial original. Los gestos son inespecíficos y no representan diagnósticos.

Un estudiante que deja de entregar trabajos puede estar deprimido, cuidando a un familiar, sufriendo violencia, durmiendo poco, trabajando, siendo acosado o atravesando otra dificultad. Registrar el cambio evita dos extremos: minimizarlo como pereza o convertirlo en diagnóstico. También permite comparar momentos y compartir información útil con el DECE.

Un rol limitado no es un rol pequeño

El docente no administra pruebas clínicas por iniciativa propia, no promete confidencialidad absoluta, no investiga una posible violencia como si fuera autoridad competente y no decide si alguien "realmente" tiene riesgo.

Después de la derivación, su papel continúa. Puede ajustar una fecha, ofrecer instrucciones por etapas, reducir exposición pública, acordar una persona de referencia y observar la reintegración. No necesita conocer la historia clínica completa para hacer esos cambios. La escuela protege mejor cuando distribuye responsabilidades: el docente ve y sostiene; el DECE coordina; salud evalúa y trata; la autoridad asigna recursos y vigila la continuidad.

4.2. Cambios que el aula puede registrar

Los cambios relevantes suelen aparecer en conjuntos y persistir. Ninguno prueba por sí solo una depresión ni permite predecir un suicidio (OMS, 2020). La comparación útil es con el funcionamiento previo de esa persona y con su contexto. Una estudiante siempre reservada no equivale a otra que dejó de hablar después de un episodio de acoso. Registrar no significa vigilar cada gesto. Significa reconocer una variación sostenida, su impacto y los acontecimientos que la rodean, para decidir una respuesta proporcionada.

Una ficha que describe, no sentencia

Figura 31

Registrar lo que ocurrió para poder actuar



Nota. Ilustración editorial original. Los objetos simbolizan registro oportuno y custodia de información.

Una observación objetiva podría decir: "El 12 y 14 de mayo permaneció con la cabeza sobre el escritorio durante la primera hora; al ofrecerle salir con un adulto, respondió que no había dormido".

La ficha incluida al final de este capítulo no contiene casillas diagnósticas. Pide hechos, cambios, palabras relevantes, apoyos ofrecidos y siguiente acción.

El patrón importa más que la impresión

Un único momento puede engañar. La irritabilidad de una mañana quizá responda a una discusión; la somnolencia, a una noche de cuidados; el silencio, a una forma cultural de participación. También preguntar al propio estudiante, en vez de construir una historia entre adultos.

Los cambios súbitos requieren especial atención, pero no siempre se ven como tristeza. Puede aparecer una calma inesperada después de días de agitación, una despedida inusual, la entrega de pertenencias o una expresión directa de no querer vivir. Ante esas señales, no se espera a reunir un patrón perfecto.

Observar también exige revisar nuestros sesgos

La misma conducta no recibe la misma lectura en todos los cuerpos. La irritabilidad de un varón puede castigarse como desafío; el retraimiento de una niña puede pasar por obediencia. La pobreza puede confundirse con falta de interés, y la diversidad sexual con problema disciplinario. La observación responsable pregunta: ¿describiría igual este comportamiento en otra persona?, ¿qué información contextual falta?, ¿estoy documentando un hecho o defendiendo una expectativa cultural? UNESCO (2019) advierte que el acoso y la exclusión afectan de manera desigual a grupos ya vulnerados.

4.3. La conversación que no puede esperar

La conversación debe ocurrir en un lugar suficientemente privado, pero visible o abierto según las normas de protección. No se realiza frente al curso ni durante una sanción. Luego abre espacio: "¿Qué está pasando?" y "¿cómo puedo ayudarte ahora?".

Si aparecen expresiones de muerte, autolesión o imposibilidad de mantenerse a salvo, preguntar de forma directa no introduce la idea. Permite conocer una necesidad que quizá ya estaba presente (OMS, 2021). La pregunta puede ser: "¿Has pensado en morir o en hacerte daño?".

A la misma altura

Figura 32

Una conversación a la misma altura



Nota. Ilustración editorial original. La escena orienta postura y entorno; no reemplaza protocolos de protección.

Sentarse a la misma altura comunica algo que las palabras no siempre logran: no estás ante un interrogatorio.

Preguntar directo y actuar con proporción

Si el estudiante responde que ha pensado en morir o hacerse daño, no se le deja solo mientras se busca apoyo. Si existe lesión, intoxicación, peligro inminente o imposibilidad de mantener seguridad, corresponde activar atención de emergencia; en Ecuador, el lineamiento nacional remite al ECU 911 para emergencias (MSP, 2026). La pregunta directa no convierte al docente en evaluador clínico. Su función es reconocer un umbral de protección.

Después de escuchar, explicar el siguiente paso

Una revelación puede cerrarse si el adulto desaparece para "hacer llamadas" sin explicar. Dar secuencia devuelve una pequeña cuota de control. Siempre que sea seguro, el estudiante participa en cómo informar a la familia: quién llama, qué se dice primero y quién estará presente. Si el hogar es fuente de violencia, rechazo o amenaza, la institución no contacta mecánicamente a la persona registrada como representante; activa la ruta de protección correspondiente. Proteger no es actuar a espaldas de quien confió.

4.4. Lo que nunca debe prometerse

"Esto quedará entre nosotros" parece una frase de confianza, pero puede encerrar al docente en un secreto imposible. Es mejor decir

desde el inicio: "Cuidaré tu privacidad, pero si creo que estás en peligro tendré que pedir ayuda; te contaré con quién y por qué".

Tampoco se promete que todo se resolverá, que nadie se enterará, que la familia reaccionará bien o que la atención será inmediata.

Confidencialidad con una puerta de seguridad

Figura 33

Privacidad con una salida hacia la protección



Nota. Ilustración editorial original. La carpeta simboliza privacidad y la puerta, límites de seguridad.

La privacidad no equivale a aislamiento. En la práctica, se comparte el mínimo necesario con quienes tienen una función concreta. Cada transferencia debe responder cuatro preguntas: ¿quién necesita saber?, ¿para qué?, ¿qué parte es suficiente? y ¿cómo quedará protegida?

Frases que sostienen y respuestas que conviene evitar

Tabla 23

Una misma preocupación puede cerrar o abrir la conversación

Evitar	Puede comunicar	Alternativa
"No es para tanto"	Tu experiencia no cuenta	"Veo que esto pesa; quiero entender"
"Anímate"	Depende solo de tu voluntad	"No tienes que fingir conmigo"
"Prométeme que no harás nada"	Una promesa basta	"Me quedaré y buscaremos ayuda"
"No se lo diré a nadie"	El secreto está por encima de la seguridad	"Compartiré solo lo necesario y te explicaré"

Nota. Ejemplos de elaboración propia. Las alternativas no sustituyen la activación institucional ni la evaluación profesional.

Una frase no sustituye una red, pero puede mantener abierta la puerta hacia ella. El tono y la acción posterior importan tanto como las palabras.

4.5. Apoyos universales, selectivos e indicados

Una escuela protectora no espera una crisis para hablar de bienestar. Organiza apoyos universales para toda la comunidad, selectivos para grupos con necesidades o exposiciones compartidas e indicados para personas que requieren evaluación o intervención especializada (OMS, 2020). Los niveles se complementan; ninguno justifica retrasar otro.

El error frecuente es llamar "prevención" a una semana temática y dejar intactas la humillación pública, la sobrecarga, el acoso o la imposibilidad de pedir ayuda.

Universal: pertenecer antes de necesitar ayuda

Figura 34

Pertenecer sin estar obligado a revelarse



Nota. Ilustración editorial original. La actividad representa una opción universal, no una prueba psicológica.

Un apoyo universal puede ser tan discreto como una entrada previsible, opciones para participar, una revisión emocional breve y voluntaria, normas construidas con el grupo o pausas que no se convierten en castigo. La universalidad no significa dar lo mismo a todos. La pertenencia se diseña preguntando quién queda fuera.

Universal no es superficial

La calidad se reconoce en la continuidad. Un programa aislado puede producir entusiasmo durante una semana; una práctica sostenida modifica expectativas: los insultos se atienden, las ausencias se revisan, el adulto vuelve a preguntar y los estudiantes saben dónde acudir. El clima escolar se construye en la repetición.

También se necesitan límites. No toda actividad socioemocional tiene evidencia equivalente y no todo docente debe facilitar contenidos clínicos. La OMS (2020) recomienda intervenciones promotoras y preventivas para adolescentes, pero su aplicación exige pertinencia y capacidad. Comprar materiales no equivale a implementar; capacitar una vez no equivale a sostener competencia.

Selectivo: apoyo adicional sin convertirlo en marca

Los apoyos selectivos pueden dirigirse a estudiantes expuestos a duelo, desplazamiento, violencia comunitaria, acoso, transición escolar o dificultades emocionales identificadas. Pueden incluir grupos pequeños, tutoría intensificada, acompañamiento de asistencia o

habilidades específicas. La selección debe basarse en necesidades y consentimiento apropiado, no en reputaciones docentes.

Existe un riesgo de estigma si el grupo es conocido como "los problemáticos". Conviene cuidar nombre, horario, lugar y explicación. También revisar resultados y posibilidad de salir o pasar a otro nivel. Su función es ofrecer intensidad adicional y detectar quién necesita algo distinto, no retener casos que el sistema sanitario todavía no recibe.

Indicado: cuando la escuela no puede quedarse sola

El apoyo indicado incluye evaluación profesional, plan de seguridad cuando corresponde, tratamiento y coordinación con familia y salud. La derivación debe ocurrir con urgencia proporcional y recepción verificada.

Aquí aparece la desigualdad más cruda. Dos estudiantes con la misma necesidad pueden recibir respuestas distintas según ciudad, seguro, transporte, idioma o capacidad familiar para insistir. Si la política aumenta la detección sin financiar atención, la escuela termina administrando espera. La equidad se mide por el apoyo que efectivamente llega, no por el derecho escrito de solicitarlo.

4.6. Metodologías docentes que protegen

Enseñar también modifica riesgo. La claridad de instrucciones, la posibilidad de corregir, la retroalimentación privada, el trabajo

cooperativo y los ajustes razonables pueden reducir vergüenza, aislamiento y sensación de fracaso. No son tratamiento para la depresión; son condiciones pedagógicas que evitan añadir daño.

Una metodología protectora mantiene expectativas, pero separa valor personal de desempeño. En vez de "si no entregas es porque no te importa", pregunta qué barrera impide empezar y acuerda un primer paso. En vez de leer una calificación frente al grupo, ofrece retroalimentación confidencial. Consiste en graduarlo, hacerlo comprensible y revisar si la forma de evaluar está midiendo aprendizaje o capacidad de soportar presión.

Previsibilidad para un cerebro bajo presión

La depresión, la ansiedad, el trauma y la privación de sueño pueden afectar atención, memoria de trabajo y velocidad. Dividir instrucciones, anticipar cambios, mostrar un ejemplo y permitir pausas breves reduce demanda ejecutiva sin disminuir el objetivo académico.

La previsibilidad también protege a quienes nunca revelarán un diagnóstico. Por eso estos ajustes pueden formar parte del diseño universal: agenda visible, criterios claros, opciones de participación y plazos con mecanismos de recuperación. El acceso pedagógico debe comenzar por la barrera observada; la información sanitaria se solicita solo cuando es necesaria para decisiones específicas.

Cooperar y reparar en lugar de exhibir

Figura 35

Cooperar, poner límites y reparar



Nota. Ilustración editorial original. La reparación solo procede cuando existe seguridad y participación voluntaria.

El aprendizaje cooperativo bien estructurado distribuye roles, evita que una persona cargue todo y permite que el grupo conozca fortalezas diversas. La humillación pública puede obtener silencio, pero no aprendizaje. Una escuela crítica revisa no solo la conducta estudiantil, sino la manera adulta de responderle.

Evaluar sin convertir cada prueba en un veredicto

Para un estudiante deprimido, una acumulación de tareas puede sentirse como evidencia de que nunca alcanzará. La escuela no resuelve esto regalando calificaciones ni eliminando toda exigencia.

Puede priorizar aprendizajes esenciales, fraccionar entregas, permitir recuperación, variar formas de demostrar dominio y acordar un calendario realista.

Los ajustes deben tener responsable y fecha de revisión. Si son indefinidos, pueden reducir oportunidades; si duran dos días por simple formalidad, no cambian nada. También conviene evitar que el estudiante deba contar su historia a cada docente. La confidencialidad bien organizada disminuye exposición y mejora cumplimiento.

Los pares forman parte del clima, no del tratamiento

Los compañeros pueden ofrecer pertenencia, advertir un cambio y acompañar a pedir ayuda. Los programas entre pares requieren capacitación, supervisión y rutas claras; de lo contrario, trasladan a adolescentes una carga adulta.

La institución puede enseñar una regla simple: escuchar, no prometer secreto y buscar a un adulto confiable. También debe proteger a quien informa frente a represalias y evitar presentarlo como "salvador". Si un estudiante cuenta algo grave y el adulto lo devuelve al grupo para que "lo apoyen", la escuela ha confundido participación con abandono.

4.7. De la observación a la derivación cálida

Una derivación fría entrega un número, una ficha o una dirección y supone que el resto ocurrirá. Una derivación cálida confirma quién

recibe, cuándo, por qué medio y qué hará la escuela mientras tanto. Incluye consentimiento cuando corresponde, comunicación mínima necesaria y seguimiento. La calidez no es un gesto amable añadido al trámite; es ingeniería de continuidad. Muchas rutas fallan en los intervalos: entre docente y DECE, entre DECE y familia, entre escuela y salud, entre alta clínica y regreso al aula. Cada paso necesita una transferencia explícita. El sistema debe medir esas diferencias.

Pasar la responsabilidad sin soltar a la persona

Figura 36

La persona permanece dentro de la derivación



Nota. Ilustración editorial original. La silla simboliza el servicio que debe incorporarse, no una ausencia o muerte.

En una derivación cálida, el estudiante no desaparece detrás de la carpeta. Participa en la conversación y sabe quién hará qué. La silla vacía recuerda al servicio que todavía falta incorporar. Significa que ninguna use su límite como excusa para abandonar.

Activar el mismo día cuando el tiempo importa

Una preocupación no aguda puede conversarse, registrarse y remitirse al referente con seguimiento acordado. Una expresión de muerte, autolesión reciente o duda sobre seguridad exige activación el mismo día. El flujograma de la herramienta 3 parte de señales observables, no de un diagnóstico docente. El mismo día no significa dejar el formulario en una bandeja antes de salir.

