

Consejería Jurídica del Poder Ejecutivo del Estado de Morelos.
Dirección General de Normatividad.
Subdirección de Jurisprudencia.

Última Reforma: Texto Original



JURÍDICO
CONSEJERÍA JURÍDICA

PROTOCOLO DE ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA PSICобаEM.

OBSERVACIONES GENERALES.-

Publicación
Expidió
Periódico Oficial

2026/09/09
Colegio de Bachilleres del Estado de Morelos (COBAEM)
6601 Segunda Sección "Tierra y Libertad"



Al margen superior un escudo del estado de Morelos que dice: "TIERRA Y LIBERTAD". - LA TIERRA VOLVERÁ A QUIENES LA TRABAJAN CON SUS MANOS. - MORELOS. - 2018-2024, y un logotipo que dice: MORELOS ANFITRIÓN DEL MUNDO. - Gobierno del Estado. - 2018-2024. y un logotipo que dice: Colegio de Bachilleres del Estado de Morelos.

Colegio de Bachilleres del Estado de Morelos
PROTOCOLO DE ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA
PSICABAEM

Correo: contacto@cobaem.edu.mx

Sitio web: cobaem.edu.mx

Dirección: Av. Alta Tensión # 1728

Col. Cantarranas. Cuernavaca, Morelos

Teléfono de contacto: 777-362-22-00

ÍNDICE DE CONTENIDO

I. Introducción

II. Justificación

III. Marco Jurídico

IV. Objetivo general

Objetivos específicos

V. Conceptos básicos. Padecimientos psicológicos más comunes en la comunidad estudiantil

5.1 Fundamentos teóricos

5.2 Trastornos más comunes y su sintomatología

Principales trastornos mentales y del comportamiento:

Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo

1. Trastorno de ansiedad generalizada:

2. Trastornos de pánico:

3. Trastorno de ansiedad social:

Trastornos depresivos

Trastornos del comportamiento alimentario

1. Anorexia nerviosa:

2. Bulimia nerviosa:

3. Trastorno por atracón:

Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial

1. Trastorno desafiante y oposicionista:

2. Trastorno del comportamiento disocial:

Trastorno por hiperactividad y déficit de la atención
Trastorno obsesivo compulsivo
Trastorno del espectro autista
Trastornos debido al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos
1. Trastornos debido al consumo de sustancias psicoactivas (alcohol):
2. Síndrome de abstinencia del alcohol:
3. Trastornos debidos a comportamientos adictivos:
Conductas emocionales que se vivencian en la etapa adolescente:
1) Baja autoestima/ autopercepción distorsionada:
b) Crisis y/o estrés
Problemas de salud pública que afectan a las y los adolescentes
a) Embarazo adolescente:
b) Violencia de Género:
c) Autolesión/ Suicidio:
VI. Guía de Acompañamiento de Primera Ayuda Psicológica
6.1 Metodología de intervención
6.2 Primera Ayuda Psicológica
6.3 Paso a Paso en la atención
PASO 1. Conectar
PASO 2. Dirigir
PASO 3. Explorar
PASO 4. Tratar
PASO 5. Progreso
PASO 6. Informe de seguimiento
V. Bibliografía
VI. Anexos

I. INTRODUCCIÓN

Para el Colegio de Bachilleres del Estado de Morelos (COBAEM), es prioritario atender, cuidar y mantener la salud mental del estudiantado, es por ello que se diseñó el presente Protocolo de Orientación Psicológica PSICOBAM, para brindar una orientación, temprana y eficiente para el alumnado con problemáticas emocionales y psicológicas.

La adolescencia es un periodo crítico del ciclo vital, que implica cambios físicos, psicológicos y sociales (Organización Mundial de la Salud, 1999). Estos cambios

son difíciles de transitar, comprender y aceptar ya que, sumado a la necesidad de experimentar cosas nuevas como parte de la conformación de su personalidad, provocan que los factores de riesgo durante la adolescencia se potencialicen.

Además, en la actualidad se viven cambios vertiginosos en nuestra sociedad, la virtualidad ha traspasado las fronteras entre lo público y lo privado, vulnerando la seguridad de todas las personas, pero en especial la de las adolescencias que buscan aceptación y reconocimiento de manera imperante.

Asimismo, el confinamiento vivido durante la pandemia ocasionada por la COVID-19, ocasionó graves secuelas en la salud física y psicológica de las y los adolescentes. Los casos de violencia intrafamiliar aumentaron, la falta de la relación entre pares impidió el desarrollo de las habilidades socioemocionales y la presión económica vivida por las familias, los obligó a trabajar, por lo que pausaron o descuidaron sus estudios. Todo esto, propició la deserción escolar, bajo desempeño académico y el desarrollo o desencadenamiento de trastornos mentales como la ansiedad y la depresión (CEPAL -UNESO, 2020).

En este sentido, para que los agentes formadores de la educación del COBAEM puedan actuar frente a un momento de crisis emocional de los alumnos, se deben conocer e informar sobre los diversos padecimientos psicológicos, las formas en las que pueden intervenir y qué instancias brindan atención especializada para cada caso que sea identificado.

En términos de lo anterior, el presente Protocolo de Orientación Psicoeducativa PSICOBAAEM, establecerá las directrices generales para la orientación y atención psicológica temprana del estudiantado del COBAEM, en la cual la personas designadas y responsables de coordinarlo en cada uno de los planteles y EMSADs, le darán un seguimiento y aplicación homogénea que se muestra a continuación.

II. JUSTIFICACIÓN

La salud mental es un aspecto crucial de la salud integral de una persona. Se refiere al bienestar emocional, psicológico y social de un individuo y se ve influenciado por diversos factores, como la genética, el ambiente, la educación, la cultura y las experiencias de vida. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2022), la salud mental va más allá de la ausencia de trastornos mentales y sus

consecuencias, como vivencias varían en función de cada persona. A lo largo de los años, ha habido un aumento en la conciencia y el reconocimiento de la importancia de la salud mental. Sin embargo, todavía persiste una falta de recursos y acceso a la atención de salud mental en el Estado de Morelos.

La Organización Mundial de la Salud (2022), refiere que en 2019 cerca de mil millones de personas sufrían las consecuencias de un padecimiento mental, de este total cerca del 14% correspondía a adolescentes de todo el mundo. Refiere, además, que los trastornos mentales son la principal causa de discapacidad y que en el periodo de pandemia la depresión y la ansiedad aumentó en un 25%. Los trastornos mentales pueden tener un impacto significativo en la vida de una persona, incluyendo la capacidad para estudiar, las relaciones personales, la autoestima y la calidad de vida en general. También pueden aumentar el riesgo de otros problemas de salud, como enfermedades cardiovasculares, obesidad y diabetes entre otras. Si bien la salud mental es percibida como un aspecto de impacto personal, recientemente se ha adoptado un modelo integral y holístico, por ende, un padecimiento de esta naturaleza también afecta a la comunidad escolar y su desempeño. Los problemas de salud mental en los estudiantes pueden conducir a una menor productividad académica, mayores costos de atención médica y problemas sociales.

En México, los problemas de salud mental son comunes y tienen un impacto significativo en la vida diaria de las y los estudiantes. Los trastornos de ansiedad, la depresión y el abuso de sustancias son prevalentes en el ámbito educativo y pueden tener consecuencias graves como el aislamiento social e incluso el suicidio. Según la Organización Mundial de la Salud (2021) el suicidio fue la cuarta causa de defunción en el grupo de edad de los 15 a los 29 años, se ha demostrado además una correlación positiva entre tener un trastorno mental y el suicidio. En el caso de México, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2022). Esta estadística subraya la importancia de abordar los problemas de salud mental en los bachilleratos. Sin embargo, los problemas de salud mental a menudo son estigmatizados, lo que puede llevar a que la población estudiantil no busque la ayuda que necesitan. Este estigma también puede conducir a la discriminación y la exclusión, lo que hace que sea más difícil para las y los estudiantes, superar las situaciones que atraviesan y buscar tratamiento integral.

Los factores que generan el arraigo y normalización del problema se pueden originar en la falta de conciencia y el estigma social que rodea a la salud mental, muchas personas no buscan la ayuda que necesitan, lo que tiene graves consecuencias.

El gobierno de México ha reconocido la importancia de la salud mental y ha tomado medidas para abordar este problema. En 2017, México aprobó una ley de salud mental que tenía como objetivo brindar acceso universal a los servicios de salud mental y promover la conciencia sobre esta. La ley también pretendía reducir el estigma social que rodea a la salud mental y animar a las personas a buscar ayuda cuando la necesiten. En el 2022 dicha ley fue reformada adicionando como un tema de salud pública prioritario el emprender medidas para fortalecer el bienestar, la recuperación y lograr el desarrollo de las potencialidades individuales y sociales para fines laborales y/o recreativos (Diario Oficial de la Nación, 2022). Esta ley fue un paso esencial para abordar los problemas de salud mental en México y brindar acceso a la atención a quienes la necesitan, por lo que el COBAEM Morelos pretende garantizar el acceso a sus estudiantes a la atención de su salud mental.

Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, aún queda mucho trabajo por hacer para abordar los problemas de salud mental en el ámbito educativo. Esto representa un desafío importante que se acrecienta con la falta de recursos asignados a los servicios de salud mental que a menudo no cuentan con suficientes fondos ni personal, lo que genera largos tiempos de espera y acceso limitado a la atención, que dificulta brindar atención a quienes la necesitan.

Para abordar estos desafíos, es crucial crear conciencia y brindar orientación sobre la importancia de la salud mental en el ámbito educativo, y reducir el estigma social que la rodea. Las campañas de orientación, educación y concientización pueden ayudar a las personas a comprender los signos y síntomas de los problemas de salud mental y alentarlas a buscar ayuda cuando la necesiten.

Como ya se ha referido, la salud mental es un aspecto esencial del bienestar general del individuo, indispensable para la consolidación del correcto desarrollo humano y juega un papel crucial en el éxito académico y social. Para la Educación Media Superior, comúnmente estudiada en un periodo de los 15 a los 17 años, pasan por cambios de desarrollo físicos y emocionales relevantes, en esta etapa de la vida se fijan conductas, hábitos y actitudes para la resolución de la vida adulta, así mismo se enfrentan a varios desafíos que de no ser atendidos de manera oportuna pueden

derivar en trastornos y con ello perjudicar sus proyectos de vida. Por lo tanto, priorizar la salud mental en el COBAEM Morelos, es esencial para garantizar que el estudiantado cuente con la orientación, atención y las herramientas necesarias, para enfrentar estos desafíos y así alcanzar su máximo potencial.

La identificación y el tratamiento temprano de los problemas de salud mental en el bachillerato puede evitar que se desarrollen problemas más graves en el futuro.

Diversas investigaciones científicas han demostrado que los problemas de salud mental entre las y los estudiantes de bachillerato están muy extendidos y pueden tener efectos en su desempeño académico, tal es el caso del estudio llevado a cabo por Iriarte, Estévez, Basset, Sánchez y Flores (2018) quienes obtienen como resultados que el grupo participante manifestó haber experimentado sentimientos de soledad, presentan nerviosismo y actúan de forma impulsiva. Además, como se ha referido, los problemas de salud mental se han asociado con un rendimiento académico deficiente, abuso de sustancias y un mayor riesgo de suicidio (Hunt & Eisenberg, 2010).

Existen una diversidad de terapias con resultados positivos para el alumnado de bachillerato, para el manejo del estrés se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha resultado efectiva para reducir los síntomas del estrés, ansiedad y depresión en los adolescentes (Ramírez y González, 2012).

Ante lo expresado, consideramos seis elementos fundamentales a tomar en cuenta que son relevantes para dimensionar de manera profunda la necesidad de desarrollar programas escolares, que permitan fortalecer la salud mental del alumnado:

- 1) Los trastornos de salud mental son comunes en todo el mundo, y se estima que 1 de cada 4 personas experimenta algún tipo de enfermedad mental en su vida (Organización Mundial de la Salud, 2021).
- 2) La enfermedad mental no es causada por debilidad personal, falta de carácter o mala educación. Más bien, es el resultado de interacciones complejas entre factores biológicos, psicológicos y ambientales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).
- 3) La falta de salud mental puede afectar a cualquier persona independientemente de su edad, sexo, etnia o condición social. Sin embargo,

ciertas poblaciones históricamente discriminadas y vulneradas, como las personas LGBTQ+, las personas racializadas de color, personas con algún tipo de discapacidad y las personas en situación de pobreza, pueden tener un mayor riesgo de problemas de salud mental debido a las desigualdades y la discriminación sistémicas (Instituto Nacional de Salud Mental, 2021).

4) Los problemas de salud mental pueden tener graves consecuencias si no se tratan, incluido un mayor riesgo de suicidio, abuso de sustancias, afecciones crónicas de salud física y aislamiento social (Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales EU, 2021).

5) Hay tratamientos efectivos disponibles para muchas condiciones de salud mental, incluidos medicamentos, terapia y cambios en el estilo de vida, como el ejercicio y el control del estrés. La intervención temprana es clave para lograr los mejores resultados (Instituto Nacional de Salud Mental EU, 2021).

6) El estigma y la discriminación en torno a las enfermedades mentales pueden impedir que las personas busquen ayuda, lo que genera sufrimiento innecesario y resultados potencialmente peligrosos. La educación y difusión oportuna pueden ayudar a reducir el estigma y mejorar el acceso a la atención (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Por lo que la creación de un ambiente de apoyo e inclusión en las escuelas de Educación Media Superior puede tener un impacto positivo en la salud mental de los sus estudiantes. Wang et al., en el 2020 realizó un estudio en dónde encontró que un clima escolar positivo se asoció con mejores resultados de salud mental, incluidos niveles más bajos de ansiedad y depresión entre los estudiantes de bachillerato.

El compromiso del COBAEM con la juventud del Estado de Morelos es prioridad y se reafirma con la atención en salud mental, para que su comunidad estudiantil logre su bienestar y éxito académico.

En conclusión, priorizar la salud mental en el COBAEM es crucial para lograr el éxito académico y social, y con ello prevenir los problemas de salud mental a largo plazo.

La identificación y el tratamiento temprano de los problemas de salud mental, así como la creación de un entorno escolar inclusivo, de apoyo, atención y orientación psicológica adecuada, pueden tener un impacto positivo en la vida académica y personal del estudiantado.

III. MARCO JURÍDICO

México, es un país libre y soberano suscrito por voluntad e interés propio a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, a la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de la Organización de Naciones Unidas y de la Convención Americana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos; instrumentos internacionales que han sido suscritos y ratificados por el Senado de la República y por tanto obligatorios.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Artículo 25 a la letra dice: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios." Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del cual México forma parte, en el artículo 12 señala: "Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".

Como hemos visto, la OMS define a la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Así, la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comodidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

Por tanto, la salud mental desde los estándares internacionales se enmarca y actúa, atendiendo la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales basados en estándares internacionales vinculantes como:

- La Carta Internacional de Derechos Humanos
- La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.
- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

- La Convención sobre los Derechos del Niño.
- La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, este último es un valioso instrumento que promueve, protege y asegura el goce pleno y en condiciones de igualdad y equidad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promueve el respeto de su dignidad inherente; tanto a las personas con discapacidades físicas, mentales, intelectuales o sensoriales.

Asimismo, se cuenta con instrumentos internacionales no vinculantes, que orientan la protección específica de los derechos de las personas como:

- Los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental.
- La Declaración de Caracas.
- Los Principios de Brasilia.
- El Consenso de Panamá, que guían tanto la política como los programas y servicios de salud mental con enfoques al respeto de los derechos humanos y la atención comunitaria.

Así pues, desde el contexto nacional, la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo primero el derecho de toda persona a disfrutar las garantías que otorga la Constitución, las cuales no podrán restringirse, ni suspenderse, sino en los casos y condiciones reconocidas en el propio texto constitucional. De igual forma, el artículo cuarto constitucional establece que:

... “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social” ... Por lo que la salud es entendida como un derecho humano que se encuentra reconocido en nuestro máximo ordenamiento jurídico y que tiene connotaciones directas para el correcto desarrollo individual de cada mexicana y mexicano.

A su vez, la Ley General de Salud en el artículo 2º, fracción I establece que el

derecho a la protección a la salud tiene como finalidad el bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades y que es materia de salubridad general y en el Título Tercero, de la Prestación de los Servicios de Salud, establece en el capítulo VII denominado de la Salud Mental, en los artículos 72, 73, 74, 75 y 76, la prevención de los trastornos mentales con carácter prioritario y la coordinación para la promoción de la salud mental entre las distintas instancias de salud, en los tres niveles de gobierno.

Desde el Estado de Morelos se creó y es de vigencia y relevancia actual la Ley de Salud Mental del Estado de Morelos, en el 2023 se han hecho reformas, pero sus inicios se remontan al 2011; en dicha Ley se reconoce y brinda mecanismos de operación para la salud mental en sus diferentes características y medios de atención para el público en general. También es imprescindible decir que en el artículo 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 18 de la Ley General de Educación así como los artículos 11, 13, 16 y 17 de la Ley de Educación del Estado de Morelos hacen al Estado Garante de una educación de excelencia, humanista y con una permanente búsqueda de desarrollar estudiantes integrales y ciudadanos plenos que cuenten con habilidades socioemocionales, como el desarrollo de la imaginación y la creatividad de contenidos y formas; el respeto por los otros pero también por sí mismos; herramientas necesarias para la tolerancia a la frustración y el desarrollo de la colaboración y el trabajo en equipo.

