

Tam
medición psicoemoci

HABLAmos de Salud Emocional y Bienestar Escolar

Análisis 2021 – 2026

El liderazgo detrás de la alianza

Lic. Vidal Schmill
Director, "Padres y Maestros de Hoy"
Pedagogo, especialista en Desarrollo Humano y pionero del concepto "Escuela para Padres" en México y América Latina. Creador de la metodología SIDIE, cuenta con más de 40 años de experiencia promoviendo el buen trato, los vínculos humanos significativos y la aplicación de estrategias de disciplina inteligente en el ámbito familiar y escolar.

Psic. Jorge Juárez Santos
Fundador, Tamix México
Psicólogo, especialista en la implementación de instrumentos clínicos, comportamiento humano y adicciones. Impulsa el desarrollo institucional y las alianzas estratégicas para garantizar la funcionalidad del modelo, además de promover el cambio de paradigmas para traducir las conductas psicoemocionales de la comunidad escolar en métricas útiles.

LAE. E. Axel Gutiérrez E.
Co-Fundador, Tamix México
Administrador, especialista en Administración de Negocios y Minería de Datos. Lidera el diseño operativo y tecnológico, así como el despliegue de la infraestructura de tamizaje de Tamix México, consolidando la plataforma como un referente en la optimización de procesos e informes analíticos aplicados a la gestión de entornos y comunidades escolares.

SIDIE
Sistema Institucional Disciplina Inteligente en la Escuela.

Tamix
medición psicoemocional

Nuestro punto de convergencia

La sinergia entre ambos enfoques encuentra su punto de convergencia exacto en **detectar y atender las causas de los factores de riesgo en la conducta de las comunidades escolares.**

Mientras que **Tamix** proporciona la infraestructura digital y los instrumentos tecnológicos y analíticos para el diagnóstico oportuno y la medición precisa de vulnerabilidades, Vidal Schmill, a través de su modelo **SIDIE**, ofrece la metodología pedagógica, el soporte institucional y las estrategias formativas para mitigar dichos riesgos, certificando a escuelas enfocadas en una convivencia sana, afectiva y segura. Juntos, transforman los datos en acciones preventivas eficaces, asegurando que la salud mental, el respeto mutuo y el bienestar integral sean el motor principal del éxito escolar.

SIDIE

TAMIX

alianza estratégica

RECONOCIMIENTO Y AGRADECIMIENTO

La construcción de este documento ha sido posible gracias a la confianza, el compromiso compartido y la visión de quienes entienden que el futuro se cimienta en el bienestar del presente. Expresamos nuestro más profundo agradecimiento a **Grupo Educación**, cuya generosidad y financiamiento hicieron viable el desarrollo de este informe. En especial, a la **Mta. Alejandra Carmona**, por su voto de confianza en nuestra plataforma, ya que reafirma el valor de las alianzas estratégicas orientadas a la transformación social.

Nuestro punto de convergencia y motor principal es la educación en México. Estamos convencidos de que el mejoramiento de las condiciones que rodean a las comunidades escolares genera un impacto profundo y duradero. Las acciones aquí expuestas no pretenden ser un esfuerzo aislado, sino una invitación activa a reflexionar sobre lo que otros sectores y actores de la sociedad podemos y debemos hacer al respecto.

Queremos hacer una mención especial al Lic. Vidal Schmill, cuyo liderazgo y guía fueron el catalizador fundamental para trazar el puente de colaboración que dio origen a esta relación institucional.

Finalmente, este informe no tendría sustancia sin el valor de cada uno de los colegios pioneros. Agradecemos profundamente a sus directivos y comunidades por sumarse con audacia a esta visión compartida: entender la medición tecnológica como base indispensable para la prevención y el cuidado de la salud emocional escolar.

A todos ustedes, gracias por ser parte de este hito.