Cerrar una derivación exige evidencia de continuidad

La escuela puede considerar completada una transferencia cuando conoce el resultado operativo: la familia fue contactada de forma segura, el servicio recibió, se definió un próximo paso y existen apoyos escolares mientras continúa la atención. Cuando la familia no acude, la primera pregunta no debería ser "¿por qué no cumplió?", sino "¿qué barrera apareció?". Transporte, costo, miedo, horario, experiencias previas, violencia, idioma o desconocimiento pueden impedir el acceso. La adherencia no es una virtud individual: también es el resultado de servicios accesibles y relaciones confiables.

4.8. Qué corresponde al DECE

El Modelo de Gestión del Departamento de Consejería Estudiantil organiza acciones de consejería, promoción y prevención, atención psicosocial e inclusión socioeducativa. El DECE acompaña, orienta, coordina, deriva y da seguimiento; no es un consultorio privado dentro de la escuela ni la oficina donde se deposita todo lo que incomoda al aula (Ministerio de Educación del Ecuador, 2023).

Un equipo que conecta territorio y escuela

Figura 37

Coordinar requiere territorio, tiempo y equipo



Nota. Ilustración editorial original. No representa una oficina o distrito concretos.

El DECE necesita conocer el territorio, no solo el archivo. Ese mapa cambia; por eso se verifica, no se copia cada año. El trabajo interdisciplinario permite leer una situación desde lo psicológico, social, educativo y comunitario.

La sobrecarga no se corrige con vocación

La legislación ecuatoriana establece como referencia máxima un profesional DECE por cada 450 estudiantes y prevé reducción progresiva de esa relación, además de mecanismos de enlace para instituciones pequeñas. Ese máximo no es una meta deseable ni asegura disponibilidad: una sola persona puede atender varios planteles, trayectos rurales, crisis, prevención, inclusión, informes y coordinación intersectorial (Ley Orgánica Reformatoria de la Ley Orgánica de Educación Intercultural, 2021; Ministerio de Educación del Ecuador, 2023).

Cuando la carga supera la capacidad, aparecen listas de espera, intervenciones breves, seguimientos discontinuos y desgaste profesional. La vocación puede sostener una jornada difícil; no puede crear horas, transporte ni servicios clínicos inexistentes.

Coordinar no es perseguir respuestas indefinidamente

El DECE suele convertirse en traductor entre aula, familia, salud, protección y justicia. Esa función es esencial, pero puede degradarse en una cadena de llamadas sin poder de resolución. Un sistema serio

establece acuerdos interinstitucionales, puntos focales, tiempos de respuesta, canales de escalamiento y retroalimentación mínima.

También cuida a quienes cuidan. La supervisión técnica, el relevo después de crisis, la formación continua y los límites de disponibilidad reducen errores y desgaste. La responsabilidad institucional comienza donde termina el heroísmo. Si para que la ruta funcione alguien debe incumplir horarios, pagar transporte o usar contactos informales, la ruta formal todavía no funciona.

4.9. Evaluar no es pasar un test

Una evaluación integra entrevista, observación, funcionamiento, historia, contexto, información de distintas fuentes y, cuando aporta, instrumentos estandarizados. Tampoco produce un diagnóstico automático. La U.S. Preventive Services Task Force (2022) recomienda detección de depresión en adolescentes de 12 a 18 años cuando existen sistemas adecuados para diagnóstico, tratamiento y seguimiento. La condición es central: aplicar preguntas sin capacidad posterior no constituye un programa de detección responsable. Prudencia no significa inacción ante señales: significa escoger bien propósito y herramienta.

Escuchar varias fuentes sin perder la voz principal

Figura 38

Evaluar es reunir contexto, voces y tiempo



Nota. Ilustración editorial original. Los materiales no reproducen instrumentos ni historias clínicas reales.

El estudiante puede describir desesperanza que nadie observa; la familia, cambios de sueño; el docente, descenso en participación. Muestran contextos distintos. También debe preguntar por fortalezas, apoyos, identidad, cultura y barreras.

Elegir instrumentos por propósito, no por costumbre

El PHQ-A puede apoyar la detección de síntomas depresivos en adolescentes; el MFQ o su versión breve exploran síntomas en población infantil y adolescente; el CDI-2 dispone de informes desde diferentes perspectivas y es comercial; la C-SSRS organiza preguntas sobre ideación y conducta suicida cuando es aplicada con capacitación. Ninguno debe presentarse como detector infalible (Johnson et al., 2002; Posner et al., 2011; Thabrew et al., 2018).

La matriz de la herramienta 4 obliga a revisar edad, propósito, informante, licencia, evidencia regional y límites. El instrumento más conocido no siempre es el adecuado. La facilidad de acceso no reemplaza la competencia profesional ni el cumplimiento de licencia.

La validez también tiene geografía

Un instrumento validado en un país, idioma o población no conserva automáticamente el mismo significado en una comunidad ecuatoriana. Las palabras para tristeza, cansancio, muerte o pertenencia varían; también cambian las condiciones de aplicación. La adaptación exige revisar comprensión, equivalencia, accesibilidad y evidencia local o regional.

La ausencia de validación ecuatoriana no siempre impide todo uso, pero debe declararse como límite y reducir la seguridad de las conclusiones. Conviene priorizar versiones autorizadas y evidencia cercana, registrar el idioma aplicado y no comparar puntajes como si

fueran universales. Consiste en permitir que la experiencia sea entendida dentro de su mundo, sin abandonar estándares de seguridad.

Un puntaje no predice quién vivirá o morirá

NICE (2022) desaconseja usar escalas de riesgo para predecir suicidio futuro o repetición de autolesión y también para decidir por sí solas quién recibe o no tratamiento.

La evaluación útil formula necesidades actuales: qué pensamientos o conductas existen, qué tan inmediata es la amenaza, qué acceso a peligros hay, qué apoyos funcionan, qué barreras impiden seguridad y qué intervención se requiere. El sistema que exige una categoría simple quizá esté pidiendo al instrumento que resuelva una incertidumbre que solo puede manejarse con continuidad.

4.10. Crisis en la institución educativa

Una crisis exige menos personas, más claridad y una cadena conocida. Se protege el espacio, se mantiene compañía, se retiran estímulos o curiosos, se avisa al referente y se activa salud o emergencia según la situación. No se obliga a caminar por corredores llenos ni a repetir la historia ante cada adulto.

Los protocolos ecuatorianos frente a suicidio e intentos autolíticos establecen responsabilidades para la comunidad educativa y articulación con otras instituciones (Ministerio de Educación del Ecuador, 2023c). Un documento que nadie ensaya se convierte en

lectura de emergencia, justo cuando menos capacidad hay para improvisar.

Presencia tranquila, activación inmediata

Figura 39

En crisis: presencia, privacidad y ayuda en marcha



Nota. Ilustración editorial original. No muestra autolesión, método ni una intervención clínica completa.

La escena segura no necesita sujetar, rodear ni interrogar. Una persona permanece a la misma altura; otra activa ayuda. La comunicación debe ser breve y operativa: qué ocurrió, qué se observa, qué dijo la persona, qué acción ya se tomó y dónde está.

Una secuencia que todos deben conocer

Primero, asegurar presencia y atención médica inmediata cuando corresponda. Segundo, activar al DECE o autoridad focal sin dejar sola a la persona. Tercero, contactar a una persona adulta segura y al servicio requerido. Cuarto, realizar transferencia confirmada. Quinto, documentar hechos y decisiones con acceso restringido. Sexto, acordar seguimiento y retorno.

La secuencia no es rígida: varias acciones ocurren a la vez. Sí establece responsabilidades. Debe estar disponible para jornada diurna, nocturna, modalidades a distancia y actividades fuera del plantel. Los simulacros no deben representar escenas de suicidio; pueden practicar comunicaciones, roles, contactos y recepción con casos ficticios no gráficos.

Contactar a la familia requiere una pregunta previa

La familia suele ser aliada central y necesita información para cuidar. Sin embargo, no toda persona registrada es segura. Corresponde activar protección conforme a la normativa y consultar a profesionales competentes.

Cuando el contacto es seguro, la institución comunica con claridad y evita culpabilizar: describe hechos, explica la urgencia y solicita presencia. También verifica que el estudiante no se retire solo y que la transferencia sea real. La persona receptora debe comprender el plan inmediato y saber qué hacer si la seguridad cambia.

Después de la crisis comienza otra responsabilidad

Una vez realizada la transferencia, el equipo escolar necesita una revisión breve: qué funcionó, dónde hubo demora, quién quedó afectado, qué información debe protegerse y cuándo se contactará a la familia. Se trata de corregir la ruta antes de la siguiente vez.

El personal que respondió puede requerir apoyo y supervisión. Los compañeros que presenciaron la situación necesitan información general, contención y un canal para pedir ayuda, sin detalles privados. La institución también conserva materiales o registros relevantes conforme a normas, pero evita convertir el hecho en rumor. La continuidad incluye tratamiento, ajustes pedagógicos, comunicación responsable y un plan de regreso.

4.11. Volver a clases también es tratamiento social

Regresar a la escuela después de una crisis o una hospitalización puede devolver rutina, identidad y vínculos; también puede exponer a preguntas, tareas acumuladas y miedo. La reintegración requiere preparación conjunta entre estudiante, familia, escuela y equipo tratante, con información mínima necesaria y fecha de revisión (Marraccini et al., 2022; Tougas et al., 2022).

No existe un único ritmo. Algunas personas vuelven de forma gradual; otras necesitan jornada completa con ajustes. El plan debe considerar asistencia, carga académica, espacios de pausa, referente, seguridad,

comunicación y manejo de ausencias. Es construir una normalidad habitable mientras continúa la recuperación.

Entrar sin tener que explicar toda la ausencia

Figura 40

Regresar sin convertir el retorno en espectáculo



Nota. Ilustración editorial original. No representa a una persona, escuela o alta clínica reales.

Un regreso digno se parece a un día escolar, no a una ceremonia. La vida cotidiana vuelve poco a poco. Conviene acordar una respuesta breve para preguntas de pares y respetar que el estudiante elija cuánto compartir.

El plan de reintegración cabe en una página

Un plan útil identifica fecha y forma de regreso, adulto referente, horario, carga priorizada, lugar de pausa, señales para pedir ayuda, modo de contacto con familia y equipo tratante, y fecha de revisión. Debe incluir la voz del estudiante: qué le preocupa, qué apoyo acepta y qué podría hacerlo abandonar otra vez. La investigación sobre reintegración escolar subraya coordinación, flexibilidad y continuidad, aunque la evidencia todavía es limitada y los contextos varían (Vanderburg et al., 2023). Esto obliga a evaluar cada plan, no a aplicar una plantilla como garantía. Ajustar no es fracasar; es responder a información nueva.

Recuperar aprendizaje sin cobrar la crisis

Exigir de inmediato todas las tareas atrasadas convierte la reintegración en deuda. La institución puede distinguir aprendizajes esenciales de actividades prescindibles, ofrecer evaluaciones alternativas y ordenar un calendario gradual. También debe revisar sanciones por ausencia cuando esta estuvo vinculada con salud o protección. La flexibilidad necesita coordinación para evitar que diez docentes hagan diez acuerdos incompatibles. Una persona concentra el plan y comunica cambios. Los objetivos se revisan con el estudiante, no solo sobre él. Volver a clases es recuperar un lugar social y académico, no ocupar una silla mientras todos deciden alrededor.

4.12. Posvención sin contagio ni silencio

La posvención reúne acciones posteriores a una muerte por suicidio para apoyar a la comunidad, reducir riesgos y facilitar duelo y acceso a ayuda. No busca borrar lo ocurrido ni convertirlo en relato ejemplar. Debe comenzar pronto, coordinarse con la familia y adaptarse a la información confirmada (Suicide Prevention Resource Center, 2018). El silencio institucional alimenta rumores; la comunicación detallada o idealizada puede aumentar daño. La respuesta responsable ofrece hechos básicos, reconoce el dolor, evita el método, comparte recursos y permite reacciones diversas.

Figura 41

Coordinar apoyo sin idealizar la Muerte



Nota. Ilustración editorial original. Se evita deliberadamente todo método, retrato, altar o símbolo romántico.

El equipo define quién habla, qué información está confirmada, cómo se protege a la familia, qué apoyos estarán disponibles y cómo se observarán ausencias o reacciones intensas. La comunicación coherente reduce versiones contradictorias. La sobriedad no es frialdad: es una forma de cuidar a quienes escuchan.

Hablar con verdad, sin método ni simplificaciones

La OMS (2023) recomienda comunicación que evite detalles del método, lenguaje sensacionalista y explicaciones monocausales. Luego se aclara que el suicidio es complejo, que la ayuda existe y que las conversaciones son confidenciales dentro de límites de seguridad.

No se atribuye la muerte al acoso, una ruptura, una nota o una enfermedad aislada, aunque esos factores puedan formar parte del contexto. Tampoco se presenta como elección romántica o inevitable. El mensaje central no es "aprendan de esta tragedia", sino "nadie debe atravesar el dolor solo y los adultos responderán".

Identificar vulnerabilidad sin producir una lista pública

El apoyo intensificado puede ser necesario para amistades cercanas, hermanos, quienes presenciaron hechos, personas con duelo reciente, antecedentes de autolesión, exposición a violencia o identificación intensa con la muerte.

La revisión sistemática de Webb et al. (2026) encontró una base de evidencia todavía heterogénea para las intervenciones escolares de

posvención. Esto exige humildad, evaluación y apoyo especializado. La escuela observa asistencia, funcionamiento y seguridad durante semanas y fechas sensibles; ofrece atención sin obligar a hablar. El duelo y el riesgo tienen calendarios distintos al administrativo.

4.13. Protocolos ecuatorianos: lo escrito y lo que ocurre

Ecuador cuenta con un Modelo de Gestión DECE, un Plan Nacional de Prevención de Riesgos Psicosociales y protocolos específicos frente a suicidio e intentos autolíticos. Sus ejes reconocer, acompañar y actuar y sus responsabilidades ofrecen una base necesaria (Ministerio de Educación del Ecuador, 2025).

La implementación se juega en preguntas ordinarias: ¿el docente conoce la ruta?, ¿hay profesional disponible?, ¿el contacto territorial responde?, ¿la familia puede trasladarse?, ¿salud recibe?, ¿la escuela sabe qué hacer al día siguiente? La crítica útil no desacredita el protocolo; identifica qué condiciones materiales necesita para cumplir su promesa.

La ruta se rompe donde nadie mide

Los registros suelen contar capacitaciones, casos informados o derivaciones emitidas. Son datos importantes, pero insuficientes. Si no se mide tiempo hasta recepción, porcentaje de referencias atendidas, continuidad a treinta días, cobertura rural, ajustes implementados y

experiencia estudiantil, el sistema conoce su actividad y desconoce su eficacia.

También debe registrar negativas, demoras y puntos de pérdida. Ocultarlos para mostrar cumplimiento impide asignar recursos. Una escuela no debería ser sancionada por evidenciar que un servicio externo no recibió; debería contar con un canal para escalar la brecha. Castigar a quien reporta produce silencio; analizar la cadena produce mejora.