Estas leyes tienen como finalidad ampliar el marco legal para la protección de las personas que padecen una enfermedad mental, cumpliendo así con los principios y reglas técnicas que en esta materia se han venido aprobando en diversos organismos internacionales de los cuales nuestro país forma dando mucha importancia al entendido de que la salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, e incluye padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia, y los trastornos del desarrollo en la infancia, algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos.

IV. OBJETIVO GENERAL

Contar con un Protocolo de Orientación Psicoeducativa que permita una actuación adecuada, responsable e inmediata ante crisis emocionales o necesidades psicológicas de la comunidad educativa del COBAEM.

4.1 Objetivos específicos

1. Brindar un marco conceptual unificado que permita al personal de las diversas instancias que integran el COBAEM, intervenir de manera ética y responsable en las situaciones relacionadas con la salud mental del alumnado.
2. Proporcionar un listado con los padecimientos psicológicos más comunes que aquejan en la actualidad a la comunidad estudiantil del COBAEM, que se manifiestan de manera recurrente en el alumnado, para que el personal docente y administrativo tenga conocimiento básico de los mismos.
3. Proporcionar un Protocolo de Orientación Psicoeducativa de Primera Ayuda Psicológica, como instrumento para que el personal docente y administrativo del COBAEM, brinde de manera inmediata apoyo emocional al alumnado ante cualquier situación de crisis.
4. Contar con la vinculación y canalización especializada, oportuna y adecuada, para dar seguimiento y atención psicológica a los casos identificados.

V. CONCEPTOS BÁSICOS. PADECIMIENTOS PSICOLÓGICOS MÁS COMUNES EN LA COMUNIDAD ESTUDIANTIL.

5.1 Fundamentos teóricos

Antes de llegar a la descripción de algunos de los trastornos más comunes en la etapa adolescente, así como sus características, es necesario e importante recalcar, que NO SE DEBEN PATOLOGIZAR TODAS LAS CONDUCTAS QUE SE PRESENTAN EN LA ADOLESCENCIA. Es importante recordar que esta etapa del desarrollo humano está caracterizado por el desarrollo hormonal, físico, relacional y contextual, por lo que será importante trabajar con cuidado cada caso específico y realizar un acompañamiento adecuado, tanto con el estudiantado así como con las y los tutores de estos, siempre tomando en cuenta que el desarrollo humano necesita ser integral, ya que algunos estados de ánimo pueden mejorar cuando participan en actividades deportivas o culturales, por lo que es sustancial identificar cuál es el apoyo que cada estudiante requiere para priorizar, mantener, fomentar y cuidar su salud mental.

Por lo anterior y para conocimiento de los y las destinatarias de este protocolo, a continuación, se enmarcan de manera general algunas de las afectaciones

mentales y emocionales más habituales que se encuentran en la cotidianidad de los bachilleratos y que servirá de referente para discernir la afectación manifestada a través de la queja o de la sintomatología que presente el estudiante.

5.2 Trastornos más comunes y su sintomatología

El cuidado de la salud mental se ha vuelto uno de los retos más importantes después de la pandemia de COVID-19. De acuerdo con Dodolli (2019), a nivel mundial 1 de cada 7 jóvenes de 10 a 19 años cuenta con un padecimiento mental que en la mayoría de los casos no ha sido tratado ni diagnosticado adecuadamente. En la época de pandemia y sumado al proceso psicoemocional por el que transitan las y los adolescentes, resultaron unos de los sectores más vulnerables.

Para Emilia Lucio-Maqueo (citado en Dodolli, 2019) las afectaciones más comunes en el rango de edad que va de los 15 a los 19 años son la ansiedad y la depresión, en contraste, con aquellas situaciones estresantes que se presentan entre los 10 a los 14 años. Se pueden presentar, además, trastornos del comportamiento, trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno disocial, trastornos de la conducta alimentaria, así como otras conductas emocionales tales como el suicidio, el abuso del alcohol y las autolesiones.

Para establecer un lenguaje común y un método de identificación y clasificación la Organización Mundial de la Salud, crea el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que desde el 2022 tiene su más reciente actualización, el CIE 11. Este documento brinda información estandarizada sobre padecimientos de la esfera de la salud y la salud mental (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

En función de los datos y definiciones brindadas por el CIE 11 se describen los principales trastornos y alteraciones emocionales y conductuales más comunes en la adolescencia. Los principales trastornos mentales y del comportamiento en orden de frecuencia, son los siguientes:

- Trastorno de ansiedad o relacionados con el miedo
 1. Trastorno de ansiedad generalizada
 2. Trastorno de pánico
 3. Trastorno de ansiedad social
- Trastornos depresivos

- Trastornos del comportamiento alimentario
 1. Anorexia nerviosa
 2. Bulimia nerviosa
 3. Trastorno por atracón
- Trastorno de comportamiento disruptivo y disocial
 1. Trastorno desafiante y oposicionista
 2. Trastorno del comportamiento disocial
- Trastorno por hiperactividad y déficit de la atención
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastornos del espectro autista
- Trastornos debido al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos
 1. Trastornos debido al consumo de sustancias (alcohol)
 2. Síndrome de abstinencia del alcohol
 3. Trastornos debidos a comportamientos adictivos

Se enlistan, además, conductas emocionales que se vivencian en la etapa adolescente, siendo las principales:

- Baja autoestima/ autopercepción distorsionada
- Crisis

Finalmente, se desarrollan problemáticas de salud pública que afectan a las y los adolescentes:

- Embarazo adolescente
- Violencia de género
- Autolesión/ Suicidio

Principales trastornos mentales y del comportamiento:

Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo

El CIE 11, establece una estrecha relación entre la ansiedad y el miedo, pese a esta cercanía, existen diferencias importantes. La ansiedad está orientada hacia el futuro, refiriéndose a la amenaza anticipada percibida; por su parte el miedo es una reacción ante una amenaza inminente ubicada temporalmente en el presente. Los trastornos de ansiedad y relacionados con el miedo, son el resultado de miedo y

ansiedad excesivos con alteraciones en el comportamiento que son los suficientemente graves para afectar las esferas personal, familiar, educativa, social, entre otras importantes para el funcionamiento cotidiano.

Al tratar con trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo, es importante identificar el estímulo o situación que desencadena la ansiedad y el miedo. En ambos casos, existen cogniciones asociadas que van a permitir clarificar el trastorno.

1. Trastorno de ansiedad generalizada:

Este trastorno consiste en la presencia de ansiedad que se suscita durante varios meses, en un lapso de días mayor frente aquellos días en los que no se presentan síntomas de ansiedad. La ansiedad es entendida como aprehensión general o preocupación excesiva focalizada en eventos cotidianos de las esferas personal, familiar, académica, laboral o financiera de la vida de la persona. La ansiedad viene acompañada por los siguientes síntomas adicionales:

- Tensión muscular o inquietud motora
- Actividad simpática autónoma
- Experiencia subjetiva de nerviosismo
- Dificultad para mantener la concentración
- Irritabilidad
- Trastornos del sueño

En un trastorno de ansiedad generalizada, estos causan una angustia significativa que no pueden ser explicados por alguna condición de salud, o bien por la ingesta de sustancias que alteran el sistema nervioso central.

2. Trastornos de pánico:

Los trastornos de pánico se diferencian del miedo intenso o aprehensión, ya que ocurren de forma inesperada y recurrente, vienen acompañados de diferentes síntomas adicionales, tales como palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblores, falta de aliento, dolor en el pecho, mareos o sensación de mareo, escalofríos, sofocos, miedo a la muerte inminente. Otro rasgo central de los ataques de pánico es la preocupación constante por su recurrencia, así como la realización

de comportamientos orientados en evitar su aparición. Los síntomas descritos de los ataques de pánico no son explicados por alguna otra afectación de salud ni por la ingesta de sustancias que alteren el funcionamiento del sistema nervioso central.

3. Trastorno de ansiedad social:

Se caracteriza por temor y ansiedad excesivos que ocurren de forma sistemática en una o varias situaciones sociales, como tener una conversación, ser observado, por ejemplo, comiendo o bebiendo, o realizar una actividad frente a otros, por ejemplo, dar un discurso. La persona con ansiedad social muestra una preocupación por su actuar y por la evaluación que harán los otros de este comportamiento, que desde su perspectiva será negativa. De esta manera, la persona evita cualquier situación social en la que se sienta expuesto o evaluado o bien las lleva a cabo con un temor o ansiedad intensos.