CONTENIDO

5 INTRODUCCIÓN

7 ANSIEDAD

11 DEPRESIÓN

15 ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

19 AUTOLESIONES E IDEACIÓN SUICIDA

23 CONDUCTAS DIGITALES

27 BURNOUT

31 MEDICIONES COMPARATIVAS

35 DISCUSIÓN Y PERSPECTIVA

41 ESTADÍSTICA Y METODOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

Este informe es una mirada profunda a la realidad emocional de nuestras escuelas, que son mucho más que espacios para la transferencia de conocimientos; son el ecosistema donde niñas, niños, adolescentes y adultos construyen las herramientas emocionales que definirán su vida. Sin embargo, detrás de las calificaciones, las dinámicas del aula y la convivencia diaria, existe una realidad silenciosa que exige nuestra atención inmediata.

La salud emocional es un tema de creciente preocupación que permea desde el bienestar individual hasta la productividad y seguridad de una comunidad. Padecimientos como la depresión y la ansiedad merman drásticamente la capacidad de concentración, la memoria y la toma de decisiones. Hoy, sabemos que cuando una alteración del estado de ánimo comienza en la niñez o adolescencia, los estudiantes pueden tardar en promedio 10.6 años en atreverse a pedir ayuda (Benjet et al., 2004). Disminuir o erradicar esa década de latencia y sufrimiento solitario es exactamente la motivación detrás del **Informe de Salud Emocional y Bienestar Escolar 2026**.

Bajo el patrocinio de **Grupo Educación** y en el marco del **HABLA Summit 2026©**, la plataforma tecnológica **Tamix** presenta el resultado de cinco ciclos escolares de evaluación sistemática. A través del análisis de 3,344 registros (2,901 de alumnos y 443 de profesores de colegios NSE A/B; C+); este documento trasciende los números fríos para encender faros de alerta temprana a manera de aproximación diagnóstica, sin sustituir en ningún momento, una valoración clínica individual. No somos un instrumento para etiquetar a los estudiantes o juzgar a las instituciones; somos un radar de alta sensibilidad diseñado para detectar el humo mucho antes de que haya fuego.

Cuidar el bienestar emocional es cuidar las condiciones mismas en las que se enseña y se aprende. **La medición es el primer paso** antes de la analítica preventiva en educación, que aplicada con rigor técnico y calidez humana, dota a las instituciones de un mapa oportuno para llegar a tiempo y provee información útil a todos los agentes relacionados:

Autoridades Gubernamentales y Directivos de Instituciones Educativas. Proporciona información confiable y oportuna para el diseño de políticas internas efectivas, la mitigación de riesgos organizacionales, el cumplimiento estratégico y el rediseño de normativas nacionales como la NOM-035-STPS-2018 (STPS, 2018). **Es el paso de la anécdota aislada a la política pública** basada en evidencia sistemática**.**

Coordinadores y Psicopedagogos. Transforma la intuición en precisión. Ofrece herramientas estructuradas para identificar redes de vulnerabilidad cruzada (comorbilidad), orientando los recursos de contención hacia quienes verdaderamente los necesitan antes de que el riesgo escale.

Docentes. Visibiliza el agotamiento laboral real, abriendo la puerta a intervenciones administrativas y de descarga de tareas que protejan a quienes sostienen diariamente la experiencia educativa.

Padres de Familia. Abre una ventana de comprensión profunda hacia las batallas invisibles que libran sus hijos, invitando a construir entornos de auténtica conexión familiar, de hábitos digitales saludables y de redes de apoyo empáticas.

¿QUÉ REVELA ESTE INFORME?

Nuestros hallazgos abren una conversación impostergable sobre los retos que enfrenta la comunidad educativa actual, algunos de ellos:

- **La mente por encima del cuerpo (Ansiedad)**: Contrario a lo que se piensa, la ansiedad en las escuelas no se manifiesta principalmente con taquicardias o sudoración, sino a través de un desgaste mental silencioso: pensamientos acelerados y preocupación reiterativa, afectando de manera crítica a los estudiantes desde los 9 hasta los 17 años.