Del cumplimiento defensivo a la protección verificable

El cumplimiento defensivo pregunta qué documento protegerá a la institución si algo sale mal. La protección verificable pregunta qué acción reduce el peligro hoy y cómo sabremos si ocurrió. Ambas necesitan registro, pero tienen prioridades distintas. Una referencia puede demostrar envío; no demuestra recepción.

La autoridad educativa debería auditar trayectorias anonimizadas: hora de la señal, primer contacto, decisión, transferencia, barreras, seguimiento y retorno. También escuchar a estudiantes y familias. El protocolo debe ser memoria del cuidado, no escudo frente a la responsabilidad.

4.14. El presupuesto también protege

Cada promesa del capítulo tiene costo: tiempo docente para conversar, profesionales DECE, supervisión, conectividad, transporte rural,

espacios confidenciales, formación, traducción, instrumentos autorizados, servicios de salud y seguimiento. Presentar estas condiciones como asuntos de actitud vuelve invisible la decisión pública que las distribuye.

El presupuesto es una intervención preventiva porque determina cuántas personas pueden responder y cuánto deben esperar. También revela prioridades. Financiar campañas sin financiar recepción produce demanda sin puerta; comprar pruebas sin pagar evaluación produce puntajes sin cuidado; contratar profesionales sin asegurar supervisión y permanencia puede aumentar cobertura y mantener rotación. Todo lo demás corre el riesgo de ser escenografía institucional.

Un avance que todavía deja una deuda explícita

En octubre de 2025, el Ministerio de Educación, Deporte y Cultura (2025) anunció la contratación de 1.283 nuevos profesionales DECE y comunicó que 5.450 estaban en servicio. Son cifras oficiales referidas a ese momento, no una medición independiente de calidad o acceso. La expansión debe contrastarse con distribución territorial, demanda y continuidad de la atención.

La lectura crítica no desprecia el avance ni convierte la cifra en triunfo cerrado. Contratar es necesario. La protección se completa cuando esa contratación modifica la experiencia de pedir ayuda, especialmente en lugares donde antes nadie llegaba.

Medir recursos por lo que permiten hacer

Tabla 24

Tablero mínimo para saber si la ruta protege

Dimensión	Indicador verificable	Pregunta crítica
Capacidad	Estudiantes por profesional; presencia por plantel	¿Quién queda sin acceso regular?
Oportunidad	Tiempo señal–primer contacto y señal–recepción	¿Cuánto espera quien necesita hoy?
Continuidad	% de transferencias recibidas y seguimiento a 30 días	¿Dónde se pierde la trayectoria?
Equidad	Cobertura rural, idioma, discapacidad y sostenimiento	¿La ubicación decide el cuidado?
Calidad	Ajustes cumplidos; voz de estudiantes y familias	¿La respuesta cambió algo?
Personal	Carga, supervisión, rotación y bienestar	¿La ruta depende del agotamiento?

Nota. Elaboración propia. Desagregar sin exponer información identificable. Los indicadores evalúan el sistema, no al estudiante.

Un tablero de protección debe combinar capacidad, oportunidad, continuidad, equidad y bienestar del personal. Publicar indicadores desagregados permite orientar inversión y control social sin exponer casos.

Herramienta 1. Ficha de observación objetiva para docentes

Tabla 25

Registro breve de hechos observables

Campo	Completar sin interpretar
Identificación	Código institucional, curso, fecha y hora
Cambio observado	Qué ocurrió; frecuencia, duración y contexto
Patrón previo	En qué se diferencia de su funcionamiento habitual
Palabras relevantes	Registrar expresión textual breve, si existe
Impacto	Asistencia, participación, aprendizaje, vínculos o seguridad
Respuesta ofrecida	Conversación, ajuste, compañía o activación
Transferencia	Quién recibió, hora y siguiente acción
Seguimiento	Responsable, fecha y criterio para escalar

Nota. Elaboración propia. Guardar con acceso restringido. No registrar rumores, diagnósticos docentes ni detalles íntimos innecesarios.

Esta ficha no incluye casillas de depresión, ansiedad o "riesgo bajo/alto".

Regla de calidad: si otra persona no podría haber visto u oído lo mismo, revise la frase. Sustituya "manipulador" por la conducta observada; sustituya "deprimida" por el cambio, la duración y el impacto. Si existe una señal de seguridad, actúe primero y documente después.

Herramienta 2. Tarjeta de bolsillo para una conversación difícil

Tabla 26

Cinco frases útiles y cinco respuestas a evitar

Puede ayudar	Conviene evitar
"Gracias por decírmelo."	"No es para tanto."
"Quiero entender qué está pasando."	"Tienes todo para estar bien."
"¿Has pensado en morir o hacerte daño?"	"No digas tonterías."
"No voy a dejarte solo mientras buscamos ayuda."	"Prométeme que no harás nada."
"Compartiré solo lo necesario y te explicaré cada paso."	"Esto quedará entre nosotros."

Nota. Elaboración propia. Adaptar el lenguaje a edad, cultura y discapacidad.

La tarjeta cabe en una página porque debe poder consultarse bajo presión. No es un guion clínico.

Después de hablar: permanezca cerca si existe duda de seguridad; active al DECE o autoridad focal; comunique hechos y palabras relevantes; explique el siguiente paso; confirme recepción. Una frase correcta sin continuidad sigue siendo una respuesta incompleta.

Herramienta 3. Activación escolar el mismo día

Tabla 27

Flujograma escolar desde la señal observable

Señal	Respuesta inicial	Transferencia y seguimiento
Cambio persistente sin peligro actual conocido	Conversar, describir hechos y remitir a DECE/focal	Recepción acordada; revisar fecha, apoyos y barreras
Pensamientos de muerte, autolesión reciente o duda de seguridad	No dejar solo; avisar DECE/autoridad; contactar adulto seguro	Evaluación el mismo día; confirmar quién recibe y qué sigue

Lesión, intoxicación, peligro inminente o incapacidad de mantenerse a salvo	Presencia continua, atención inmediata y activación de emergencia	Transferencia directa; información mínima; seguimiento y plan de retorno

Nota. Elaboración propia. No es una escala predictiva ni sustituye evaluación profesional.

El flujograma comienza por lo observable porque el docente no necesita decidir un diagnóstico.

Transferencia confirmada: nombre de quien recibe, hora, siguiente acción y responsable del seguimiento. "Se informó" no basta. Ante emergencia, active los servicios vigentes; en Ecuador, ECU 911. Adapte contactos a la ruta distrital y revíselos al inicio de cada periodo.

Herramienta 4. Matriz para seleccionar instrumentos

Tabla 28

Matriz de selección y límites de instrumentos

Instrumento	**Uso y condiciones**	**Evidencia y límite**
PHQ-A /	Adolescencia; síntomas	Comprobar

PHQ-9A	depresivos. Informante: Autoinforme. Verificar versión y permiso.	adaptación en población cercana. Tamizaje; no diagnóstico.
MFQ / SMFQ	Niñez y adolescencia; síntomas. Informante: Joven / cuidador. Usar traducción autorizada.	Hay estudios internacionales; revisar uso local. Puntaje requiere entrevista.
CDI-2	7–17 años; síntomas y funcionamiento. Informante: Joven / cuidador / docente. Comercial y propietaria.	Revisar normas y adaptación disponibles. Requiere usuario cualificado.
C-SSRS	Ideación y conducta suicida; según versión. Informante: Entrevista capacitada. Uso comunitario gratuito en varias versiones; verificar.	Examinar validación lingüística y contexto. No predice ni reemplaza juicio clínico.

Nota. Síntesis de Johnson et al. (2002), Posner et al. (2011)

La matriz no recomienda una aplicación automática.

Principio de uso: ningún puntaje confirma por sí solo un diagnóstico, predice un suicidio ni decide quién merece atención. Toda respuesta preocupante se integra con entrevista, contexto, funcionamiento, seguridad y seguimiento profesional.

La pregunta que el sistema no puede archivar

El aula puede notar antes que nadie que algo cambió. Pero ninguna pieza protege si la siguiente no recibe. La crítica de este capítulo no busca paralizar a quienes trabajan dentro de escuelas exigidas.

> **Pregunta incómoda:** ¿Estamos cumpliendo un protocolo para proteger a un estudiante o protegiendo el expediente para demostrar que el protocolo fue cumplido?

El capítulo 5 seguirá el trayecto fuera de la escuela: hacia la comunidad, los servicios y las decisiones públicas que determinan si pedir ayuda se convierte, por fin, en recibirla.

Las orientaciones de crisis no sustituyen evaluación profesional ni los protocolos territoriales vigentes.

CAPÍTULO V. QUE NADIE VUELVA A DECIR «NO LO VIMOS VENIR»

Prevenir, intervenir y comprobar que la ayuda llegó

El capítulo anterior terminó en la puerta de la escuela. Este empieza donde demasiadas rutas se rompen: en el trayecto entre quien advierte el sufrimiento y quien debe recibir, proteger y acompañar.

Figura 42

Una puerta abierta no basta: la red debe continuar el camino



Nota. Ilustración editorial original. La escena es simbólica y no representa una institución ni a personas reales.

Una historia que exige mirar el sistema completo

Paola del Rosario Guzmán Albarracín tenía 16 años y estudiaba en un colegio público de Guayaquil. Su historia no se incorpora para

convertir el dolor en espectáculo, sino porque la Corte Interamericana de Derechos Humanos reconstruyó cómo el abuso de poder y la respuesta institucional insuficiente pueden dejar a una adolescente sin una protección efectiva (Corte Interamericana de Derechos Humanos [Corte IDH], 2020).

Este capítulo contiene referencias a violencia sexual y suicidio, sin describir métodos. Tampoco atribuye una muerte a una sola causa ni presume un diagnóstico que el expediente no estableció. La pregunta central es otra: ¿qué debía haber ocurrido desde la primera señal hasta la comprobación de que Paola estaba a salvo?

Paola tenía derecho a ser escuchada

La sentencia documentó que el vicerrector ejerció violencia sexual aprovechando una relación profundamente desigual. No fue una relación entre pares ni una historia sentimental: existían autoridad, dependencia académica y temor a consecuencias escolares. La institución conocía prácticas abusivas y no construyó una respuesta capaz de detenerlas (Corte IDH, 2020).

Nombrar con precisión importa. Cuando el lenguaje adulto suaviza la violencia «problema personal», «malentendido», «rumor» desplaza la atención desde la conducta del agresor hacia la credibilidad de la adolescente. Escuchar no significa interrogarla hasta agotar cada detalle; significa creer que merece protección, conservar evidencia pertinente y activar a quienes tienen competencia para intervenir.

Cuando cada oficina conserva solo una parte Una señal puede aparecer en asistencia, rendimiento, salud, convivencia o en una conversación informal. Si cada área archiva su fragmento sin conectarlo con los demás, el sistema produce información, pero no comprensión. Esa fragmentación es especialmente peligrosa cuando el estudiante depende de la misma autoridad señalada o teme consecuencias por hablar.

Figura 43

La información fragmentada no forma una red de protección



Nota. Ilustración editorial original. Representa la discontinuidad institucional de manera simbólica.

El daño también puede provenir de la respuesta

Las instituciones pueden agravar el sufrimiento cuando dudan de forma automática, exponen la intimidad, obligan a repetir el relato, confrontan sin protección o entregan la responsabilidad a una familia sin verificar si allí existe seguridad. En esos momentos, el procedimiento deja de ser neutral: puede volverse una segunda experiencia de desprotección.

El deber no consiste en prometer secreto absoluto. Consiste en explicar, con palabras comprensibles, qué información debe compartirse, con quién, para qué y cuál será el siguiente paso. La participación de niñas, niños y adolescentes es un derecho; su opinión debe considerarse según edad y madurez, incluso cuando los adultos tengan el deber de actuar para protegerlos (Comité de los Derechos del Niño, 2009, 2016).

Lo que sabemos y lo que no debemos inventar

Paola murió por suicidio en diciembre de 2002. El expediente permite afirmar la existencia de violencia, relaciones de poder y fallas de protección; no autoriza a convertir esa complejidad en una explicación única ni a afirmar retrospectivamente que padecía un trastorno específico. La comunicación responsable conserva esa frontera.

Figura 44

La ausencia que obliga a revisar el camino institucional



Nota. Ilustración editorial original. La silla vacía es un símbolo; no reconstruye la muerte ni representa a Paola Guzmán.

Una sentencia que convirtió la memoria en obligación

En 2020, la Corte IDH declaró responsable al Estado ecuatoriano por violaciones relacionadas con la vida, la integridad personal, la vida privada, la educación, la igualdad y las garantías judiciales. También reconoció el sufrimiento causado a la familia y estableció medidas de reparación y no repetición (Corte IDH, 2020).

La reparación se prueba en la vida cotidiana

Una capacitación firmada no demuestra que una persona sepa responder. Un protocolo distribuido no demuestra que una derivación

sea recibida. Un registro cerrado no demuestra que el niño haya recuperado seguridad. Las medidas de no repetición se vuelven reales cuando cambian decisiones observables: quién escucha, cuánto tarda la respuesta, quién confirma la atención y quién vuelve a preguntar.

> **Pregunta de control.** Si hoy ocurriera una situación semejante, ¿podría la institución demostrar —sin exponer datos sensibles— quién recibió la alerta, qué protección se activó y cuándo se comprobó la continuidad del cuidado?

Esta pregunta desplaza la atención desde la existencia del documento hacia el resultado de protección. No exige perfección instantánea; exige trazabilidad, aprendizaje y responsabilidad compartida.

Del «alguien debió verlo» al «alguien debe unirlo»

Después de una tragedia suele aparecer una frase: «nadie lo vio venir». A veces es cierta; otras veces oculta que muchas personas vieron algo distinto y ninguna tuvo la tarea, la autoridad o los recursos para unir las partes. La prevención sistémica no descansa en una intuición extraordinaria. Descansa en señales compartidas con prudencia, responsabilidades explícitas y recepción confirmada. Tampoco toda muerte puede prevenirse mediante una ruta escolar. Reconocer ese límite evita culpas retrospectivas y promesas imposibles. Sin embargo, un sistema sí puede reducir oportunidades perdidas, responder antes,

disminuir el abandono y aprender de cada quiebre. Esa es una responsabilidad concreta y evaluable.

Un contrapunto posible: registrar para acompañar

Uruguay ofrece un contraste útil. En 2022 puso en marcha un registro digital nacional de intentos de suicidio en los servicios de emergencia; la notificación debe realizarse dentro de 24 horas y la información es revisada para activar seguimiento clínico. La Organización Mundial de la Salud describió este sistema en 2025 como una conexión entre vigilancia y cuidado, con auditorías y plazos de seguimiento definidos.