Trastornos depresivos

De acuerdo con la Guía de Intervención mhGAP (2016), la depresión suele estar acompañada por otros trastornos y se caracteriza por múltiples síntomas físicos sin causa aparente, escasa energía, fatiga, alteraciones del sueño, tristeza, ansiedad, pérdida e interés en actividades que normalmente resultan placenteras, siendo estas las más importantes.

Por otro lado, de acuerdo con el CIE 11, los trastornos depresivos se caracterizan por un estado de ánimo depresivo, consisten en tristeza, irritación, sensación de vacío, así como pérdida de placer. Los trastornos depresivos comúnmente están acompañados por otros síntomas de las esferas cognitivas, conductuales y neurovegetativas, afectando al funcionamiento cotidiano del individuo. La depresión en principio se divide en episodios únicos y episodios recurrentes. En el primer caso, no existe antecedentes de episodios depresivos; en el segundo caso, se han presentados por lo menos dos episodios depresivos separados por un mínimo de varios meses, sin que exista alteración significativa del ánimo.

Un trastorno de depresión mayor se caracteriza por la presencia de síntomas casi a diario durante al menos dos semanas. Los síntomas incluyen: disminución del interés en las actividades cotidianas, además de dificultad para concentrarse, sentimiento de inutilidad, culpa excesiva o inapropiada, desesperanza,

pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, energía reducida o fatiga.

La tipología propuesta por el CIE 11, considera un nivel de gravedad que incluye las categorías de leve, moderado y grave, en función de la presencia de síntomas y su afectación en la vida cotidiana. Un nivel de gravedad leve y moderado implica el funcionamiento de la persona en su actuar cotidiano en las esferas personal, familiar, educacional y/o ocupacional, aunque con dificultades.

Por otro lado, se incluyen modalidades en las que existen la presencia o ausencia de delirios o alucinaciones durante el episodio depresivo.

Trastornos del comportamiento alimentario

Son comportamientos atípicos relacionados con la alimentación, no corresponden a nivel de desarrollo de la persona, ni son compatibles con las normas culturales de la persona. Los trastornos de la conducta alimentaria incluyen “alteraciones del comportamiento que no están relacionadas con preocupaciones con el peso y la figura corporales como la ingesta de sustancias no comestibles o la regurgitación voluntaria de alimentos, como comportamientos anormales vinculados con la ingesta o preocupación por la comida, el peso y la figura corporales” (p. 62).

1. Anorexia nerviosa:

La anorexia nerviosa se caracteriza principalmente por un peso corporal significativamente bajo que no corresponde con la altura, edad y etapa del desarrollo (índice de Masa Corporal menor a 18.5 kg/m² en adultos). Por otro lado, existe un patrón de comportamiento persistente por evitar conseguir el peso corporal adecuado, tales como una alimentación restringida, comportamientos purgativos (vómito autoinducido, abuso de laxantes), así como comportamientos para aumentar el gasto energético, como ejercicio excesivo, todo acompañado por un miedo intenso por subir de peso.

2. Bulimia nerviosa:

Se caracteriza por episodios repetitivos y recurrente de atracones de comida, que ocurren por una vez o más a la semana durante al menos un mes. Un episodio de

atacón de comida consiste en la pérdida subjetiva de control sobre el tipo y la cantidad de alimentos que se ingieren, que rompe con la conducta alimentaria habitual, además se acompaña de comportamientos compensatorios reiterados y recurrentes para evitar el aumento de peso, por ejemplo, vómitos autoinducidos, abuso de laxantes o enemas, ejercicio excesivo. Las personas con bulimia nerviosa no tienen un peso corporal significativamente bajo, no obstante, manifiestan una preocupación por la forma y el peso corporal.

3. Trastorno por atracón:

Consiste en episodios frecuentes y recurrentes de atracones de comida, por ejemplo, una vez o más a la semana durante un periodo de varios meses. Un episodio de atracón es distintivo en los hábitos alimentarios de una persona, en el que experimenta una pérdida subjetiva de control sobre la comida, come más o de una forma atípica a la forma común. La persona experimenta una sensación de incapacidad por dejar de comer o limitar el tipo o la cantidad de comida que ingiere. Estos episodios son acompañados por sentimientos negativos tales como culpa o disgusto generando malestar. Un dato relevante, es que, a diferencia de la bulimia nerviosa, no aparecen conductas compensatorias, por ejemplo, vómito inducido, abuso de laxantes o enemas, o ejercicio vigoroso.

Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial

Se trata de trastornos que comúnmente se desarrollan desde la infancia, consiste en un patrón de comportamiento persistente que va desde comportamientos desafiantes, desobediente, provocadores o maliciosos, es decir, disruptivos, hasta comportamientos que violan marcadamente los derechos básicos de otras personas, así como la desobediencia frente a reglas, normas o leyes propias de la edad.

1. Trastorno desafiante y oposicionista:

Es un patrón de comportamiento que persiste en por lo menos, los últimos 6 meses. Son comportamientos desafiantes, desobedientes, provocativos o maliciosos, típicamente observado en personas con edades y nivel de desarrollo similares, no limitándose a la interacción con los hermanos o hermanas.

El trastorno desafiante y oposicionista se caracteriza por estados de ánimo enojado

o irritable persistente, acompañado generalmente por arrebatos graves de mal genio o comportamiento, obstinado, desafiante y discutidor.

2. Trastorno del comportamiento disocial:

Es un patrón de comportamiento repetitivo y persistente en el que se violan los derechos básicos de otras personas, así como reglas, normas o leyes sociales apropiadas para la edad, tales como agresión hacia animales o personas, destrucción de propiedad, engaño o robo. Para su efectivo diagnóstico es necesario que dicho patrón comportamental se haya presentado en al menos 12 meses o más. Aquellos comportamientos disociales o delictivos aislados no forman parte de este cuadro clínico.

Trastorno por hiperactividad y déficit de la atención

Se trata de un trastorno del desarrollo que se presenta generalmente a principios o mediados de la infancia. De acuerdo con el CIE 11 su diagnóstico requiere la presencia de un patrón persistente que se presenta al menos 6 meses, sus características centrales son: falta de atención o hiperactividad o impulsividad que están fuera de las variaciones normales en función de la edad y el nivel de funcionamiento intelectual e interfieren en los ámbitos académico, laboral o social.

La variabilidad de estos grandes rasgos (falta de atención, hiperactividad e impulsividad) varían en cada persona, para realizar un diagnóstico efectivo es necesario observar con claridad las afectaciones en más de un ámbito de acción de la persona.

La falta de atención se refiere a “una dificultad importante en el mantenimiento de la atención en tareas que no proporcionan un alto nivel de estimulación o recompensas frecuentes” (p. 11).

Por su parte la hiperactividad es un exceso de actividad motora con dificultades para quedarse inmóvil. Se trata de comportamientos que se desencadenan principalmente en escenarios estructurados en donde se requiere una conducta de autocontrol.

Finalmente, la impulsividad “es una tendencia a actuar en respuesta a los estímulos

inmediatos, sin reflexión o consideración de los riesgos y consecuencias (p.11).

Los trastornos por hiperactividad y déficit de la atención, trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno del espectro autista, son trastornos menos recurrentes en la población adolescente, sin embargo, su evaluación, manejo y seguimiento requiere de un diagnóstico especializado en psiquiatría.

Trastorno obsesivo compulsivo

Este trastorno se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones persistentes, generalmente se presentan tantos obsesiones o compulsiones. Las obsesiones son “son pensamientos recurrentes y persistentes, imágenes o impulsos/urgencias que son molestos, no deseados y se asocian comúnmente con ansiedad” (CIE 11, 2019, p. 46).

Las compulsiones por su parte son las respuestas a las obsesiones, se trata de comportamientos repetitivos, así como actos mentales que la persona se siente obligada a hacer cuando surge una obsesión, con el objetivo de lograr la “integridad”.

Los trastornos obsesivos – compulsivos requieren que para su diagnóstico las obsesiones y compulsiones se estén llevando por mucho tiempo (por ejemplo, tomar más de una hora por día) y ocasione un deterioro significativo en las esferas personal, familiar, laboral, escolar y social de la persona.