- **El verdadero rostro de la depresión en el aula:** Los síntomas más reportados por los alumnos no son la tristeza inhabilitante, sino la alteración del sueño, la indecisión y una irritabilidad constante. Además, los datos revelan una brecha de sexo preocupante, donde las alumnas presentan niveles de alerta significativamente mayores.

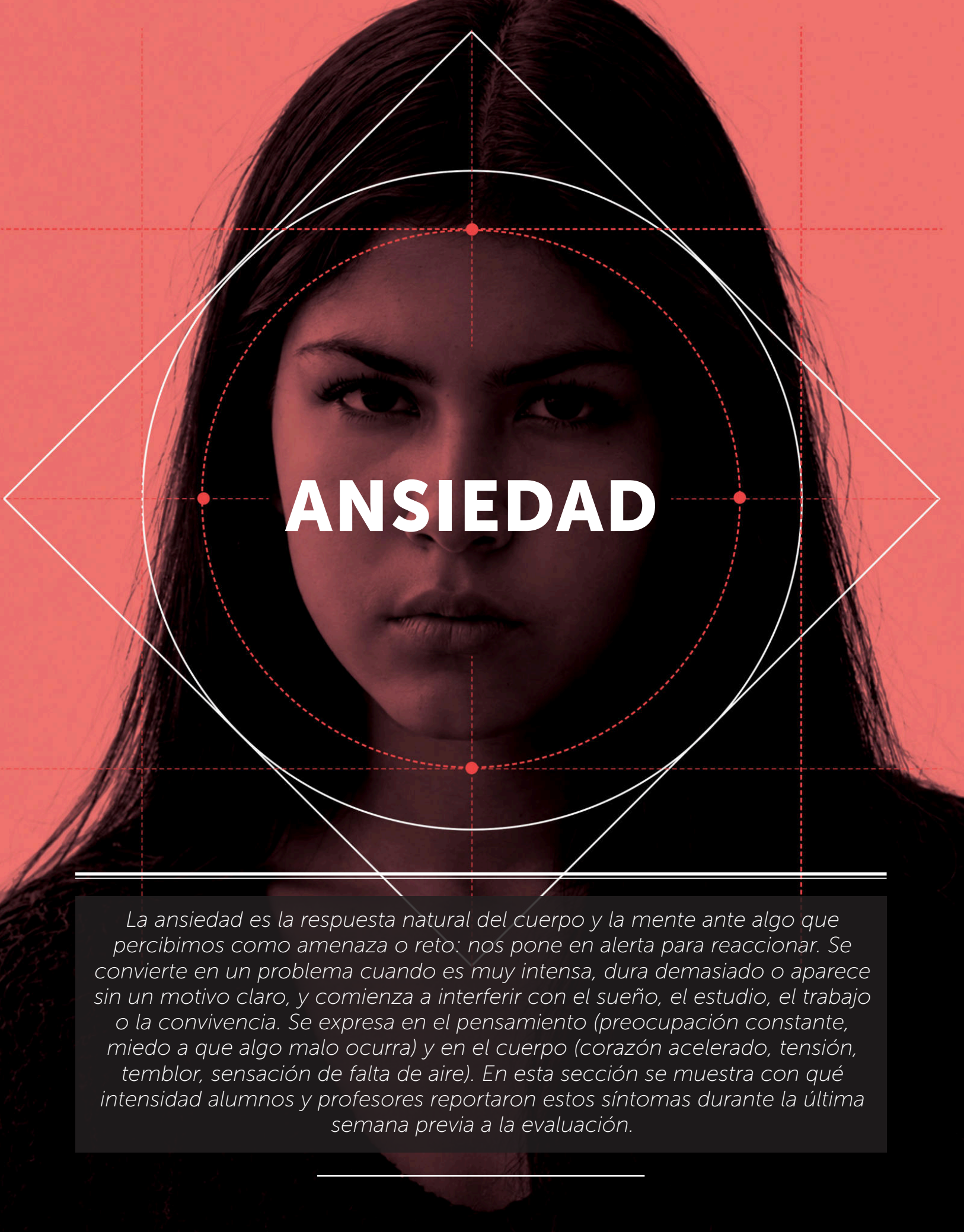
- **Riesgos que no podemos ignorar (Ideación Suicida y Autolesiones):** Casi una cuarta parte de los alumnos evaluados reportó algún grado de ideación suicida. Asimismo, las autolesiones más frecuentes no son los cortes visibles, sino conductas encubiertas como interferir con la sanación de heridas o golpearse, afectando a hombres y mujeres por igual.