Figura 45

Cuando el registro se convierte en una llamada de seguimiento



Nota. Ilustración editorial original basada conceptualmente en la experiencia uruguaya; no representa pacientes ni establecimientos reales.

La tecnología no reemplaza la relación

El valor del registro uruguayo no está en la pantalla. Está en la regla que obliga a revisar, contactar y verificar. Según la OMS (2025), el ingreso promedio toma pocos minutos, un especialista valida la información, el equipo la revisa diariamente y la guía clínica prevé seguimiento dentro de 48 horas y nuevamente a los siete días.

Estos datos describen un sistema prometedor, no una prueba de que una plataforma prevenga por sí sola cada muerte. La lección transferible es más sobria: cualquier registro debe tener un dueño operativo, un plazo y una acción asociada. Si no produce cuidado, el dato se convierte en una carga administrativa adicional.

5.1. Por qué una ruta puede fallar, aunque exista

Una ruta puede estar técnicamente bien escrita y fracasar en su recorrido. Basta con que una escuela detecte y remita, pero el servicio no reciba; que salud atienda una vez, pero nadie sostenga el regreso; o que una familia escuche instrucciones sin comprenderlas ni poder costear el transporte. El fallo aparece en las conexiones.

La implementación debe evaluarse por dimensiones diferentes: aceptación, adopción, adecuación, viabilidad, fidelidad, costo, alcance y sostenibilidad (Proctor et al., 2011). Confundirlas produce conclusiones engañosas. Que el personal valore una ruta no significa que pueda ejecutarla; que la ejecute una semana no significa que sea sostenible.

Cinco puntos donde suele romperse la protección

Tabla 29

Cadena mínima de una ruta verificable

Momento	Fallo frecuente	Evidencia de protección
Detección	Se etiqueta o se espera una certeza diagnóstica.	Se registran hechos observables y contexto.
Activación	La alerta queda en un correo o formulario.	Una persona responsable acusa recibo.
Recepción	Se entrega un contacto y se cierra el caso.	El servicio confirma cita, valoración o plan alterno.
Continuidad	Nadie pregunta qué ocurrió después.	Existe seguimiento con plazos y responsable.
Aprendizaje	El error se oculta por temor a sanciones.	El sistema revisa el quiebre y corrige.

Nota. Elaboración propia a partir de Proctor et al. (2011), OMS (2021) y OMS y UNICEF (2024). No es una escala diagnóstica.

La columna decisiva es la última: transforma una intención en una comprobación.

Derivar no es soltar

La frase «se derivó el caso» describe un movimiento administrativo, no un resultado. Una derivación responsable identifica el destino, obtiene una confirmación, explica el proceso a la familia y al estudiante, prevé qué hacer si la cita no ocurre y mantiene un punto de contacto. Si alguno de esos eslabones falta, la ruta debe mostrarlo, no esconderlo.

> **Prueba de recepción.** Toda derivación debería poder responder cuatro preguntas: ¿quién recibió?, ¿cuándo?, ¿qué paso concreto sigue? y ¿quién comprobará que ocurrió?

La confidencialidad limita quién conoce los detalles; no impide saber si la protección se activó. Se puede confirmar continuidad sin circular historias clínicas ni convertir al estudiante en tema de conversación institucional.

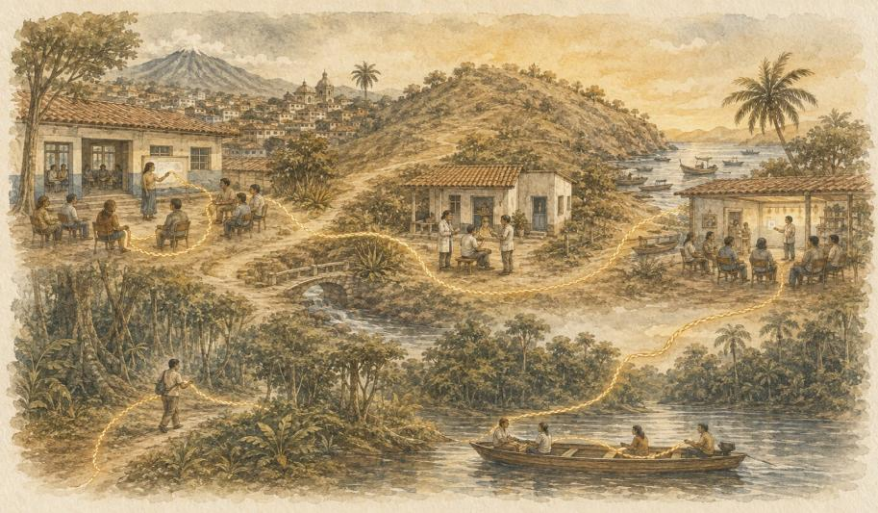
5.2. Qué puede aprender Ecuador de América del Sur

Aprender de la región no significa copiar una plataforma, una escala o un organigrama. Significa identificar el principio que produjo valor y traducirlo al territorio ecuatoriano. Uruguay muestra el potencial de unir registro y seguimiento; otros sistemas escolares y sanitarios de la región recuerdan que prevención, atención y protección requieren coordinación multisectorial. La Estrategia para mejorar la salud mental y la prevención del suicidio en las Américas pide fortalecer liderazgo,

servicios comunitarios, promoción, prevención y sistemas de datos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

Figura 46

Aprendizajes regionales que deben traducirse al territorio



Nota. Ilustración editorial original.

Tabla 30

De la experiencia regional a una decisión ecuatoriana

Aprendizaje	Principio transferible	Pregunta para Ecuador
Uruguay	Registro ligado a revisión y seguimiento.	¿Cada alerta tiene plazo y responsable?

OPS	Gobernanza y servicios comunitarios.	¿Quién coordina entre sectores y territorios?
OMS	Intervenciones más pilares de implementación.	¿Hay capacidad, presupuesto y medición?
Derechos de niñez	Participación y confidencialidad proporcional.	¿El estudiante entiende y puede opinar?

Nota. Síntesis y elaboración propia.

5.3. Principios no negociables

Antes de definir pasos, una ruta necesita límites éticos. El primero es la dignidad: ningún procedimiento justifica humillar, culpabilizar o exhibir. El segundo es la seguridad: ante riesgo inmediato, la protección física y la atención competente tienen prioridad. El tercero es la participación: el estudiante no es un paquete que los adultos trasladan, sino una persona con derecho a comprender y ser escuchada. El cuarto principio es la proporcionalidad. No toda tristeza requiere emergencia, y no toda calma aparente descarta riesgo. La respuesta debe corresponder a los hechos y a una valoración competente. El quinto es la continuidad: nadie da por cerrado un caso solo porque envió un documento.

La protección se construye alrededor de la persona

Los servicios de salud mental para niñas, niños y jóvenes funcionan mejor cuando se organizan como redes comunitarias conectadas con educación, protección social y justicia, y cuando las personas usuarias participan en su diseño (OMS & UNICEF, 2024).

Figura 47

La persona en el centro de una red que comparte deberes



Nota. Ilustración editorial original. La disposición circular representa corresponsabilidad, no una técnica clínica.

Un piso ético antes del procedimiento

Tabla 31

Principios no negociables de la ruta

Principio	**Se ve cuando...**	**Se vulnera cuando...**
Dignidad	Se habla sin juicio y con lenguaje comprensible.	Se culpa, ridiculiza o expone.
Seguridad	La urgencia activa protección competente.	Se deja sola a la persona o se minimiza.
Participación	Se explica, consulta y escucha.	Se decide todo sin informar.
Privacidad	Solo conoce quien necesita intervenir.	El relato circula por curiosidad.
Continuidad	Alguien confirma y vuelve a contactar.	El formulario sustituye el cuidado.

Nota. Elaboración propia basada en el Comité de los Derechos del Niño (2009, 2016) y en OMS y UNICEF (2024).

5.4. Ruta ESCUCHA

ESCUCHA es una propuesta integradora para ordenar la respuesta, no un test ni un protocolo clínico validado. Resume siete acciones: Estar

presente y asegurar; reconocer Señales y sufrimiento; Conversar sin juicio; activar Urgencia y protección; Conectar con la red; Hacer seguimiento; Acompañar la recuperación.

Sus componentes se apoyan en principios de comunicación segura, continuidad, servicios comunitarios, derechos y seguimiento, pero el acrónimo requiere adaptación, pilotaje y evaluación antes de presentarse como modelo efectivo. Su utilidad inicial es sencilla: impedir que la prisa haga olvidar un eslabón.

> **Regla de uso.** ESCUCHA orienta decisiones y conversaciones; nunca autoriza a docentes o familiares a diagnosticar ni sustituye la valoración profesional.

E: estar presente y asegurar

Estar presente empieza por detener la rutina. Buscar un lugar razonablemente privado, mantener una distancia respetuosa, hablar con calma y reducir estímulos comunica que la persona importa. Asegurar significa comprobar si existe peligro inmediato, evitar que quede sola cuando ese peligro está presente y activar ayuda competente.

No exige una frase perfecta. Exige disponibilidad: «Estoy aquí contigo. Vamos a buscar apoyo y no voy a dejar este paso en el aire». También exige honestidad: «Hay información que necesitaré compartir para

protegerte; te explicaré con quién y por qué». La confianza se fortalece cuando el adulto cumple lo que anuncia.

S: reconocer señales y sufrimiento

Reconocer señales no equivale a interpretar cada cambio como depresión. El adulto registra hechos observables: ausencias, aislamiento, llanto, irritabilidad, caída marcada en el funcionamiento, expresiones de desesperanza, exposición a violencia o una despedida inusual. Después pregunta por el significado que esos cambios tienen para el estudiante.

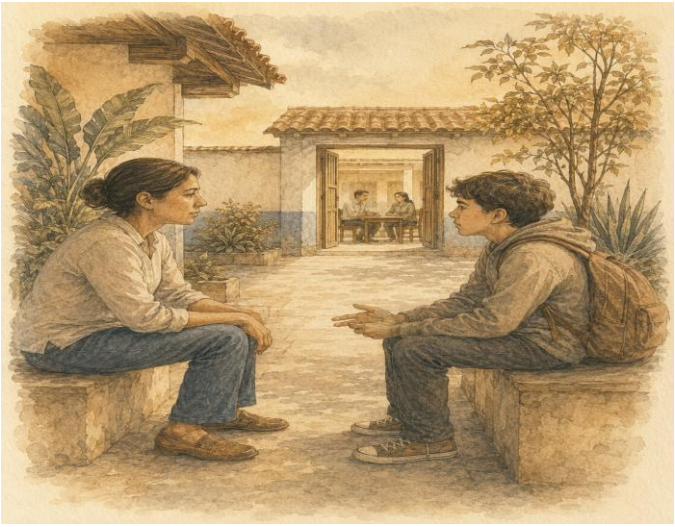
La combinación, intensidad, duración y contexto importan más que una señal aislada. El Ministerio de Educación del Ecuador (2023) orienta a activar procedimientos ante situaciones de suicidio e intentos autolíticos detectadas en el sistema educativo. Esa activación debe apoyarse en observación prudente, no en rumores ni diagnósticos improvisados.

C: conversar sin juicio

Conversar es preguntar de forma directa y respetuosa, escuchar sin discutir el dolor y tolerar silencios. Si existen señales de posible riesgo suicida, preguntar claramente no «siembra» la idea; permite que una valoración competente empiece. Lo peligroso es preguntar sin estar dispuesto a actuar.

Figura 48

Una conversación a la misma altura



Nota. Ilustración editorial original. No representa una entrevista clínica ni sustituye capacitación profesional.

«Gracias por decírmelo. No estás causando un problema; estás mostrando que necesitas apoyo».

U: activar urgencia y protección

La urgencia se activa cuando existe peligro inmediato, una lesión, una intoxicación, una conducta en curso o una valoración profesional que requiere atención sin demora. En ese escenario, la persona no debe quedar sola; se reduce el acceso a peligros en la medida posible y se

contactan servicios de emergencia y responsables de protección conforme a la normativa territorial.

En Ecuador, el ECU 911 articula emergencias. Los lineamientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2026) orientan la atención a personas con comportamiento suicida en establecimientos de salud. La escuela no debe transportar por improvisación si ello aumenta el riesgo; debe seguir la coordinación oficial y documentar decisiones esenciales sin narrar detalles innecesarios.

C, H y A: conectar, hacer seguimiento y acompañar

Conectar significa realizar una transferencia cálida: comunicar lo necesario al servicio que recibe, facilitar que la persona y su familia comprendan el destino y confirmar que alguien asumió el siguiente paso. Hacer seguimiento significa volver a contactar en el plazo acordado y registrar si la protección ocurrió.

Acompañar la recuperación incluye ajustes temporales en estudio, sueño, transporte, carga académica y convivencia; también respeta el derecho a no contar detalles personales a todo el mundo.

Tabla 32

Ruta ESCUCHA: acciones y comprobaciones

Paso	Acción central	Comprobación mínima

E	Estar presente y asegurar.	La persona está acompañada y el entorno es seguro.
S	Reconocer señales y sufrimiento.	Se registran hechos, contexto y cambios.
C	Conversar sin juicio.	La persona comprende que será apoyada.
U	Activar urgencia y protección.	La respuesta corresponde al nivel de riesgo.
C	Conectar con la red.	El receptor confirma el siguiente paso.
H	Hacer seguimiento.	Existe fecha, responsable y evidencia.
A	Acompañar la recuperación.	Los apoyos se ajustan y revisan.

Nota. Propuesta del autor informada por OMS (2021), OMS y UNICEF (2024), Ministerio de Educación del Ecuador (2023) y Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2026).

5.5. La respuesta cambia según el rol

Una ruta falla cuando todos son «responsables» de manera abstracta y nadie sabe qué decisión le corresponde. La familia puede observar y acompañar; el docente detecta cambios y activa; el DECE coordina

dentro de su competencia; psicología y salud valoran y tratan; la autoridad asigna recursos y garantiza acuerdos. Protección interviene cuando existen vulneraciones de derechos.

Los roles se conectan, pero no se confunden. Pedir a un docente que determine un diagnóstico o a una familia que gestione sola una emergencia descarga en ellos una obligación institucional. Del mismo modo, pedir a un profesional de salud que resuelva violencia, transporte, discriminación y reintegración escolar sin una red convierte la clínica en un sustituto imposible de la política pública.

Familia y docencia: cercanía sin sobrecarga

La familia aporta conocimiento de la vida cotidiana, pero no siempre es el lugar más seguro. Antes de informar, debe valorarse si hacerlo puede aumentar violencia, castigo, expulsión o control. Cuando exista esa posibilidad, la institución activa protección especializada y no entrega el relato a ciegas.