Trastorno del espectro autista

El CIE 11 indica que este trastorno surge en el periodo del desarrollo, comúnmente en la primera infancia, aunque la sintomatología puede no aparecer hasta que las demandas sociales exceden las capacidades para dar respuesta. El trastorno del espectro autista se caracteriza por “déficits persistentes en la capacidad de iniciar y sostener la interacción social recíproca y la comunicación social, y por un rango de patrones comportamentales e intereses restringidos, repetitivos e inflexibles” (p.7) El déficit resulta grave al grado de afectar diversas esferas vitales de la persona, es decir, su ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional, entre otras.

Trastornos debido al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos

El CIE 11 señala que los trastornos debido al consumo de sustancias incluyen trastornos mentales y del comportamiento, como resultado del consumo principalmente de sustancias psicoactivas, incluyendo medicamentos y comportamientos específicos y repetitivos de búsqueda y recompensa.

Los trastornos debido al consumo de sustancias incluyen:
Episodios únicos de consumo nocivo de sustancias (consumo nocivo de sustancias y dependencia de sustancias).

Trastornos inducidos por sustancias, tales como, intoxicación por sustancias y síndrome de abstinencia de sustancias.

Trastornos mentales inducidos por sustancias, disfunciones sexuales y trastornos del ciclo del sueño y vigilia.

1. Trastornos debido al consumo de sustancias psicoactivas (alcohol):

Los trastornos debido al consumo de sustancias consisten en un patrón reiterado, así como las consecuencias del consumo de alcohol. Es importante recalcar que el alcohol contiene propiedades generadoras de dependencia lo que origina en algunas personas una dependencia o bien un síndrome de abstinencia cuando se disminuye o retira el consumo.

Se identifican dos modalidades, un episodio único de consumo nocivo del alcohol y un patrón nocivo de consumo de alcohol. El alcohol, afecta de forma grave diversos órganos del cuerpo, aunado a las afectaciones en el entorno cotidiano y el daño a terceros.

2. Síndrome de abstinencia del alcohol:

Es un cuadro clínicamente significativo de síntomas que incluye alteraciones comportamentales y fisiológicas que varían en su grado e intensidad, producto del cese o reducción del consumo del alcohol. Se produce en personas que han generado una dependencia al alcohol, haber consumido durante un tiempo prolongado o en grandes cantidades.

- Los síntomas del síndrome de abstinencia incluyen:

- Hiperactividad autonómica
- Ansiedad
- Agitación psicomotora
- Alucinaciones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
- Distracción
- En ocasiones se presentan convulsiones

Un síndrome de abstinencia puede progresar y tornarse grave, cuando es así, se presenta un delirium caracterizado por confusión y desorientación, las alucinaciones visuales, táctiles o auditivas se vuelven prolongadas.

En los trastornos debido al consumo de sustancias, se anexa la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias ASSIT que será aplicado por personal debidamente capacitado.

La Guía de Intervención mhGAP de la Organización Mundial de la Salud (2016) brinda un proceso detallado respecto a la evaluación, manejo y seguimiento en el apartado llamado "Trastornos por el consumo de sustancias" (Ver anexo Guía mhGAP, 2016).

3. Trastornos debidos a comportamientos adictivos:

Consiste en síntomas clínicamente reconocibles y significativos, que ocasionan malestar o interferencia en las actividades cotidianas de una persona como resultado de comportamientos repetitivos en búsqueda de alguna recompensa que no se deriva del consumo de sustancias. Incluyen los trastornos por juego de apuestas y los trastornos por uso de videojuegos.

Para el caso de este protocolo y la población destinataria conviene desarrollar los trastornos por el uso de videojuegos. Este consiste en un patrón de comportamiento persistente y recurrente, videojuegos en sus modalidades en línea y o fuera de línea.

Los rasgos centrales son (CIE 11, 2019, p. 190):

- a) Deterioro en el control sobre el juego (por ejemplo, inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto);
- b) Incremento en la prioridad dada al juego al grado que se antepone a otros intereses y actividades de la vida diaria; y

c) Continuación o incremento del juego a pesar de que tenga consecuencias negativas.

El patrón de comportamiento es lo suficientemente grave generando impacto significativo en el área personal, familiar, educativo, ocupacional y social, presentándose en un periodo de al menos 12 meses.

Cuando se presenten otras situaciones relacionadas con problemáticas de la esfera de la salud mental que no están en este listado se contactará a las instancias correspondientes para su atención y tratamiento.

Conductas emocionales que se vivencian en la etapa adolescente:

1) Baja autoestima/ autopercepción distorsionada:

La autoestima es la valoración positiva o negativa que hace cada quien, consiste además en saberse con las herramientas para poder afrontar los desafíos de la vida (Pérez, 2019). En contraste, la baja autoestima se define como la dificultad que tiene la persona para sentirse valiosa en lo profundo de sí misma, y por tanto digna de ser amada por los demás. Para De Mézerville (2004) la autoestima tiene dos componentes, uno actitudinal compuesto por la autoimagen, la autovaloración y la autoconfianza y un segundo componente conductual, integrado por el autocontrol, la autoafirmación y la autorrealización. En función de este modelo, podemos entender el proceso opuesto, la baja autoestima.

Las personas con autoestima baja buscan, a veces sin ser muy conscientes de ello, la aprobación y el reconocimiento de los demás y suelen tener dificultad para ser ellas mismas y poder expresar con libertad aquello que piensan, sienten y necesitan en sus relaciones interpersonales, así como para poder decir "no" al otro sin sentirse mal por ello. Para Satir (1980) una persona con baja estima atraviesa por una gran sensación de inseguridad sobre sí misma, ubica su valía en el reconocimiento de los otros afectando considerablemente su autonomía e individualidad. De acuerdo con García (2005) algunos rasgos actitudinales de una persona con baja estima son:

- Una autocrítica excesiva y severa
- Hipersensibilidad ante la crítica

- Dificultades para decidir, no ante la ausencia de información, si no como resultado del temor a equivocarse afectando su autodeterminación y aumentando sus sentimientos de incapacidad.
- Un deseo intenso por complacer y mostrar dificultades para decir que “no”, lo que le convierte en una persona fácilmente influenciable
- Perfeccionismo
- Sentimientos de culpabilidad
- Hostilidad e irritabilidad
- Negativismo generalizado
- Dificultad para poner límites
- Aislamiento
- Dificultades de gestión emocional
- Abuso de sustancias
- Alteración en la conducta alimentaria, sueño y/o esfera sexual

2) Crisis y/o estrés

Para identificar si un alumno se encuentra en crisis, es necesario comprender el concepto, que de acuerdo con Slaikeu (1996, p.16) “Es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”. Esta definición capta los principales aspectos de la crisis:

- Suceso que desorganiza la vida cotidiana de una persona.
- Sobrepasa e imposibilita su capacidad de autorregulación y toma de decisiones.
- Las crisis tienen comienzos identificables y colocan a la persona en un momento de vulnerabilidad.

De acuerdo con la misma autora (Slaikeu, 1996, pp. 18-19), las crisis pueden desencadenarse por:

- Sucesos de la vida como divorcio, muerte de un familiar cercano, enfermedad, un nuevo miembro en la familia, muerte de un amigo, logros personales, cambio en las condiciones de vida, cambio de residencia o escuela, faltas a la ley, problemas de desempeño escolar, entre otras.

- Circunstanciales, en este caso se debe a algún factor ambiental como desastres naturales.
- Crisis de desarrollo, que tienen que ver con el cambio de una etapa de crecimiento a otra, como es de la niñez a la adolescencia.

En este sentido, se puede considerar que, la población estudiantil de entre 15 y 17 años, vive una crisis permanente debido a que está atravesando por constantes cambios correspondientes a la adolescencia, sin embargo, dependerá de los recursos con los que cuente cada persona para superar o transitar de mejor manera esta etapa.

Problemas de salud pública que afectan a las y los adolescentes

I. Embarazo adolescente:

México es el país que ocupa el primer lugar en embarazo adolescente -entre 15 y 19 años- (INEGI, 2023) dentro de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). El embarazo adolescente se puede definir como “la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica” (León, Minassian, Borgoño y Bustamante, 2008, p. 43).

El embarazo transforma la vida de las adolescentes, desde el punto de vista físico, psíquico, familiar y social, altera sus posibilidades de educación, acceso a recursos económicos y las vuelve objeto de sanción social, pues persiste la idea que debido a su edad son conscientes y responsables de su iniciación sexual, cayendo incluso en una revictimización del embarazo o maternidad adolescente.