- **La paradoja del educador (Burnout):** Los docentes mantienen intacta su vocación y conexión con los alumnos, registrando niveles muy bajos de despersonalización y una alta realización personal. Sin embargo, uno de cada cinco docentes opera con las reservas de energía vacías, presentando un riesgo alto de agotamiento emocional crónico.

- **La pantalla como ladrona del descanso (Hábitos Digitales):** La disrupción del sueño por el uso nocturno de dispositivos (redes sociales en adolescentes y series de madrugada en profesores de primaria) es una categoría de riesgo que impacta consistentemente a todas las poblaciones.

"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades."
– Constitución OMS, 1946

La tecnología y los algoritmos que hoy capturan la atención de nuestros jóvenes pueden orientarse hacia un propósito mayor: el cuidado preventivo. Te invitamos a adentrarte en las páginas de este informe y descubrir cómo los datos, cuando se leen con empatía, tienen el poder de transformar vidas, proteger el talento y reconstruir el tejido emocional de nuestras escuelas.

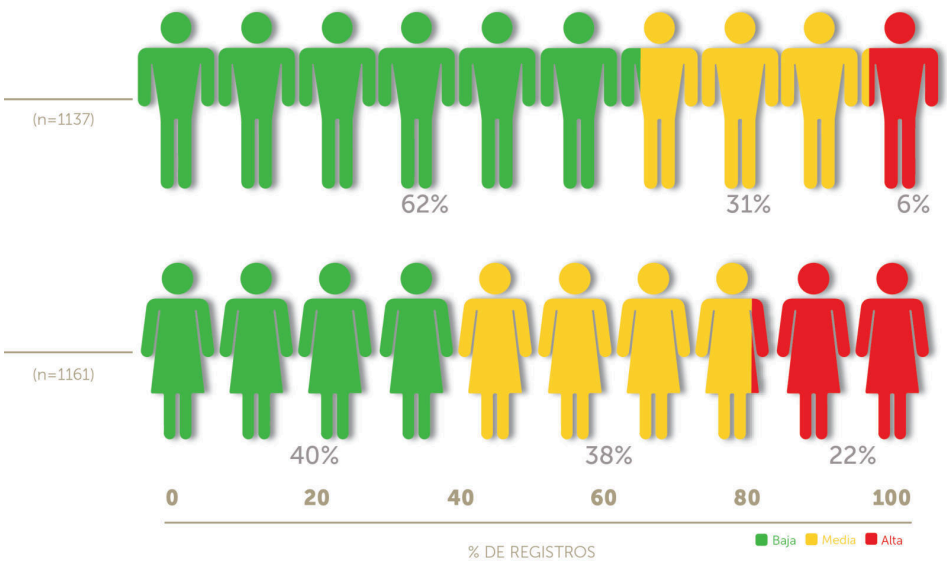


ANSIEDAD

La ansiedad es la respuesta natural del cuerpo y la mente ante algo que percibimos como amenaza o reto: nos pone en alerta para reaccionar. Se convierte en un problema cuando es muy intensa, dura demasiado o aparece sin un motivo claro, y comienza a interferir con el sueño, el estudio, el trabajo o la convivencia. Se expresa en el pensamiento (preocupación constante, miedo a que algo malo ocurra) y en el cuerpo (corazón acelerado, tensión, temblor, sensación de falta de aire). En esta sección se muestra con qué intensidad alumnos y profesores reportaron estos síntomas durante la última semana previa a la evaluación.