El docente aporta observación sostenida: asistencia, desempeño, vínculos, lenguaje y cambios. Su tarea es registrar, conversar de manera inicial y activar apoyo. No investiga delitos, no promete secreto absoluto, no administra pruebas clínicas y no se convierte en terapeuta. Para cumplir su función necesita tiempos, formación, supervisión y un receptor disponible.

DECE, psicología y salud: recibir también es intervenir

El DECE organiza la respuesta educativa conforme al modelo de gestión vigente, orienta medidas escolares y articula con redes externas (Ministerio de Educación del Ecuador, 2023). Psicología y salud realizan la valoración que corresponde a su formación y ámbito; también comunican recomendaciones funcionales para que la escuela pueda acompañar sin solicitar una historia clínica completa.

Figura 49

El relevo responsable mantiene la luz encendida



Nota. Ilustración editorial original. La luz simboliza continuidad y no una intervención específica.

Una matriz que evita el «yo creí que lo hacía otro»

Tabla 33

Responsabilidad principal y deber de conexión

Rol	Responsabilidad principal	No debe quedar solo en.…
Familia	Acompañar, informar cambios y facilitar cuidado.	«Vigílelo» sin orientación ni apoyo.
Docente	Observar, escuchar inicialmente y activar.	Una conversación privada sin registro ni enlace.
DECE	Coordinar respuesta educativa y red externa.	Enviar oficios sin confirmar recepción.
Salud	Valorar, tratar y definir seguimiento clínico.	Una atención única sin plan comunicado.
Autoridad	Garantizar recursos, acuerdos	Exigir resultados sin

	y rendición de cuentas.	capacidad instalada.
Protección	Actuar ante vulneraciones de derechos y coordinar medidas de protección.	Una notificación sin recepción ni medidas verificables.

Nota. Síntesis funcional basada en Ministerio de Educación del Ecuador (2023), OMS y UNESCO (2021), OMS y UNICEF (2024) y Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2026). Las competencias legales territoriales prevalecen.

Versiones de bolsillo de la Ruta ESCUCHA

Estas tarjetas resumen la primera respuesta de cada rol. Deben completarse con contactos locales, horarios, una alternativa y una persona responsable. Son propuestas para adaptar, no instrumentos clínicos validados. Ante peligro inmediato, la respuesta es inmediata y no espera a que termine una reunión ni a que se cumpla un plazo orientativo.

Familia o cuidador seguro. Acérquese, escuche y pregunte con claridad qué necesita la persona. Si existe peligro inmediato, permanezca con ella y active emergencias. Facilite la valoración profesional, confirme que alguien la recibe y anote el siguiente

contacto. Pida instrucciones comprensibles y apoyo para cuidar. Cuando el hogar sea fuente de violencia, la ruta debe conectar con otro adulto seguro y con protección.

Docencia. Describa cambios observables y converse en privado, sin diagnosticar ni prometer secreto absoluto. Active al referente designado y compruebe que recibe la información. Acompañe hasta una transferencia segura, de acuerdo con la situación y el protocolo local. Registre lo imprescindible y acuerde ajustes educativos. Un correo enviado no cierra la responsabilidad de confirmar que el apoyo comenzó.

DECE y orientación educativa. Reciba la alerta, identifique necesidades educativas y coordine con salud o protección según corresponda. Asigne un responsable de enlace, confirme recepción y establezca una fecha de seguimiento. Comunique a la escuela solo la información funcional necesaria. Documente barreras y solicite a la autoridad recursos o alternativas. La coordinación educativa no sustituye la evaluación ni el tratamiento clínico.

Salud. Realice la evaluación clínica dentro de sus competencias y determine la atención necesaria. Construya con la persona un plan comprensible y explique cuándo volver o pedir ayuda urgente. Confirme la recepción de la derivación y acuerde el seguimiento clínico. Comparta únicamente la información autorizada o necesaria

para proteger y facilitar apoyos. Evite que la salida del servicio deje una nueva interrupción.

Protección de derechos. Reciba la comunicación de una posible vulneración y active las medidas que correspondan a su competencia. Evite pedir a la persona que repita innecesariamente su relato o confrontarla con quien podría dañarla. Coordine un entorno seguro, confirme el responsable del caso y comunique el siguiente paso. El contacto con familiares debe valorar primero su seguridad y ajustarse a la normativa aplicable.

Autoridad y gestión. Garantice que la ruta tenga responsables, tiempo, formación y medios para funcionar. Resuelva barreras de transporte, accesibilidad, personal o coordinación según sus competencias. Revise derivaciones sin recepción y acuerdos incumplidos. Exija datos agregados útiles para corregir el sistema, sin publicar identidades ni historias clínicas. La evaluación de resultados debe acompañarse de capacidad real de respuesta.

Matriz de responsabilidades para adaptar en cada institución

La matriz RACI permite acordar quién ejecuta una tarea (R), quién responde por que se complete (A), a quién se consulta (C) y a quién se informa (I). Cada fila debe tener una persona identificada como A. Cuando aparecen A/R, el mismo rol responde por el cierre y ejecuta. El guion indica que no se asigna una función en esa tarea.

Esta distribución es un ejemplo para adaptar a las competencias legales, a la disponibilidad del territorio y a la seguridad de la persona. F: familia o cuidador seguro. D: docencia. E: DECE. S: salud. P: protección. AU: autoridad. Consultar o informar no autoriza el acceso indiscriminado a datos sensibles. La niña, el niño o el adolescente participa según su edad y necesidades, sin asumir la carga de coordinar el sistema.

Tabla 34

Distribución propuesta de responsabilidades RACI

Tarea	**F**	**D**	**E**	**S**	**P**	**AU**
Registrar cambios en el aula	C	A/R	C	—	—	I
Activar el apoyo educativo	C	R	A	C	—	I
Coordinar acompañamiento seguro	R	R	A	C	C	I
Realizar la valoración clínica	C	—	C	A/R	—	—

Activar medidas ante violencia	C	I	R	C	A/R	I
Confirmar recepción clínica	C	I	R	A/R	C	I
Revisar continuidad educativa	C	R	A/R	C	C	I
Garantizar recursos institucionales	C	C	C	C	C	A/R

Nota. Elaboración propia para organización institucional.

No reasigna competencias legales ni reemplaza protocolos de emergencia. La participación familiar se adapta o se excluye cuando compromete la seguridad. En una alerta fuera del aula, se acuerda quién asume la coordinación inicial. Las funciones de protección y salud se confirman con el servicio competente.

Antes de utilizarla, cada institución debe reemplazar las siglas por un cargo y un contacto accesible, acordar suplencias y comprobar la ruta con una situación simulada. Si nadie puede asumir una función, la

brecha debe resolverse con la autoridad y la red territorial. No se oculta dejando una casilla aparentemente cubierta.

5.6. Los primeros diez minutos, la primera hora y el primer día

Los tiempos que siguen son una propuesta operativa para ordenar acciones, no umbrales clínicos universales. Si existe peligro inmediato, la respuesta es inmediata, sin esperar que transcurran diez minutos ni completar una lista. Cuando no hay una emergencia evidente, la secuencia ayuda a evitar que la urgencia emocional se convierta en desorganización institucional.

En los primeros diez minutos: detener la rutina, escuchar, asegurar compañía, identificar lo indispensable y explicar el siguiente paso. No se discute si la emoción es «razonable», no se exige un relato completo y no se convoca a personas por curiosidad. La meta inicial es reducir soledad y ganar claridad suficiente para activar ayuda.

La primera hora: de la conversación a la recepción

Durante la primera hora se contacta al responsable competente, se valora la seguridad del entorno, se informa a la familia cuando hacerlo es seguro y se confirma la recepción por salud o protección cuando corresponde. Cada decisión debe tener un nombre y un plazo.

Figura 50

Diez minutos, una hora y un día: continuidad, no cronómetro



Nota. Ilustración editorial original. La secuencia es una guía organizativa y no define tiempos clínicos universales.

El primer día: un plan que todos comprendan

Antes de terminar el día debe existir una respuesta comprensible: quién acompañará, qué servicio recibirá, cómo se llegará, qué señales obligan a pedir ayuda inmediata, qué información compartirá la escuela y cuándo se realizará el primer seguimiento. Si la atención externa no se consiguió, la ruta define un plan alterno y no disfraza la espera como continuidad.

El estudiante participa en decisiones adecuadas a su edad y situación. Puede expresar a quién desea cerca, qué espacio escolar resulta tolerable o qué forma de contacto le parece más segura. Participar no

significa cargar con la responsabilidad de organizar la red; significa que la red no actúa como si su voz fuera un obstáculo.

Después del primer día: sostener sin invadir

Tabla 35

Secuencia operativa de seguimiento

Momento	Propósito	Evidencia mínima
10 minutos	Presencia, seguridad y siguiente paso.	Persona acompañada; receptor identificado.
1 hora	Activación y recepción competente.	Contacto confirmado o emergencia activada.
1 día	Plan comprensible y barreras resueltas.	Responsables, transporte y fecha acordados.
1 semana	Verificar continuidad y ajustar apoyos.	Contacto realizado; barreras documentadas.

1 mes	Revisar recuperación e inclusión.	Apoyos revisados con estudiante y red.

Nota. Propuesta operativa del autor. La atención ante peligro inmediato no espera ningún plazo. Debe adaptarse a normas y capacidades territoriales

5.7. De la derivación a la continuidad

La continuidad empieza antes de la cita. Una transferencia cálida incluye al estudiante y, cuando es seguro, a su familia; explica por qué se busca ayuda, comparte únicamente la información necesaria y confirma que el servicio receptor tiene capacidad para responder. Si la puerta está cerrada, la institución remitente conserva la responsabilidad de buscar una alternativa.

La coordinación no exige que todos conozcan todo. Salud puede informar recomendaciones funcionales necesidad de acompañamiento, ajuste temporal o próxima revisión sin revelar contenidos terapéuticos. La escuela puede comunicar cambios observables sin interpretar diagnósticos. La privacidad protege la dignidad; la compartimentación extrema no debe convertirse en excusa para abandonar.

La transferencia cálida cruza el puente con la persona

Entregar un número telefónico puede ser útil, pero no basta cuando la familia no tiene saldo, transporte, tiempo laboral, documentos o

confianza en el servicio. La ruta identifica esas barreras antes de cerrar el contacto y asigna quién puede resolverlas.

Figura 51

Una derivación que acompaña hasta la recepción



Nota. Ilustración editorial original. El puente simboliza coordinación entre escuela, familia y salud.

Confirmar, ajustar y volver a preguntar

Una llamada de seguimiento no necesita invadir: «¿Pudieron llegar?», «¿El servicio los recibió?», «¿Qué barrera apareció?» y «¿Qué ajuste escolar ayudaría esta semana?». Si la respuesta es negativa, el caso vuelve a la etapa de conexión. La ruta no castiga la inasistencia sin investigar qué la produjo.

En adultos atendidos en emergencias, una intervención de planificación de seguridad acompañada de seguimiento se asoció con

mayor vinculación al tratamiento y menos conductas suicidas que la atención habitual (Stanley et al., 2018). Ese estudio no valida una intervención escolar ni permite generalizar automáticamente a adolescentes; sí respalda la importancia de combinar un plan concreto con contacto posterior.

Cerrar el circuito, no cerrar a la persona

Tabla 36

Lista de comprobación para continuidad

Comprobación	Sí/ No	Acción si falta
El receptor confirmó el caso.	□ / □	Contactar alternativa o escalar.
La familia comprende el plan.	□ / □	Explicar de nuevo y resolver barreras.
El estudiante sabe a quién acudir.	□ / □	Acordar una persona y un canal.
Existe fecha de seguimiento.	□ / □	Asignar responsable y plazo.
La escuela conoce ajustes funcionales.	□ / □	Solicitar orientación sin pedir detalles clínicos.
El cierre fue explicado y revisable.	□ / □	Mantener una puerta de reingreso.

Nota. Herramienta de gestión, no instrumento clínico.

5.8. Una ruta para lo urbano no basta

Una ruta diseñada para una ciudad conectada puede fracasar en una comunidad donde el servicio más cercano exige horas de viaje, la señal telefónica es intermitente o una sola persona ocupa varios roles. Adaptar no significa reducir derechos. Significa conservar la función escuchar, proteger, conectar, seguir mediante medios distintos.

Figura 52

Una misma obligación, caminos territoriales diferentes



Nota. Ilustración editorial original. Los escenarios son compuestos simbólicos y no representan comunidades específicas.

Adaptar también es reconocer desigualdades

Los pueblos y nacionalidades indígenas requieren respuestas cultural y lingüísticamente pertinentes, construidas con sus autoridades y sin imponer prácticas que vulneren derechos. Las personas con discapacidad pueden necesitar comunicación aumentativa, accesibilidad física o un acompañante elegido. Quienes están en movilidad humana pueden temer a la autoridad, carecer de documentos o no conocer la red. En territorios afectados por violencia, revelar una situación puede aumentar el peligro. Allí la ruta debe evaluar canales seguros y coordinar protección especializada. La conectividad limitada exige redundancia: teléfono, radio, visita acordada, transporte comunitario o punto de contacto. Una sola vía tecnológica no es una red.

Matriz breve para adaptar sin improvisar

Tabla 37

Barreras territoriales y respuestas equivalentes

Barrera	Adaptación posible	Estándar que no cambia
Distancia	Transporte acordado y enlace remoto.	Recepción y seguimiento confirmados.

Lengua/cultura	Mediación elegida y diseño comunitario.	Consentimiento, dignidad y seguridad.
Discapacidad	Formato accesible y apoyos razonables.	Participación directa de la persona.
Movilidad	Orientación sin barreras documentales indebidas.	Acceso no discriminatorio.
Baja conectividad	Radio, visita o punto comunitario seguro.	Canal alterno probado.

Nota. Elaboración propia

5.9. Medir si la protección llegó

Medir no consiste en contar estudiantes señalados como «riesgo». Un tablero responsable observa el sistema: recepción, continuidad, barreras, capacitación evaluada, participación y brechas territoriales. Su propósito es corregir servicios, no vigilar emociones. Cada indicador necesita definición, numerador, denominador, fuente, periodicidad y responsable. También un límite: ningún porcentaje predice con certeza una conducta individual; presentarlo así sería científicamente injustificado y éticamente peligroso.