Sin embargo, el embarazo adolescente como han demostrado numerosos estudios pueden ser consecuencia de diversos factores de riesgo:

- Violencia sexual. “las mujeres enfrentan la violencia sexual que es la principal causante de los embarazos forzados, en especial en menores de edad” (FLACSO, 2019, p. 30). De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2021) el 49.7% de mujeres mayores de 15 años han sido víctimas de violencia sexual.
- Nivel socioeconómico y/o vivir en zonas rurales y de alta marginación. En todo

el mundo las más perjudicadas suelen ser adolescentes de las zonas rurales, pobres y con menor nivel educativo, como demuestra el Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) en su dossier “Jugar o parir. Embarazo infantil forzado en América Latina y el Caribe” (2016, a).

- Violencia psicológica. En esta edad suele existir un “aparente consentimiento” para mantener relaciones sexuales, a lo que Kelly (2019) refiere en su categoría “sexo coaccionado” en el que la víctima cede de forma aparentemente voluntaria a mantener relaciones sexuales como consecuencia de una violencia psicológica (Fuentes, 2023).

- Ausencia de Educación Integral en Sexualidad. El Consejo Nacional de Población (2022) define La Educación Integral en Sexualidad (EIS) busca proveer a niñas, niños, adolescentes y jóvenes con los conocimientos, aptitudes, actitudes y valores que necesitan para determinar y gozar de su sexualidad, tanto física como emocional, en la esfera individual y en sus relaciones personales [...] Debe ser un proceso continuo que comienza a temprana edad, ya que incluye diversas dimensiones que se van desarrollando junto con la madurez física, emocional y cognitiva del ser humano. Sin embargo, al estar ausente las adolescencias no pueden tomar decisiones informadas e importantes sobre su sexualidad.

- Violencia comunitaria. Sociedades, instituciones y sistemas que violentan a las adolescentes obligándolas a llevar adelante embarazos y maternidades forzadas, debido a los estigmas, estereotipos y violencia de género.

II. Violencia de Género:

La violencia de género, definida por la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV, 2007) como: “Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público”. (LGAMVLV, 2007 p. 2,). Es importante resaltar que debido a la edad de las estudiantes se encuentran en una doble susceptibilidad de ser víctimas de este tipo de violencia en el ámbito familiar, escolar o social. Entre los tipos de violencia de género más comunes se encuentra:

- Violencia Sexual. “cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o sexualidad de la víctima y que por tanto atente contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre

la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto”. (LGAMVLV, 2007). Las manifestaciones de la violencia sexual van desde el acoso callejero mediante “piropos” o el exhibicionismo, hasta el abuso sexual, la violación o la trata de personas con fines sexuales. Por tanto, estamos frente a acciones donde no existe el mutuo consentimiento, sino que se refiere a prácticas sexuales mediadas por la coacción, donde puede estar presente la violencia física, intimidación, violencia psicológica, extorsión, amenazas y abuso del poder.

- Acoso sexual. El acoso sexual es una forma de violencia entre pares (estudiante-estudiante), y aunque no exista la subordinación, hay un ejercicio abusivo de poder que conlleva a un estado de indefensión y de riesgo para la víctima, independientemente de que se realice en uno o varios eventos.
- Hostigamiento sexual. - El hostigamiento sexual es el ejercicio del poder, en una relación de subordinación real de la víctima frente al agresor (docente-estudiante) en el ámbito escolar. Se expresa en conductas verbales, físicas o ambas, relacionadas con la sexualidad de connotación lasciva.
- Violencia digital. Son todas aquellas formas de agresión contra la integridad de una mujer que se realizan mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación. Se trata de la exposición, distribución, difusión, exhibición, transmisión, comercialización, oferta o intercambio de imágenes, audios, videos —reales o simulados— de contenido íntimo sexual de una mujer sin su consentimiento, aprobación o autorización. Se manifiesta mediante la difusión de fotografías y datos personales, sin su consentimiento; amenazas, difamaciones, acoso o cualquier forma de humillación y ataques a su integridad, identidad e intimidad.

III. Autolesión/ Suicidio:

Para la Guía de Intervención Mhgap (OMS, 2016), suicidio y autolesión son conceptos bien diferenciados. El suicidio es el acto deliberado de quitarse la vida, por su parte la autolesión es un concepto, que incluye el envenenamiento o la lesión autoinfligida intencional que tiene o no un carácter intencional o resultado fatal. La guía mencionada indica que, con toda persona de 10 años o más, se deben realizar indagaciones sobre pensamientos o planes de autolesión en el último mes y sobre actos de autolesión en el último año.

Se deben realizar indagaciones sobre pensamientos y acciones de autolesión y suicidio, identificando la presencia de trastornos mentales, neurológicos y por

consumo de sustancias (MNS) concurrentes tales como: depresión, psicosis, trastornos por el consumo de sustancias, epilepsia, trastornos mentales conductuales del niño y del adolescente.

El manejo de los pensamientos y planes de autolesión/ suicidio, en función de la gravedad se definen tres protocolos de atención:

- Acto médicamente grave de autolesión
- Riesgo inminente de autolesión/suicidio
- Riesgo de autolesión/suicidio

Para una intervención detallada se anexa la Guía de Intervención mhGAP versión 2.0. Se anexa, además, el test ASQ – Herramienta para la detección de riesgo suicida que deberá ser aplicado por personal debidamente capacitado.

VI. GUÍA DE ACOMPAÑAMIENTO DE PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA

6.1 Metodología de intervención

La metodología se basa en la perspectiva de la Primera Ayuda Psicológica, la cual permite observar, analizar y atender situaciones de crisis en el contexto educativo, además reconoce la complejidad y diversidad de distintos factores y situaciones que giran en torno a la problemática de las crisis emocionales, el respeto a los derechos humanos y la atención brindada por personas no especialistas en el ámbito de la psicología.

6.2 Primera Ayuda Psicológica

El concepto central para el desarrollo del presente Protocolo de Orientación Psicoeducativa es la Primera Ayuda Psicológica (PAP). La Organización Mundial de la Salud (OMS, por sus siglas en inglés, 2012) menciona que, de acuerdo con el Proyecto Esfera (2011) y al Comité Permanente entre Organismos, IASC, la reacción de ayuda proviene de cualquier ser humano, por lo que todos podemos participar en la atención de una persona que está padeciendo por alguna situación, sin embargo, para hacerlo de manera adecuada, es necesario comprender que se debe realizar con respeto, ética y profesionalismo.

La OMS (2012) desarrolló una guía respecto a los temas que deben tratarse

mediante la PAP, así como aquellos aspectos que no son parte de esta atención, los cuales deben considerarse para preservar la estabilidad emocional del alumno y del personal docente o administrativo que interviene, las cuales se presentan a continuación.

- La PAP ES:
 - Respeto a la vida privada de una persona.
 - Proporcionar ayuda y apoyo útil en el momento de la crisis, de forma no invasiva.
 - Hacer una revisión de necesidades de la persona en crisis.
 - Establecer una escucha activa, sin ejercer presión para que hablen.
 - Ayudar a las personas a sentir calma.
 - Proporcionar información sobre servicios y apoyos sociales.
 - Proteger a las personas de ulteriores peligros.
 - Apoyo que puede brindar cualquier persona, no necesariamente un profesional.
- Lo PAP NO es:
 - Atención psicológica profesional.
 - No se solicitan detalles del suceso que generó la angustia.
 - No se pide a la persona contar sus sentimientos o acciones frente a la situación.

6.3 Paso a Paso en la atención

Consideraciones:

- La atención podrá brindarse al alumnado debidamente inscritos/as en el Colegio.
- Se atenderán estudiantes canalizados/as de manera formal por personal docente o administrativo.
- Se atenderá a estudiantes que lo soliciten de manera directa. La PAP mantiene como principio que, si una persona no desea ser atendida, se debe respetar esta decisión.
- Las problemáticas que se atenderán son emocionales, psicológicas, conductas de riesgo o estudiantes en crisis.
- La asistencia del estudiantado será registrada en el formato de lista de asistencia del protocolo de orientación psicoeducativa temprana PSICABAEM.
- El personal docente o administrativo deberá registrar sus comentarios u observaciones de cada una de las sesiones, en el formato de seguimiento de atención del protocolo de orientación psicoeducativa PSICABAEM.

- Se brindará la atención en un espacio con adecuada ventilación e iluminación, que garantice la seguridad y la privacidad visual y auditiva del alumno o alumna.
- Las sesiones tendrán una duración máxima de 45 minutos.
- Si durante la sesión se detecta la posible existencia de trastornos mentales o dependencia a alguna sustancia psicoactiva, se hará del conocimiento al personal directivo y a los padres o tutores a fin de realizar las canalizaciones a las instancias correspondiente.