Los datos que observamos en estos gráficos nos revelan una radiografía clara sobre cómo nuestros alumnos y el personal están experimentando la ansiedad en la comunidad escolar. Analicemos cada indicador para ubicar dónde necesitamos enfocar nuestros recursos de apoyo psicopedagógico y contención emocional.

ANSIEDAD – NIVEL DE RIESGO POR SEXO



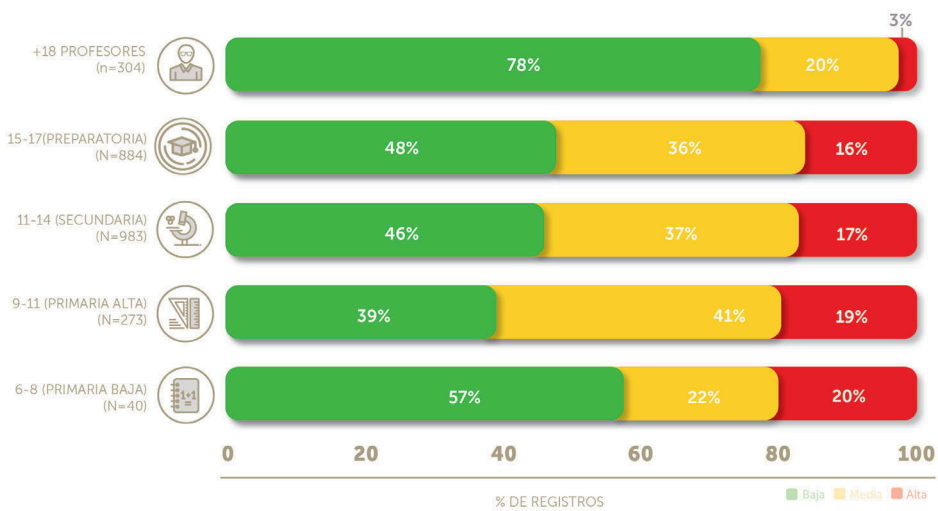
EXPOSICIÓN POR SEXO.

Seis de cada diez mujeres refieren mayor manifestación de síntomas en niveles de riesgo medio y alto; en contraste, en esos mismos niveles, la proporción de hombres es cerca de 23 puntos porcentuales menor (casi cuatro de cada diez). La brecha se agudiza en el riesgo alto, donde las mujeres superan a los hombres más de tres veces.

GRUPOS DE EDAD.

Los alumnos de 9-11 años son la población con mayor riesgo acumulado (medio-alto). En secundaria y preparatoria, cinco de cada diez alumnos de 11-17 años manifestaron rasgos de ansiedad; por su parte, sólo dos de cada diez profesores. Los alumnos de 6-8 años respondieron la versión simplificada orientada a la tristeza y ausencia de expectativa de cosas buenas; un indicador de consideración en riesgo medio y alto.