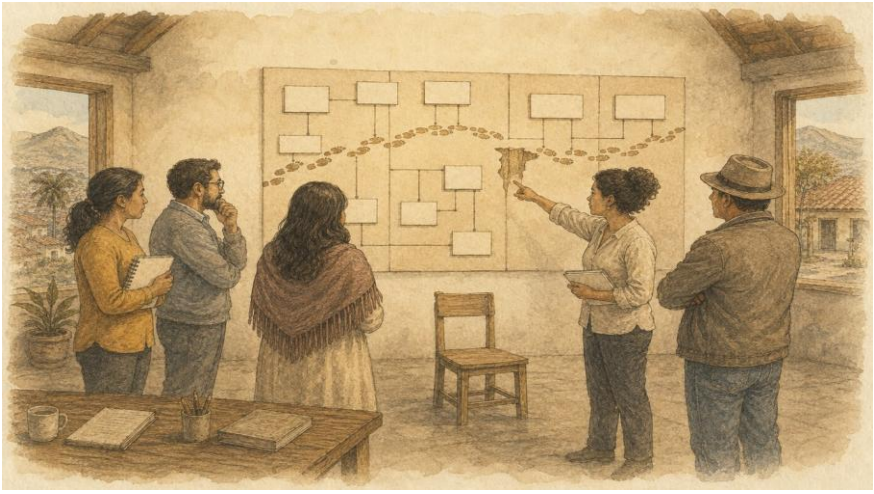
Principio de medición. Importa saber cuántas personas recibieron una respuesta verificable y qué ocurrió cuando no llegó.

Un tablero humano mira brechas, no expedientes

La rendición de cuentas puede mostrar tendencias agregadas sin publicar nombres, relatos ni establecimientos fácilmente identificables. Cuando el número de casos es pequeño, la desagregación excesiva puede revelar identidades. La transparencia debe convivir con la protección de datos.

Figura 53

Medir para reparar el trayecto



Nota. Ilustración editorial original. El mural contiene símbolos sin datos reales ni resultados inventados.

Dos fórmulas simples, muchas preguntas necesarias

> ***Continuidad (%) = casos con seguimiento registrado ÷ casos derivados × 100***
>
> ***Cobertura de formación (%) = personal capacitado y evaluado ÷ personal objetivo × 100***

En la primera fórmula, «seguimiento registrado» debe significar contacto útil y verificable, no una casilla marcada sin comunicación. En la segunda, «capacitado y evaluado» no equivale a haber firmado asistencia: exige comprobar conocimientos o desempeño mediante una evaluación definida.

Todo porcentaje debe mostrarse junto con sus números absolutos. Un 100 % puede representar dos casos sobre dos y no decir nada sobre quienes nunca llegaron a la ruta. Los denominadores incompletos producen éxito aparente.

Indicadores para aprender sin castigar

Tabla 38

Tablero mínimo de protección

Indicador	Cálculo o evidencia	Lectura responsable
Recepción	Casos recibidos ÷ derivados.	Muestra el primer quiebre de la red.

Continuidad	Casos con seguimiento ÷ derivados.	Debe incluir contacto útil, no solo registro.
Tiempo	Mediana entre alerta y recepción.	Comparar por territorio y nivel de urgencia.
Formación	Capacitados y evaluados ÷ objetivo.	Añadir desempeño, no solo asistencia.
Experiencia	Comprensión, respeto y participación.	Recoger sin comprometer la seguridad.

Nota. Propuesta de gestión inspirada en Proctor et al. (2011).

5.10. Encuestas que escuchan, no solo cuentan

Preguntar por bienestar, violencia o ideas suicidas crea una obligación de respuesta. Una encuesta escolar no debe recoger información sensible si nadie puede revisar alertas, explicar confidencialidad, activar ayuda y atender a quien se altera durante o después. La recolección nunca está por encima de la seguridad. El asentimiento del estudiante y el consentimiento aplicable deben explicarse con claridad, junto con los límites de privacidad y la posibilidad de no responder. La participación significativa también exige devolver resultados en lenguaje comprensible y mostrar qué decisión cambió. Escuchar sin responder puede profundizar la desconfianza.

Diseñar con jóvenes, no únicamente para ellos

La participación juvenil mejora la pertinencia cuando ocurre antes de imprimir el formulario. Jóvenes diversos pueden revisar palabras, longitud, accesibilidad, situaciones que generan temor y canales de ayuda. Su aporte debe reconocerse y, cuando corresponda, compensarse sin convertirlo en exposición personal.

Figura 54

La experiencia juvenil también diseña la ruta



Nota. Ilustración editorial original. Las personas y materiales son ficticios; no se muestran respuestas sensibles.

Antes de preguntar, comprobar capacidad de respuesta

Tabla 39

Puertas éticas de una encuesta sensible

Antes	Durante	Después
Definir propósito y mínima información necesaria.	Ofrecer privacidad, accesibilidad y salida voluntaria.	Revisar alertas en el plazo prometido.
Probar el lenguaje con jóvenes diversos.	Mostrar ayuda inmediata y límites de confidencialidad.	Contactar con prudencia y documentar recepción.
Asignar personal y plan de emergencia.	Evitar preguntas gráficas o innecesarias.	Devolver resultados agregados y decisiones.
Evaluar riesgo de reidentificación.	No mostrar respuestas a pares ni docentes sin función.	Eliminar datos según política de retención.

Nota. Síntesis ética basada en los derechos de participación y privacidad (Comité de los Derechos del Niño, 2009, 2016) y la guía de servicios OMS-UNICEF (2024).

5.11. Cómo validar antes de afirmar que funciona

Una ruta puede parecer clara a quienes la escribieron y resultar confusa para quien debe usarla bajo presión. Validar empieza por el contenido: expertos, estudiantes, familias y operadores revisan relevancia, comprensión, cobertura y posibles daños. La validez de contenido no se reduce a contar opiniones; exige un proceso explícito y documentado (Terwee et al., 2018).

Después se realizan entrevistas cognitivas: ¿qué entendió la persona al leer cada paso?, ¿qué decisión tomaría?, ¿qué palabra genera duda? Las buenas prácticas de desarrollo de medidas recomiendan iterar desde la definición del constructo hasta las pruebas de desempeño (Boateng et al., 2018). La Ruta ESCUCHA debe recorrer ese camino antes de llamarse validada.

Validar el uso, no solo las palabras

Una simulación permite observar qué ocurre cuando un docente detecta una señal, el DECE no contesta de inmediato o el servicio de salud rechaza por falta de cupo. El ejercicio revela vacíos que un cuestionario no muestra: números desactualizados, decisiones sin autoridad, duplicación de registros, tiempos imposibles o ausencia de una alternativa.

El pilotaje debe comenzar en Ecuador, en pocos territorios deliberadamente distintos, con acompañamiento y capacidad de

corregir. No se elige únicamente el lugar mejor preparado. Incluir contextos rurales y urbanos, diversidad lingüística y conectividad limitada permite examinar viabilidad y equidad antes de ampliar la propuesta.

La adaptación posterior a otros países de América del Sur requiere revisar normas, lenguas, prácticas culturales, servicios disponibles y mecanismos de protección en cada lugar. Los equipos locales y los jóvenes deben participar en esa revisión y en una nueva prueba de uso. Un resultado favorable en Ecuador no equivale a validación regional ni autoriza a presentar la ruta como eficaz en países que no la han evaluado.

Éxito significa uso seguro y mejora observable

Los resultados de implementación son diferentes de los resultados clínicos. Una ruta puede ser aceptable y aplicable, pero todavía no demostrar efectos sobre bienestar; también puede mostrar buenos resultados promedio mientras excluye un territorio. Por eso conviene evaluar adopción, adecuación, viabilidad, fidelidad, costo, alcance y sostenibilidad por separado (Proctor et al., 2011). El pilotaje necesita criterios previos para continuar, modificar o detener. Por ejemplo: detener si una función expone datos sensibles; modificar si una proporción relevante de derivaciones no es recibida; ampliar solo cuando existe capacidad de supervisión y presupuesto. Aprender antes de escalar no retrasa la protección: evita multiplicar una falla.

Plan mínimo de validación

Tabla 40

Etapas antes de declarar efectiva una ruta

Etapa	Pregunta	Producto
Co-diseño	¿Refleja experiencias y derechos?	Versión inicial con riesgos identificados.
Contenido	¿Cada paso es relevante y comprensible?	Revisión experta y de usuarios.
Simulación	¿Funciona bajo presión y fallos reales?	Mapa de errores y correcciones.
Piloto	¿Es viable, aceptable y equitativa?	Indicadores por territorio y rol.
Escala	¿Hay recursos y supervisión sostenibles?	Decisión condicionada y plan de mejora.

Nota. Elaboración propia a partir de Boateng et al. (2018), Proctor et al. (2011) y Terwee et al. (2018).

5.12. Costo mínimo de proteger

Una ruta sin presupuesto es una declaración de buenas intenciones. El costo mínimo incluye tiempo del personal, formación con evaluación, supervisión, conectividad, transporte, materiales accesibles, traducción

o mediación, coordinación intersectorial, atención y seguimiento. También incluye reemplazos para que capacitar a alguien no deje un servicio sin cobertura.

Presupuestar es decidir quién podrá llegar

Una tabla financiera puede parecer distante del sufrimiento, pero determina si habrá una llamada, un vehículo, una traducción o una cita. Por eso las familias, los territorios y los jóvenes deben entender qué se financia y qué queda pendiente. La transparencia evita que la gratuidad formal oculte costos transferidos a los hogares.

Figura 55

Los recursos también forman parte de la ruta



Nota. Ilustración editorial original. Los documentos no contienen cifras reales ni representan una asignación presupuestaria específica.

Costear por componentes y probar escenarios

Tabla 41

Los recursos también forman parte de la ruta

Componente	Unidad local	Prueba de sensibilidad
Personal	Horas por rol y territorio.	Demanda baja, media y alta.
Formación	Participante, evaluación y reemplazo.	Rotación y refuerzo anual.
Acceso	Traslado, conectividad y mediación.	Distancia y cobertura territorial.
Seguimiento	Contacto, supervisión y registro.	Frecuencia y casos no localizados.
Calidad	Pilotaje, auditoría y participación.	Escala gradual y correcciones.

Nota. Plantilla de elaboración propia para completar con fuentes presupuestarias locales y fecha de corte.

5.13. Recomendaciones para política pública

Primero, establecer un estándar nacional de continuidad: toda alerta prioritaria debe tener receptor, plazo, seguimiento y mecanismo de escalamiento. Segundo, financiar equipos territoriales y no limitar la política a formación en línea. Tercero, interoperar solo la información mínima necesaria, con perfiles de acceso, auditoría y retención definida.

Cuarto, integrar educación, salud y protección mediante acuerdos operativos que indiquen nombres de servicios, horarios, alternativas y devolución de información funcional. Quinto, publicar indicadores agregados de recepción, continuidad, tiempos y brechas, sin rankings que incentiven ocultar alertas. Estas acciones concretan los pilares de gobernanza, capacidad, financiamiento y evaluación promovidos por la OMS (2021) y la OPS (2023).

La autoridad debe responder por la capacidad instalada

Sexto, definir dotaciones y supervisión acordes con demanda y territorio. No es legítimo medir a un DECE por resultados que requieren servicios inexistentes. Séptimo, crear fondos para transporte, conectividad, accesibilidad y mediación cultural. Octavo, asegurar participación juvenil y familiar con mecanismos protegidos y devolución de decisiones.

Noveno, incorporar simulaciones y auditorías de casos cerrados para identificar pérdidas de continuidad. Décimo, establecer revisión independiente ante daños o fallas graves, con aprendizaje público que proteja identidades. La rendición de cuentas no debe buscar un individuo conveniente a quien culpar; debe mostrar cómo decisiones, recursos y conexiones produjeron el resultado.

Tres niveles de decisión que deben conversar

En el nivel nacional se fijan derechos, estándares, financiamiento e indicadores. En el nivel territorial se mapean servicios, distancias, lenguas y alternativas. En el nivel de cada caso se acuerda el plan con la persona y se confirma continuidad. Si uno falta, los otros dos se deforman: la norma queda abstracta, el territorio improvisa o el caso depende de suerte.

> **Prueba de coherencia.** Toda política debería poder mostrar cómo un estándar nacional llega a una comunidad específica y cómo la experiencia de esa comunidad vuelve al nivel nacional para corregir el diseño.

La OMS y UNICEF (2024) recomiendan redes comunitarias, co-diseño, fuerza laboral competente, colaboración y rendición de cuentas. Convertir esos principios en decisiones presupuestadas es el verdadero trabajo de política pública.

Prioridades que pueden verificarse

Tabla 42

Agenda pública de implementación

Prioridad	Decisión verificable	Indicador inicial
Continuidad	Receptor y seguimiento obligatorios.	% con recepción y seguimiento.
Capacidad	Dotación, supervisión y reemplazos.	Cobertura evaluada por territorio.
Equidad	Fondos de acceso y adaptación.	Brechas de tiempo y abandono.
Datos	Gobernanza, acceso y auditoría.	Incidentes y calidad del registro.
Participación	Consejo juvenil con devolución pública.	% de decisiones con respuesta.

Nota. Elaboración propia a partir de OMS (2021), OPS (2023) y OMS y UNICEF (2024).

5.14. Diez compromisos que cambian el paradigma

El paradigma cambia cuando el sistema deja de admirar su protocolo y empieza a comprobar su efecto. Los compromisos siguientes no

prometen detectar todo ni evitar toda tragedia. Reducen fallas previsibles y distribuyen responsabilidades de manera visible.

Uno: escuchar sin juzgar. Dos: preguntar con claridad cuando exista preocupación. Tres: proteger de inmediato ante peligro. Cuatro: no convertir a docentes en diagnosticadores. Cinco: no entregar a la familia una carga que requiere red. Seis: confirmar que la derivación fue recibida. Siete: adaptar sin reducir derechos. Ocho: medir continuidad y brechas. Nueve: financiar cada obligación. Diez: aprender de los errores sin ocultarlos.

Compromisos que pueden auditarse

Tabla 43

Diez compromisos y su evidencia

Compromisos 1–5	Compromisos 6–10
1. Escucha respetuosa: retroalimentación del estudiante.	6. Recepción: confirmación del servicio.
2. Pregunta clara: personal competente y supervisado.	7. Adaptación: plan territorial documentado.
3. Protección: respuesta inmediata y acompañada.	8. Medición: continuidad, tiempos y brechas.
4. Roles: límites y responsabilidades explícitos.	9. Presupuesto: costos y fuentes identificados.
5. Red familiar: seguridad y apoyos comprobados.	10. Aprendizaje: revisión y corrección pública.

Nota. Síntesis final del capítulo. La evidencia debe documentarse sin exponer datos personales.

Una promesa se vuelve política cuando puede verificarse sin convertir a la persona protegida en objeto de vigilancia.

5.15. Carta final a quien siente que todos están en su contra

Quizá sientes que los adultos hablan entre ellos y no contigo. Lo que sientes merece atención; una respuesta que falló no demuestra que seas imposible de ayudar.

Figura 56

El camino continúa con apoyo, pero sigue siendo tuyo



Nota. Ilustración editorial original. La escena es esperanzadora y ficticia; el adolescente conduce su propio trayecto.

«Si todos vimos una parte del problema, ¿quién asumió la responsabilidad de unir las partes hasta comprobar que el niño estaba a salvo?»