A continuación, se detalla las canalizaciones correspondientes en función de la problemática:

Cuando se detecta la presencia de un trastorno tales como: trastorno de ansiedad o relacionados con el miedo, trastornos depresivos, trastornos del comportamiento alimentario, trastorno de comportamiento disruptivo y disocial, trastorno por hiperactividad y déficit de la atención, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos del espectro autista, es necesaria la intervención de un profesional en el área de salud mental, gestionado la canalización a un Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA) o bien a un Centro de Atención Integral para la Salud del Adolescente (CAISA).

Frente a la presencia de depresión y trastorno de ansiedad y relacionados con el miedo es necesario aplicar una prueba, en el caso de la depresión y ansiedad se aplicará el Inventario de Depresión de Beck (Ver anexo). Si se detecta un nivel leve, se maneja a través de programas psicoeducativos, en el caso de ser un nivel moderado o grave requiere atención especializada promoviendo la canalización a un Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA) o bien a un Centro de Atención Integral para la Salud del Adolescente (CAISA).

Respecto a la presencia de Autolesión/Suicidio la canalización se hará en función del grado de riesgo:

- Presencia de desesperanza, se manejará a través de programas psicoeducativos.
- -Presencia de ideas de muerte, se manejará a través de programas psicoeducativos.
- Presencia de pensamientos suicidas, se canalizará a un Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA) o bien a un Centro de Atención Integral

para la Salud del Adolescente (CAISA).

- Presencia de gesto suicida reciente (días previos) se canalizará a un hospital en el área de urgencias. Si el gesto suicida fue hace más de una semana se canalizará a un Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA) o bien a un Centro de Atención Integral para la Salud del Adolescente (CAISA).
- Detección de intento suicida reciente, se canalizará a un hospital en el área de urgencias. Si el intento suicida fue hace más de una semana se canalizará a un Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA) o bien a un Centro de Atención Integral para la Salud del Adolescente (CAISA). En estos casos será el personal capacitado del COBAEM quien establecerá el enlace para agilizar la atención.

Cuando se detecte violencia de género, la instancia correspondiente será al Instituto de la Mujer para el Estado de Morelos, en el caso de detección de embarazo, la canalización se hará a un Centro SYGUE.

Cuando se detecte la presencia de consumo de sustancias psicoactivas, se hará la canalización siguiente:

- Consumo experimental, se manejará a través de programas psicoeducativos. Respecto a intervenciones grupales se podrá contactar al Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA) y al Centro de Integración Juvenil (CIJ).
- Consumo perjudicial, la canalización será a al Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA) y al Centro de Integración Juvenil (CIJ).
- Intoxicación aguda, se canalizará a domicilio del estudiante o bien al hospital en el área de urgencias.
- Dependencia, la canalización será a al Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA) y al Centro de Integración Juvenil (CIJ).
- Sobredosis, se canalizará a un hospital al área de urgencias.
- Ante la presencia de síntomas de abstinencia, la canalización se hará al hospital en el área de urgencias.

La presencia de dificultades en la esfera de la autoestima, así como crisis o estrés, se manejará a través de programas psicoeducativos.

- El número de personas atendidas, las observaciones y/o comentarios del personal docente o administrativo serán registrados para fines estadísticos e informativos en un reporte semestral del protocolo de orientación psicoeducativa PSICOBAEM.

- Toda la información obtenida durante la atención será resguardada en la Dirección del Plantel y será considerada confidencial, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de sujetos obligados del Estado de Morelos, por lo que sólo el personal designado podrá tener acceso a los expedientes.
- La información deberá ser integrada en expedientes documentales, que serán rotulados con una etiqueta que contenga el número de folio.
- Estos expedientes estarán organizados de acuerdo con el número consecutivo de atención.
- Los expedientes documentales tendrán la finalidad de integrar la información que respalde la atención realizada; por lo que, deberán ser organizados en orden cronológico y con los soportes que den cuenta de las acciones realizadas.

A continuación, se hace una breve descripción de los pasos a seguir cuando se atiende a un/a estudiante en crisis. Del paso 1 al paso 4 se emplea el formato de entrevista inicial, el cual es una entrevista estructurada y sirve como guía sobre las preguntas que puede realizar.

PASO 1. Conectar

Identificar a la persona y realizar contacto.

Primeramente, se debe identificar si el alumno/a en crisis es conocido o allegado, de no ser así, se recomienda hacer una breve presentación antes del contacto. Se debe ser empático durante el abordaje, identificando siempre los sentimientos y emociones que manifiesta la persona atendida. Puede preguntar de manera simple y respetuosa:

- ¿En qué puedo ayudarte?
- ¿Te encuentras bien?
- ¿Te pasa algo?

El objetivo principal de este acercamiento es escuchar cuál es la perspectiva que el alumno/a tiene de su problemática, así como las expectativas del contacto que se está estableciendo.

En este paso, se puede emplear el formato de entrevista inicial en el que se

registrará la información obtenida. Se debe fomentar el diálogo y la escucha activa, invitando al alumno/a para que hable y de esta forma poder identificar lo que sucedió o desencadenó el estado de crisis.

Es importante hacer sentir al alumno/a que está siendo escuchado, aceptado, entendido y apoyado, lo que permitirá que disminuya de forma progresiva el estado en el que se encuentra, se recomienda ser cuidadoso para no emitir juicios de valor.

- Conductas que deben evitarse:
- No patologizar, es decir, considerar la conducta como parte de un momento de crisis, lo que no implica que el estado de desequilibrio sea permanente o se derive de un trastorno mental. En este sentido, se debe abordar el tema con normalidad.
- No victimice, lo que requiere un adolescente en crisis es fortalecerse, para afrontar y superar la crisis. Se deben evitar utilizar expresiones como “pobrecito”, “¿cómo vas a superar esto?” o “tú tienes la culpa”.
- No todos quieren o necesitan hablar.
- No asuma nada personal, es decir, la persona en crisis puede reaccionar de maneras diversas y no son conductas dirigidas hacia su persona.

PASO 2. Dirigir

Analizar las dimensiones del problema

Este paso se centra en identificar tres áreas fundamentales. El pasado inmediato, donde implica los sucesos que condujeron a la crisis del adolescente. El presente, donde se debe reconocer quiénes se encuentran implicados. Por último, en el futuro inmediato, este aspecto se relaciona sobre cuáles son las dificultades para la persona y su familia.

Se pueden realizar preguntas como:

- ¿Desde cuándo te sientes así?
- ¿Actualmente cómo describirías la situación?
- ¿Quiénes en tu familia han sido afectados por esta situación?
- ¿Qué podrías hacer para sentirte mejor?

Es importante poner atención a la demanda y cómo desea ser ayudado, por

ejemplo, podría preguntar ¿Cómo podría apoyarte? La meta es reducir el estrés, asistir en las necesidades actuales y promover un funcionamiento adaptativo, NO obtener detalles sobre la experiencia traumática o las pérdidas.

PASO 3. Explorar

Sondear las posibles soluciones

Consiste en priorizar e identificar necesidades, encontrando posibles soluciones para atender necesidades inmediatas y dejar para después aquellas que no lo son, lo que permitirá que el/la adolescente visualice y genere alternativas o nuevas perspectivas. Se sugieren preguntas como:

- ¿Cuál sería el primer paso por seguir?
- ¿Qué necesitas primeramente?
- ¿Cuáles son tus necesidades primordiales?

Se sugiere proporcionar información directa e instrucciones precisas sobre las metas inmediatas y clarifique respuestas de ser necesario.

PASO 4. Tratar

Asistencia en la ejecución de los pasos concretos

Se busca ayudar al adolescente a que realice alguna acción concreta. El objetivo se centra en tomar una decisión adecuada frente a la situación que se afronta. El papel de quien está brindando la atención, es facilitar la toma de decisiones. En este paso se pueden realizar preguntas como:

- ¿Está bien si llamamos a tus padres?
- ¿Necesitas ayuda médica?
- ¿Quién puede apoyarte en esta situación?
- ¿Cuáles son tus metas a corto plazo?
- ¿Qué propones para mejorar tu situación?
- ¿A qué te comprometes para alcanzar tus metas?

En este paso, se puede recurrir al Directorio de Asistencia y Vinculación

PSICобаEM, para canalizar al alumno/a con el equipo especializado. Se deben tener en cuenta aquellas entidades a las cuales se puede acudir para proporcionar ayuda al estudiantado, permitiendo un trabajo interdisciplinar, es decir, atención psicológica o médica. En este sentido, para la toma de decisiones se brindan al estudiante todas las herramientas, como son instancias de atención especializada en las que podrá recibir un seguimiento más personalizado.

PASO 5. Progreso

Procedimiento para verificar el progreso

En este paso, se utiliza la ficha de atención y seguimiento. El objetivo en este punto es dar seguimiento a los compromisos asumidos por el alumno/a, verificar si existe un progreso o mejora de la situación que provocó la crisis, que el alumno/a se encuentre estable y que, en caso de que reciba atención externa, cumpla con la asistencia. Para el proceso, se puede programar una cita con el alumno/a.