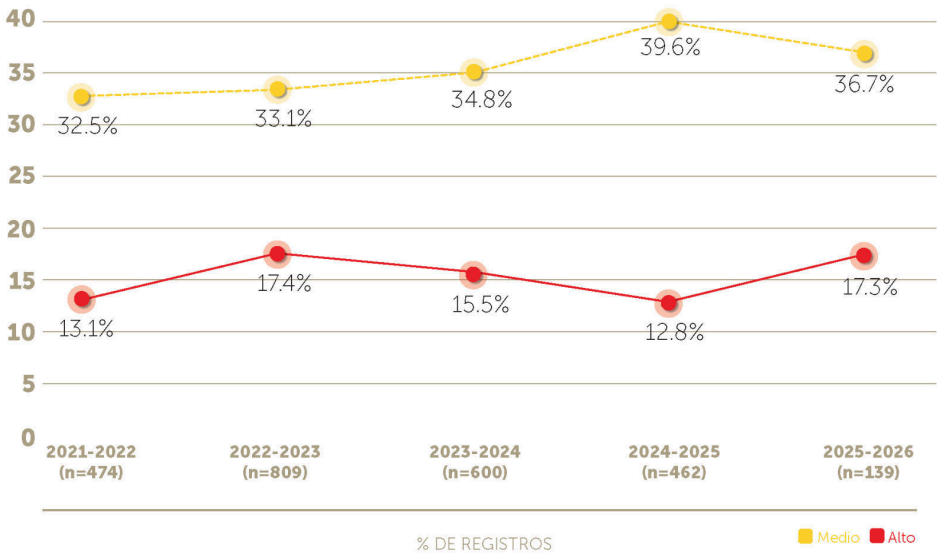
ANSIEDAD – NIVEL DE RIESGO POR EDAD



TENDENCIAS.

El riesgo medio mostró una tendencia al alza, y aunque el riesgo alto ha oscilado, en el ciclo actual (2025-2026) vuelve a repuntar, igualando su punto más crítico de 2022-2023. Lo delicado de este comportamiento es la transferencia de menor a mayor riesgo, algo que sólo se podría detallar con una medición poblacional continua.

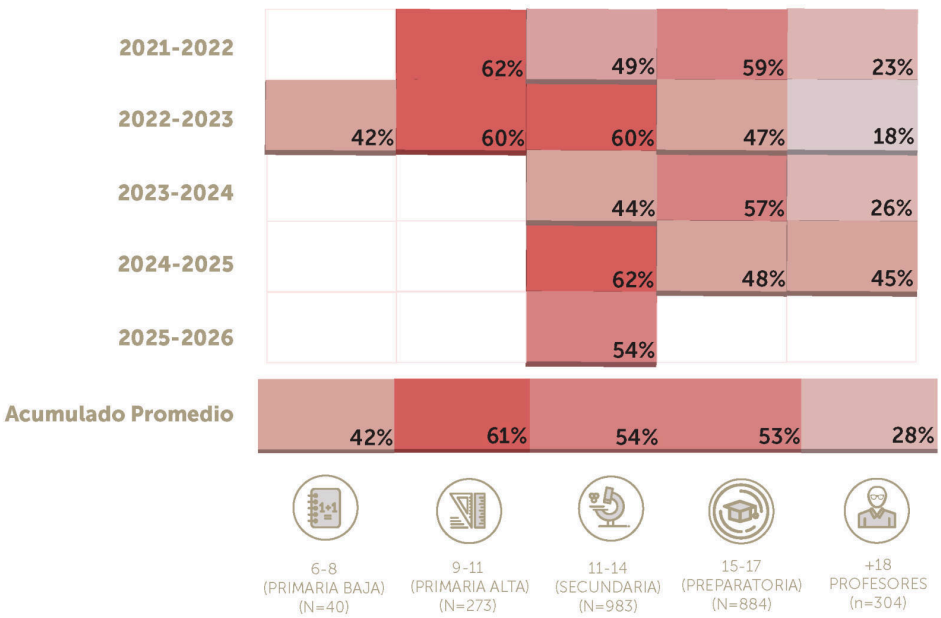
ANSIEDAD – TENDENCIA INTERANUAL (% ALTO / % MEDIO)