La respuesta no puede ser «nadie» ni «todos» en abstracto. Debe tener nombres de funciones, plazos, recursos, evidencia de recepción y una puerta para volver. La familia no reemplaza al Estado; la escuela no reemplaza a salud; salud no reemplaza a protección. Cada sector cumple su deber y conserva la conexión. Que nadie vuelva a decir «no lo vimos venir» no significa prometer que todo puede anticiparse. Significa no confundir formulario con cuidado, remisión con recepción ni campaña con política. Significa construir un sistema que escucha, protege, conecta, sigue y aprende; un sistema que responde: «Te vemos. Estamos aquí. Y comprobaremos que la ayuda llegó».

CONCLUSIONES

De la invisibilidad a la corresponsabilidad

Después de recorrer estas páginas, «Todos en mi contra» puede leerse de otra manera. No siempre significa que todos estén literalmente en contra, también puede expresar que una niña, un niño o un adolescente no encuentra a alguien que comprenda, crea o permanezca cuando intenta mostrar que algo no está bien. La invisibilidad, a veces, surge porque cada adulto observa una parte y nadie consigue reunirla.

La depresión tampoco ofrece un rostro único. Ninguna señal aislada diagnostica y no todo dolor es depresión. La responsabilidad comienza al observar cambios, preguntar sin juicio, valorar funcionamiento y riesgo, y buscar ayuda cuando corresponde. Hacer visible el sufrimiento es el inicio, no la meta.

El recorrido desplaza la pregunta desde «¿qué tiene este niño?» hacia «¿qué está ocurriendo dentro y alrededor de su vida?». Violencia, pobreza, desigualdad, acoso, duelo, discriminación, experiencias digitales y territorio pueden modificar vulnerabilidad y protección, sin convertirse en destinos ni explicaciones únicas. El diagnóstico conserva su lugar, pero no explica por sí solo una vida.

La familia aparece sin simplificaciones. Puede ser refugio, herida y posibilidad. Amar no sustituye evaluación o tratamiento, y pedir ayuda no demuestra fracaso. Escuchar, proteger y facilitar atención son responsabilidades reales, pero diagnosticar, predecir el futuro o

permanecer como único recurso no lo son. La seguridad no debería depender del agotamiento de un solo cuidador.

La escuela tampoco puede reducirse a detectar casos. El docente observa, registra, conversa y activo apoyo, pero no diagnostica. El DECE articula dentro de sus competencias y salud evalúa y trata cuando corresponde. Una derivación no termina al entregar un número, una ficha o una dirección, necesita recepción y un siguiente paso claro.

Por eso, un protocolo escrito no demuestra por sí solo protección. El cuidado también requiere personal, tiempo, supervisión, transporte, accesibilidad, coordinación y servicios capaces de recibir. Hablar de corresponsabilidad no diluye la obligación del Estado, la vuelve verificable, porque cada derecho necesita condiciones materiales para transformarse en una posibilidad real de atención.

Prevenir tampoco es adivinar. Ninguna familia, docente, profesional, escala o protocolo puede anticipar con certeza todos los desenlaces. Reconocer esa incertidumbre evita culpas retrospectivas y promesas imposibles, pero no justifica la resignación. Sí es posible reducir oportunidades perdidas, responder mejor y aprender cuando una ruta se rompe.

La Ruta ESCUCHA resume esa lógica como propuesta integradora del autor, no como un modelo cuya eficacia ya esté demostrada. Estar presente, reconocer señales, conversar, activar protección, conectar,

hacer seguimiento y acompañar ordenan una respuesta que deberá adaptarse, pilotarse y validarse. La pregunta práctica permanece: después de activar la ayuda, ¿quién comprueba que realmente llegó?

De la invisibilidad a la corresponsabilidad no significa que todos sean responsables de todo. Significa distinguir responsabilidades y mantenerlas conectadas. La persona joven participa sin cargar la solución, la familia acompaña sin quedar sola, el docente activa sin asumir funciones clínicas, el DECE coordina, salud atiende y las autoridades garantizan capacidad, recursos y continuidad.

Al final, quizá debamos dejar de preguntar por qué alguien no habló antes. También corresponde preguntar si podía hacerlo sin miedo, quién escuchó, qué ocurrió después y quién comprobó que la ayuda llegó. Nadie debería acercarse al límite para demostrar que necesita atención. La corresponsabilidad comienza cuando una señal se transforma en protección sostenida.

GLOSARIO

Acoso escolar. Forma de agresión repetida con desequilibrio de poder y dificultad para salir de la situación. Requiere intervenir sobre la persona, el grupo y el entorno.

Anhedonia. Disminución o pérdida marcada del interés o placer en actividades que antes resultaban significativas o agradables.

Apoyos universales, selectivos e indicados. Niveles complementarios de respuesta escolar: para toda la comunidad, para grupos con necesidades compartidas y para quienes requieren atención especializada.

Autolesión. Conducta de daño autoinfligido cuyo significado e intención deben evaluarse sin asumir automáticamente un diagnóstico ni una intención suicida.

Autonomía progresiva. Participación creciente de niñas, niños y adolescentes en decisiones que les afectan, de acuerdo con su desarrollo, sin trasladarles responsabilidades adultas.

Autopsia psicológica. Reconstrucción retrospectiva de una trayectoria mediante información disponible después de una muerte. Formula hipótesis y posibilidades, no certezas absolutas.

Ciberacoso. Hostigamiento mediante medios digitales que puede prolongar el daño fuera del horario y espacio escolar. Su valoración requiere contexto, repetición y relaciones de poder.

Confidencialidad. Protección de la información privada, con límites cuando compartir lo mínimo necesario resulta indispensable para preservar la seguridad.

Conexión escolar. Experiencia de sentirse cuidado, apoyado y parte de la comunidad educativa. Puede favorecer protección, pero no funciona como garantía.

Continuidad del cuidado. Mantenimiento de apoyos y seguimiento entre contactos, derivaciones, servicios y regreso a la vida cotidiana, evitando que la persona quede entre instituciones.

Corresponsabilidad. Distribución clara y conectada de responsabilidades entre persona, familia, escuela, salud, protección y Estado, sin que todos deban hacer lo mismo.

Crisis. Situación de desorganización o peligro que exige priorizar seguridad, presencia, claridad y activación proporcional de apoyos competentes.

DECE. Departamento de Consejería Estudiantil del sistema educativo ecuatoriano. Acompaña, orienta, coordina, deriva y da seguimiento dentro de sus competencias.

Depresión. Síndrome clínico que puede incluir ánimo bajo o irritable, pérdida de interés y cambios en sueño, energía, apetito, concentración, autovaloración y funcionamiento.

Derivación cálida. Transferencia en la que se explica el destino, se confirma quién recibe, se facilita el acceso y se verifica qué ocurre después.

Diagnóstico diferencial. Proceso profesional que organiza síntomas, cronología, desarrollo, contexto y otras posibles explicaciones para orientar una formulación y atención adecuadas.

Discriminación. Trato desigual, exclusión o barreras asociadas con características o identidades. El problema está en las prácticas y entornos que producen el daño.

Duelo. Respuesta humana ante una pérdida significativa, con ritmos y expresiones variables. Puede coexistir con depresión sin ser equivalente a ella.

Evaluación clínica. Integración de entrevista, historia, funcionamiento, contexto, riesgos, protecciones y distintas fuentes. Los instrumentos apoyan, pero no reemplazan el juicio profesional.

Factor protector. Recurso, vínculo o condición que puede disminuir vulnerabilidad o facilitar afrontamiento y acceso a ayuda, sin garantizar un desenlace determinado.

Ideación suicida. Pensamientos relacionados con morir o suicidarse. Su presencia requiere escucha clara y valoración de seguridad, sin equipararla automáticamente con una tentativa.

Interferencia funcional. Grado en que el malestar altera áreas como casa, escuela, relaciones, autocuidado, descanso o participación cotidiana.

Participación. Derecho de niñas, niños y adolescentes a comprender, opinar y ser incluidos en decisiones que les afectan, según desarrollo y condiciones de seguridad.

Pertenencia. Experiencia de sentirse reconocido, valorado e incluido sin tener que ocultar quién se es. Puede fortalecerse en familia, escuela y comunidad.

Plan de seguridad. Secuencia breve y personalizada, construida con la persona, para reconocer señales de crisis, usar apoyos y activar ayuda. No es un contrato de no suicidio.

Posvención. Acciones de apoyo después de una muerte por suicidio para acompañar el duelo, facilitar ayuda y reducir riesgos sin idealizar ni detallar la muerte.

Prevención. Conjunto de acciones para reducir riesgos, fortalecer protecciones y mejorar la respuesta antes, durante y después de una crisis. No significa predecir todo.

Protección verificable. Enfoque que pregunta qué acción protegió realmente y cómo se comprobó, en lugar de considerar suficiente un formulario o una remisión.

Recepción confirmada. Evidencia de que un servicio o responsable recibió la derivación y definió un siguiente paso concreto.

Red de apoyo. Personas, vínculos y servicios que pueden escuchar, acompañar, proteger o facilitar atención, y que deben estar realmente disponibles cuando se necesitan.

Reintegración escolar. Regreso planificado a clases después de una crisis o atención intensiva, con ajustes, coordinación, referente y revisión según necesidades.

Resiliencia. Proceso de adaptación y reconstrucción favorecido por relaciones, recursos y oportunidades. No debe usarse para justificar abandono ni exigir resistencia ilimitada.

Riesgo psicosocial. Conjunto de condiciones individuales, familiares, escolares, comunitarias o estructurales que pueden aumentar vulnerabilidad cuando interactúan.

Riesgo suicida. Situación que requiere valorar pensamientos, conductas, urgencia, seguridad, apoyos y contexto. No puede reducirse a una puntuación predictiva.

Ruta ESCUCHA. Propuesta integradora del autor para ordenar presencia, señales, conversación, urgencia, conexión, seguimiento y acompañamiento. Requiere adaptación, pilotaje y validación.

Seguimiento. Contacto planificado para comprobar recepción, continuidad, barreras, cambios en seguridad y necesidad de ajustar apoyos.

Trastorno depresivo mayor. Diagnóstico clínico que exige una combinación de síntomas durante al menos dos semanas y deterioro significativo; en jóvenes el ánimo puede expresarse como irritabilidad.

Violencia comunitaria. Exposición directa o indirecta a hechos violentos en el entorno cotidiano. Puede asociarse con malestar, sin determinar por sí sola un desenlace.

Violencia sexual. Vulneración sexual asociada con coerción, abuso de poder o ausencia de consentimiento válido. Exige protección y actuación especializada.

Vulnerabilidad. Mayor susceptibilidad frente al daño por interacción de condiciones personales y contextuales. No equivale a culpa, debilidad ni destino.

REFERENCIAS

Alarcón Chávez, B. E., & Cedeño Cedeño, V. S. (2018). La autopsia psicológica en el suicidio de un adolescente: Caso clínico. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, (2). https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/02/autopsia-psicologica.html

American Foundation for Suicide Prevention, & Suicide Prevention Resource Center. (2018). *After a suicide: A toolkit for schools (2nd ed.)*. https://sprc.org/resources/after-suicide-toolkit-schools/

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR)*. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

American Psychological Association. (2019). *Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts*. https://www.apa.org/depression-guideline

American Psychological Association. (2023). *Health advisory on social media use in adolescence*. https://www.apa.org/topics/social-media-internet/health-advisory-adolescent-social-media-use

Andriessen, K., Krysinska, K., Kõlves, K., & Reavley, N. (2019). Suicide postvention service models and guidelines 2014–2019: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, *10*, Article 2677. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02677

Anrique, M. (2018, 17 de junio). *Paulina del Río, presidenta de Fundación José Ignacio: "Hablar de suicidio es salvar vidas"*. https://www.latercera.com/paula/paulina-del-rio-presidenta-fundacion-jose-ignacio-hablar-suicidio-salvar-vidas/

Arango, A., Brent, D. A., Grupp-Phelan, J., Barney, B. J., Spirito, A., Mroczkowski, M. M., Shenoi, R. P., Mahabee-Gittens, M., Casper, T. C., King, C. A., & Pediatric Emergency Care Applied Research Network (PECARN). (2024). Social connectedness and adolescent suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *65*(6), 785–797. https://doi.org/10.1111/jcpp.13908

Araya, R., Fritsch, R., Spears, M., Rojas, G., Martinez, V., Barroilhet, S., Vöhringer, P., Gunnell, D., Stallard, P., Guajardo, V., Gaete, J., Noble, S., & Montgomery, A. A. (2013). School intervention to improve mental health of students in Santiago, Chile: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, *167*(11), 1004–1010. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.2361

Asarnow, J. R., Baraff, L. J., Berk, M., Grob, C. S., Devich-Navarro, M., Suddath, R., Piacentini, J. C., Rotheram-Borus, M. J., Cohen, D., & Tang, L. (2011). An emergency department intervention for linking pediatric suicidal patients to follow-up mental health treatment. *Psychiatric Services*, *62*(11), 1303–1309. https://doi.org/10.1176/ps.62.11.pss6211_1303

Asarnow, J. R., Berk, M., Hughes, J. L., & Anderson, N. L. (2015). The SAFETY Program: A treatment-development trial of a cognitive-behavioral family treatment for adolescent suicide attempters. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *44*(1), 194–203. https://doi.org/10.1080/15374416.2014.940624

Benner, A. D., Wang, Y., Shen, Y., Boyle, A. E., Polk, R., & Cheng, Y.-P. (2018). Racial/ethnic discrimination and well-being during adolescence: A meta-analytic review. *American Psychologist*, *73*(7), 855–883. https://doi.org/10.1037/amp0000204

Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quiñonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer. *Frontiers in Public Health*, *6*, Article 149. https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149

Comité de los Derechos del Niño. (2009). *Observación general núm. 12: El derecho del niño a ser escuchado (CRC/C/GC/12)*. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/AdvanceVersions/CRC-C-GC-12_sp.pdf

Comité de los Derechos del Niño. (2016). *Observación general núm. 20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia*

(CRC/C/GC/20). Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-20-2016-implementation-rights

Corte Constitucional de Colombia. (2015). *Sentencia T-478/15*. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-478-15.htm

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2020). *Caso Guzmán Albarracín y otras vs. Ecuador: Fondo, reparaciones y costas*. Sentencia de 24 de junio de 2020. Serie C No. 405. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_405_esp.pdf

Dariotis, J. K., Chen, F. R., Park, Y. R., Nowak, M. K., French, K. M., & Codamon, A. M. (2023). Parentification vulnerability, reactivity, resilience, and thriving: A mixed methods systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(13), Article 6197. https://doi.org/10.3390/ijerph20136197

Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychological Medicine*, *44*(16), 3361–3363. https://doi.org/10.1017/S0033291714001299