Es importante no omitir este paso para evitar que la falta de atención, desemboque en una problemática mayor como puede ser el desarrollo de un trastorno psicológico, conductas de riesgo, reprobación, deserción o que se afecte la integridad de la o el estudiante.

Se pueden realizar preguntas como:

- ¿Cómo te has sentido?
- ¿Qué acciones tomaste para sentirte mejor?
- ¿Acudes a tus citas con el médico?
- ¿Quiénes te han apoyado en este proceso?
- De los compromisos que me expresaste ¿Cuáles has cumplido?

PASO 6. Informe de seguimiento

Para este último paso y con la finalidad de tener un soporte de las acciones realizadas por parte de su plantel, se deberá realizar un informe del evento en que se identificó una crisis y el seguimiento que tuvo a través de un Informe trimestral (Siempre que no sea un caso urgente de notificar a la Dirección General) de actividades realizadas en el marco de PSICобаEM.

VII. BIBLIOGRAFÍA

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Estados Unidos.

CEPAL- UNESCO (2020). La educación en tiempos de la pandemia de COVID. Consultado en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/c29b3843-bd8f-4796-8c6d-5fcb9c139449/content>

De Mézerville, G. (2004). Ejes de salud mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés. México: Trillas.

Diario Oficial de la Nación (2022). Consultado en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5652074&fecha=16/05/2022#gs_c.tab=0

Dodolli, C. (2023). Las enfermedades más frecuentes durante la adolescencia. Consultado en: <https://ciencia.unam.mx/leer/1373/las-enfermedades-mentales-mas-frecuentes-durante-la-adolescencia>

Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (2006). Principales resultados. Consultado en: inegi.org.mx

FLACSO- Guatemala (2019). Vidas silenciadas. Una tragedia de la que no se habla. Guatemala.

García, V. (2005). Autoestima. Recuperado el 22 de marzo del 2007, de www.pino.pntic.mec./recursos/infantil/salud/autoestima.htm.

Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V (2014). https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_EmbNoPlanificado23.pdf

Hunt J, Eisenberg D. Mental health problems and help-seeking behavior among college students. J Adolesc Health. 2010 Jan;46(1):3-10. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.08.008. Epub 2009 Oct 20. PMID: 20123251.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2022). Estadística a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Comunicado de prensa No. 503/22. Consultado en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.pdf

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2023). Día mundial para la prevención del embarazo no planificado en adolescentes. Comunicado de prensa No. 556/23. Consultado en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_EmbNoPlanificado23.pdf

[anificado23.pdf](#)

Iriarte, M.T., Estevéz, R., Basset, I., Sánchez, A. y Flores, J. (2018). Estado de salud mental de adolescentes que cursan la educación media superior. Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud, 7(3), 1-26.

León, P., Minassian, M., Borgoño, R. y Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. Revista Pediatría Electrónica, 5(1), 42-51.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, de 01 de febrero del 2007. Diario Oficial de la Federación, 01-02-2007. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4961209&fecha=01/02/2007

Organización Panamericana de la Salud (2022). Entra en vigor la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 11) de la OMS. Consultado en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-2-2022-entra-vigor-nueva-clasificacion-internacional-enfermedades-cie-11-oms#:~:text=La%20CIE%2D11%20est%C3%A1%20dise%C3%B1ada,en%20todos%20los%20idiomas%20traducidos>.

Organización Mundial de la Salud (2016). Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0

Organización Mundial de la Salud (2021). Suicidio. Consultado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud (2022). La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos. Consultado en: <https://who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>

Organización Mundial de la Salud (2022). Salud mental, fortalecer nuestra respuesta. Consultado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud (2022). Trastornos mentales. Consultado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Mundial de la Salud. (1999). Programación para la salud y desarrollo de los adolescentes. Serie de informes técnicos, número 886, Ginebra.

Pérez, H. (2017). Autoestima, teorías y su relación con el éxito personal. Revista Alternativas en Psicología, 41, 22-32.

Proyecto Esfera (2011). Carta Humanitaria y Normas Mínimas para la Respuesta Humanitaria. Reino Unido: Belmont Press.

Ramírez, J. y González, M. (2012). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del estrés en alumnos mexicanos de bachillerato internacional. Revista

Alternativas en Psicología, 16 (26), 26-38.

Satir, V. (1980). Psicoterapia familiar conjunta. México: Prensa Médica Mexicana.

Slaikeu, K. (1996). Intervención en crisis. México: Editorial El Manual Moderno.

Tortella-Feliu, M. (2014). Los trastornos de ansiedad en el DMS-V. Revista Iberoamericana de Psicología, 110, 62-69.

VIII. ANEXOS

A continuación, se brindan las siguientes herramientas de apoyo como complemento valioso para el presente protocolo.

- Directorio de Canalización y Vinculación
- Ficha de Canalización
- Formato de Entrevista
- Inventario de Depresión de Beck
- Prueba de detección de alcohol, tabaco y sustancias
- Tarjeta Corta Fuego (Prevención del suicidio)
- Modoris (Herramienta para la detección de riesgo de suicidio)
- Guía de intervención mhGAP (Para trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada)
- Cuadernillo básico para la prevención del suicidio

En Cuernavaca, Morelos, en reunión programada a las diez horas del día jueves dieciocho de abril de dos mil veinticuatro, se reunieron de manera virtual, mediante la plataforma ZOOM, con la liga <https://us06web.zoom.us/j/83511230114?pwd=QOg6n35NusYlhNed5KeOKeFkVwTAWu.1> para desahogar la Primera Sesión Ordinaria dos mil veinticuatro, los CC.

Lic. Diana Belem Sánchez Martínez, Titular de la Unidad de Enlace Jurídico, dependiente de la Secretaría de Educación, quien asiste a esta sesión en representación del Lic. Luis Arturo Cornejo Alatorre, Secretario de Educación y Presidente de la H. Junta Directiva; Lic. Adriana Pérez Martínez, Coordinadora de Agenda Política de la Secretaría de Gobierno, en representación del Secretario de Gobierno; Lic. Ángel Miguel Mendoza Trujillo, Director General de Contabilidad de la Secretaría de Hacienda, en representación de la Secretaría de Hacienda; Lic. Ricardo Sabbagh Serpel, Titular de la Oficina de Enlace Educativo en el Estado de Morelos; Lic. Hiram Mina Valdés, Director General de Educación Media Superior y

Superior, así como asistentes invitados la Mtra. Karla Aline Herrera Alonso, Directora General del Colegio de Bachilleres del Estado de Morelos y la Lic. Ilze Andrea Díaz González, Comisario Público del Colegio de Bachilleres del Estado de Morelos; en atención al oficio No. SE/0173/2023, de fecha 11 de abril de 2024, firmado por el presidente de la H. Junta Directiva, con el objeto de dar cumplimiento a lo señalado en el Artículo 9 del Decreto No. Doscientos sesenta y seis, que ratifica y adecua las disposiciones jurídicas que regulan la competencia del Organismo Público Descentralizado, denominado Colegio de Bachilleres del Estado de Morelos. Por lo que en desahogo al punto del orden del día que les ocupa se generó el siguiente:

ACUERDO No. 06/7/2da.ORD/18/04/2024. Los integrantes de la H. Junta Directiva aprueban por unanimidad el Protocolo de Orientación Psicoeducativa denominado Psicobaem, en materia de prevención a la salud mental de los estudiantes del Colegio de Bachilleres del Estado de Morelos.

- **Integrantes de la H. Junta Directiva del**
- **Colegio de Bachilleres del Estado de Morelos**
- **Firmas**
- **Lic. Diana Belem Sánchez Martínez**
- **Titular de la Unidad de Enlace Jurídico de la Secretaría de Educación**
- **Lic. Marco Antonio Martínez Dorantes**
- **Coordinador de Agenda Política**
- **de la Secretaría de Gobierno**
- **Lic. Hiram Mina Valdés**
- **Director General de Educación Media Superior y Superior.**
- **Lic. Ángel Miguel Mendoza Trujillo**
- **Director General de Contabilidad en representación de la Secretaría de Hacienda**
- **Lic. Ricardo Sabbag Serpel**
- **Titular de la oficina de Enlace Educativo en el Estado de Morelos**
- **Asistentes invitados de la H. Junta Directiva del**
- **Colegio de Bachilleres del Estado de Morelos**
- **Mtra. Karla Aline Herrera Alonso**
- **Directora General del COBAEM**
- **Lic. Ilze Andréa Díaz González**
- **Comisario Público del COBAEM**