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Ecuador. (2017, 10 de mayo). *Violencia entre pares en el sistema educativo: Una mirada en profundidad al acoso escolar en el Ecuador*. https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/violencia-entre-pares-en-el-sistema-educativo-una-mirada-en-profundidad-al-acoso

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Ecuador. (2024, 15 de enero). *Ecuador: La tasa de homicidios de niños, niñas y adolescentes aumentó en un 640 por ciento en cuatro años*. https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/ecuador-la-tasa-de-homicidios-de-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y-adolescentes-aument%C3%B3-en-un-640

Fowler, P. J., Tompsett, C. J., Braciszewski, J. M., Jacques-Tiura, A. J., & Baltes, B. B. (2009). Community violence: A meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Development and Psychopathology*, *21*(1), 227–259. https://doi.org/10.1017/S0954579409000145

Gaete, J., Martinez, V., Fritsch, R., Rojas, G., Montgomery, A. A., & Araya, R. (2016). Indicated school-based intervention to improve depressive symptoms among at risk Chilean adolescents: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *16*, Article 276. https://doi.org/10.1186/s12888-016-0985-4

Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, *32*(8), 797–810. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, *2*(8), e356–e366. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024). *Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI): Principales resultados. Segunda ronda 2023–2024*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ENDI/R2/Presentacion_publicacion_ENDI_R2.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2025a). *Día del Niño: Más de 3.5 millones de razones para construir un mejor futuro*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/dia-del-nino-mas-de-3-5-millones-de-razones-para-construir-un-mejor-futuro/

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2025b). *Pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI): Una mirada desde el Censo*

2022. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Censo2022/Documento_NBI_24.09.25.pdf

John, A., Glendenning, A. C., Marchant, A., Montgomery, P., Stewart, A., Wood, S., Lloyd, K., & Hawton, K. (2018). Self-harm, suicidal behaviours, and cyberbullying in children and young people: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, *20*(4), Article e129. https://doi.org/10.2196/jmir.9044

Johnson, J. G., Harris, E. S., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2002). The Patient Health Questionnaire for Adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *Journal of Adolescent Health*, *30*(3), 196–204. https://doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00333-0

Ley Orgánica Reformatoria de la Ley Orgánica de Educación Intercultural. (2021). *Registro Oficial No. 434, Suplemento, 19 de abril de 2021*. https://asambleanacional.gob.ec/es/leyes-aprobadas?leyes-aprobadas=All&title=Ley+Org%C3%A1nica+de+Educaci%C3%B3n+Intercultural

Marraccini, M. E., Pittleman, C., Toole, E. N., & Griffard, M. R. (2022). School supports for reintegration following a suicide-related crisis: A mixed methods study informing hospital recommendations for schools during discharge. *Psychiatric*

Quarterly, *93*(1), 347–383. https://doi.org/10.1007/s11126-021-09942-7

Ministerio de Educación del Ecuador. (2023). *Modelo de gestión del Departamento de Consejería Estudiantil.* https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2023/06/modelo-DECE.pdf

Ministerio de Educación del Ecuador. (2023). *Plan Nacional de Prevención de Riesgos Psicosociales en el Sistema Educativo*. https://educacion.gob.ec/plan-prevencion-riesgos-psicosociales/

Ministerio de Educación del Ecuador. (2023). *Protocolo de actuación frente a situaciones de suicidio e intentos autolíticos detectadas en el Sistema Nacional de Educación*. https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2023/11/situaciones-de-suicidios.pdf

Ministerio de Educación, Deporte y Cultura. (2025, 24 de octubre). *Gobierno Nacional anuncia la contratación de 1.283 nuevos profesionales DECE*. https://educacion.gob.ec/gobierno-nacional-anuncia-la-contratacion-de-1-283-nuevos-profesionales-dece/

Ministerio de Educación, Deporte y Cultura. (2025, 28 de octubre). *"Si el Gobierno no abandona a sus docentes, ellos jamás van a abandonar a sus estudiantes": presidente Noboa durante la incorporación de 1.283 nuevos profesionales a los DECE*. https://educacion.gob.ec/si-el-

gobierno-no-abandona-a-sus-docentes-ellos-jamas-van-a-abandonar-a-sus-estudiantes-presidente-noboa-durante-la-incorporacion-de-1-283-nuevos-profesionales-a-los-dece/

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2026). *Lineamientos para la atención a personas con comportamiento suicida en establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2026/07/Lineamientos-para-atencion-a-personas-con-comportamiento-suicida-en-establecimientos-de-salud-del-Ministerio-de-Salud-Publica.pdf

Murphy, J. M., Guzmán, J., McCarthy, A. E., Squicciarini, A. M., George, M., Canenguez, K. M., Dunn, E. C., Baer, L., Simonsohn, A., Smoller, J. W., & Jellinek, M. S. (2015). Mental health predicts better academic outcomes: A longitudinal study of elementary school students in Chile. *Child Psychiatry & Human Development*, *46*(2), 245–256. https://doi.org/10.1007/s10578-014-0464-4

National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Depression in children and young people: Identification and management (NICE Guideline NG134)*. https://www.nice.org.uk/guidance/ng134

National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Self-harm: Assessment, management and preventing recurrence (NICE Guideline NG225)*. https://www.nice.org.uk/guidance/ng225

National Institute of Mental Health. (2024). *5 action steps to help someone having thoughts of suicide*. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/5-action-steps-to-help-someone-having-thoughts-of-suicide

Navarro Muñoz, M. A. (2018). *Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: Estudio de caso único* [Trabajo de grado de maestría, Universidad del Norte]. Repositorio Manglar. http://hdl.handle.net/10584/8271

Odgers, C. L., & Jensen, M. R. (2020). Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age: Facts, fears, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *61*(3), 336–348. https://doi.org/10.1111/jcpp.13190

Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *OneHealth Tool*. https://www.who.int/tools/onehealth

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: Helping adolescents thrive*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240011854

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Vivir la vida: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Preventing suicide: A resource for media professionals, update 2023*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240076846

Organización Mundial de la Salud. (2025a, 25 de agosto). *From early detection to care: How Uruguay is transforming suicide prevention through real-time surveillance*. https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/from-early-detection-to-care--how-uruguay-is-transforming-suicide-prevention-through-real-time-surveillance

Organización Mundial de la Salud. (2025b, 1 de septiembre). *Mental health of adolescents*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

Organización Mundial de la Salud, & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2024). *Mental health of children and young people: Service guidance*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240100374

Organización Mundial de la Salud, & UNESCO. (2021). *Making every school a health-promoting school: Global standards and indicators for health-promoting schools and systems*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240025059

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Strategy for improving mental health and suicide prevention in the Region of the Americas (CD60/9)*. https://www.paho.org/en/documents/cd609-

strategy-improving-mental-health-and-suicide-prevention-region-americas

Oyanadel, C., Carrasco-Correa, H., Latorre-Nanjarí, J., Peñate-Castro, W., & Sepúlveda-Queipul, C. (2021). Reduciendo la ideación suicida en adolescentes con terapia de perspectiva temporal. Un estudio experimental. *Acta Colombiana de Psicología*, *24*(1), 63–71. https://doi.org/10.14718/ACP.2021.24.1.6

Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M., Malow, B. A., Maski, K., Nichols, C., Quan, S. F., Rosen, C. L., Troester, M. M., & Wise, M. S. (2016). Recommended amount of sleep for pediatric populations: A consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, *12*(6), 785–786. https://doi.org/10.5664/jcsm.5866

Pearson. (s. f.). *Children's Depression Inventory 2 (CDI 2)*. https://www.pearsonassessments.com/en-us/Store/Professional-Assessments/Personality-%26-Biopsychosocial/Children%27s-Depression-Inventory-2/p/100000636

Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings

from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, *168*(12), 1266–1277. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *38*(2), 65–76. https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7

Raniti, M., Rakesh, D., Patton, G. C., & Sawyer, S. M. (2022). The role of school connectedness in the prevention of youth depression and anxiety: A systematic review with youth consultation. *BMC Public Health*, *22*, Article 2152. https://doi.org/10.1186/s12889-022-14364-6

Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, *90*, 24–31. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026

Rheinberger, D., Shand, F., McGillivray, L., McCallum, S., & Boydell, K. (2023). Parents of adolescents who experience suicidal phenomena—A scoping review of their experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(13), Article 6227. https://doi.org/10.3390/ijerph20136227

Senado de la República de Chile. (2019, 22 de mayo). *Senado respalda unánimemente moción sobre prevención del bullying o acoso virtual escolar*. https://www.senado.cl/comunicaciones/noticias/senado-respalda-unanimemente-mocion-sobre-prevencion-del-bullying-o-acoso

Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*(2), 256–264. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001

Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., Chaudhury, S. R., Bush, A. L., & Green, K. L. (2018). Comparison of the Safety Planning Intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry*, *75*(9), 894–900. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1776

Stirling, K., Toumbourou, J. W., & Rowland, B. (2015). Community factors influencing child and adolescent depression: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *49*(10), 869–886. https://doi.org/10.1177/0004867415603129

Terwee, C. B., Prinsen, C. A. C., Chiarotto, A., Westerman, M. J., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., de Vet, H. C. W., & Mokkink, L. B. (2018). COSMIN methodology for evaluating

the content validity of patient-reported outcome measures: A Delphi study. *Quality of Life Research*, *27*(5), 1159–1170. https://doi.org/10.1007/s11136-018-1829-0

Thabrew, H., Stasiak, K., Bavin, L.-M., Frampton, C., & Merry, S. (2018). Validation of the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) and Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) in New Zealand help-seeking adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *27*(3), Article e1610. https://doi.org/10.1002/mpr.1610

The Columbia Lighthouse Project. (s. f.). *About the protocol.* https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/about-the-scale/

Tougas, A.-M., Houle, A.-A., Leduc, K., Frenette-Bergeron, É., & Marcil, K. (2022). School reintegration following psychiatric hospitalization: A review of available transition programs. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *31*(2), 75–92.

U.S. Department of Health and Human Services. (2023). *Social media and youth mental health: The U.S. Surgeon General's advisory*. https://www.hhs.gov/surgeongeneral/reports-and-publications/youth-mental-health/social-media/index.html

U.S. Preventive Services Task Force. (2022). Screening for depression and suicide risk in children and adolescents: US Preventive

Services Task Force recommendation statement. *JAMA*, *328*(15), 1534–1542. https://doi.org/10.1001/jama.2022.16946

UNESCO. (2019). *Behind the numbers: Ending school violence and bullying*. https://doi.org/10.54675/TRVR4270

UNESCO. (2020). *Global education monitoring report 2020: Inclusion and education: All means all*. https://doi.org/10.54676/JJNK6989

UNESCO, UNICEF, & Organización Mundial de la Salud. (2023). *How school systems can improve health and well-being: Topic brief—Mental health*. https://iris.who.int/handle/10665/367426

Vanderburg, J. L., Tow, A. C., Marraccini, M. E., Pittleman, C., & Cruz, C. M. (2023). Caregiver experiences of adolescent school reentry after adolescent hospitalization due to suicidal thoughts and behaviors: Recommendations to improve reentry practices. *Journal of School Health*, *93*(3), 206–218. https://doi.org/10.1111/josh.13291

Villarreal Aguilar, B., Romero Rojas, G., & Ocampo Zegarra, J. C. (2024). Redes sociales y conducta suicida en adolescentes: Un estudio de caso. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, *87*(3), 289–299. https://doi.org/10.20453/rnp.v87i3.5114

Walter, H. J., Abright, A. R., Bukstein, O. G., Diamond, J., Keable, H., Ripperger-Suhler, J., & Rockhill, C. (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. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.10.001

Webb, M., Bailey, E., Lamblin, M., Krysinska, K., & Robinson, J. (2026). What is the evidence for preparing for and responding to student suicide in schools? A systematic review. *School Mental Health, 18*(2), 339–356. https://doi.org/10.1007/s12310-025-09773-y

Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., Ryan, S. M., & Jorm, A. F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *156*, 8–23. https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.007

Zuckerbrot, R. A., Cheung, A., Jensen, P. S., Stein, R. E. K., Laraque, D., & GLAD-PC Steering Group. (2018). Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): Part I. Practice preparation, identification, assessment, and initial management. *Pediatrics*, *141*(3), Article e20174081. https://doi.org/10.1542/peds.2017-4081

RECURSOS DIGITALES

Selección de recursos institucionales para ampliar la consulta y facilitar el acceso a documentos oficiales. Revisión editorial: septiembre de 2026. Las páginas web pueden actualizarse. Antes de aplicar un protocolo, compruebe que corresponde a la versión vigente en su territorio.

Ecuador Ministerio de Educación, Deporte y Cultura Rutas y protocolos. Portal oficial con instrumentos y rutas de actuación ante riesgos psicosociales y situaciones de violencia en el sistema educativo. **Acceso oficial**

Ministerio de Educación, Deporte y Cultura Modelos de Gestión DECE. Acceso al Modelo de Gestión del Departamento de Consejería Estudiantil y a materiales relacionados con acompañamiento y seguimiento psicosocial. Acceso oficial

Protocolo de actuación frente a situaciones de suicidio e intentos autolíticos. Documento oficial del sistema educativo ecuatoriano para prevención, detección, actuación, derivación y seguimiento. Acceso oficial

Ministerio de Salud Pública del Ecuador Lineamientos de 2026. Orientaciones para la atención a personas con comportamiento suicida en establecimientos de salud. Acceso oficial

UNICEF: Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente. Informe sobre salud mental de la infancia y la adolescencia, factores sociales y apoyo de las familias, escuelas y servicios. Acceso oficial

Internacionales

Organización Mundial de la Salud: Salud mental de los adolescentes. Ficha técnica actualizada con determinantes, promoción, prevención, detección y tratamiento de problemas de salud mental durante la adolescencia. Acceso oficial

Organización Mundial de la Salud: VIVIR LA VIDA. Guía de aplicación para fortalecer estrategias de prevención del suicidio a nivel nacional y comunitario. Acceso oficial

Organización Mundial de la Salud y UNICEF: Mental health of children and young people: Service guidance. Orientación para el diseño y fortalecimiento de servicios comunitarios de salud mental destinados a niñas, niños y jóvenes. Acceso oficial

Organización Panamericana de la Salud: Estrategia regional. Documento regional para mejorar la salud mental y la prevención del suicidio en las Américas. Acceso oficial

NICE: Depression in children and young people (NG134). Guía clínica para identificación y manejo de la depresión en niñas, niños y

adolescentes, dirigida principalmente a profesionales y servicios de salud. Acceso oficial

Nota de uso: Este directorio es educativo y no sustituye evaluación clínica, atención profesional ni los mecanismos de emergencia y protección que correspondan a cada situación. En presencia de riesgo inmediato, la prioridad es mantener a la persona acompañada y activar los servicios vigentes del territorio.