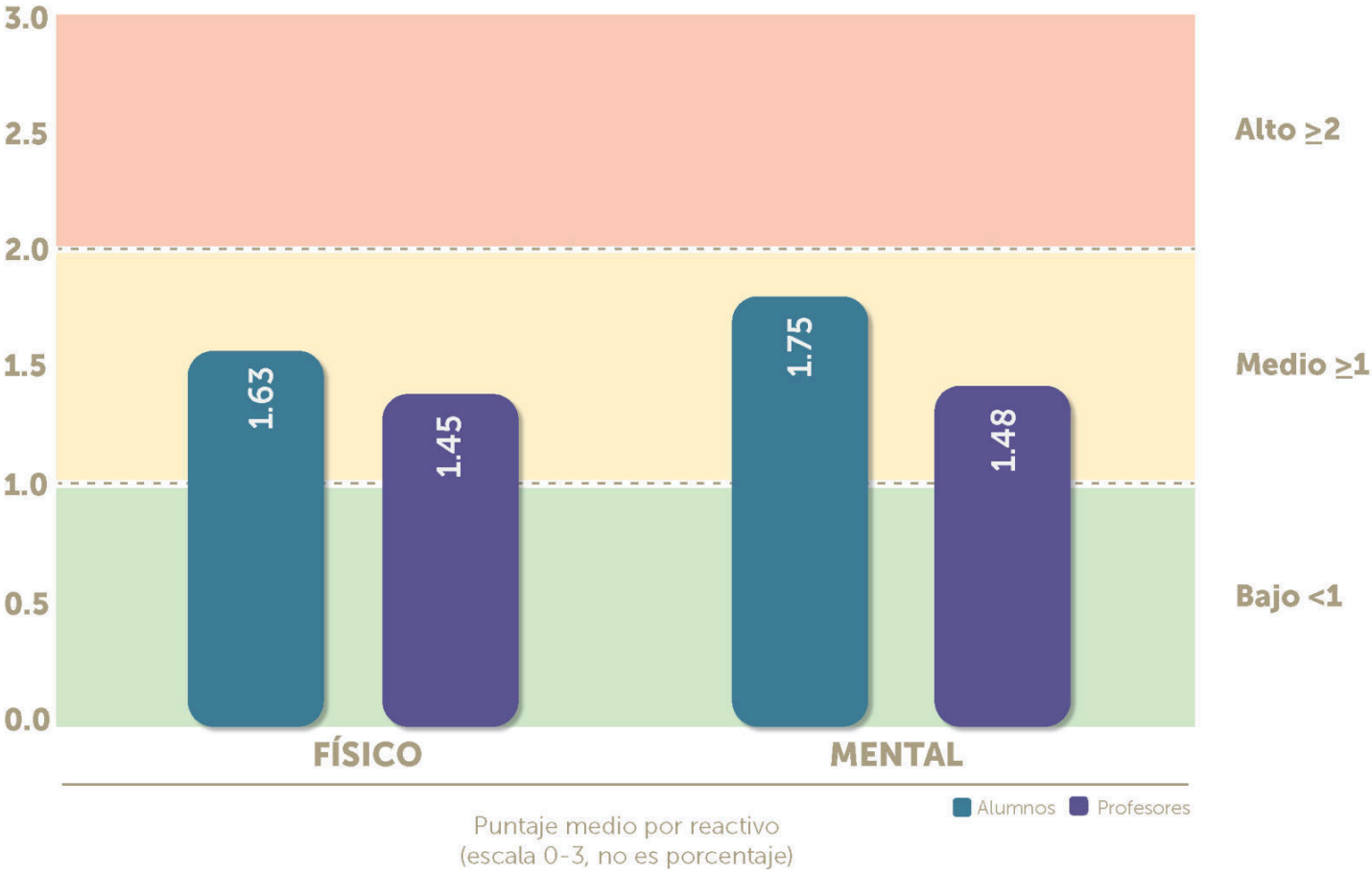
MAPA DE CALOR.

Si bien el mapa de **riesgo combinado** (Medio + Alto) muestra el grupo de edad de 9-11 años como el de mayor manifestación de factores de ansiedad, como ya se mencionó, se acota a dos rasgos característicos (tristeza y ausencia de expectativa de cosas buenas); aun así, estamos frente a la cantidad de población que se encuentra en un riesgo medio o alto. Y aunque la proporción de docentes es mayormente baja (factor de protección), no es un dato menor.

ANSIEDAD – MAPA DE CALOR POR AÑO Y EDAD % EN RIESGO MEDIO + ALTO



ANSIEDAD – DIMENSIÓN FÍSICO VS. MENTAL, POR GRUPO

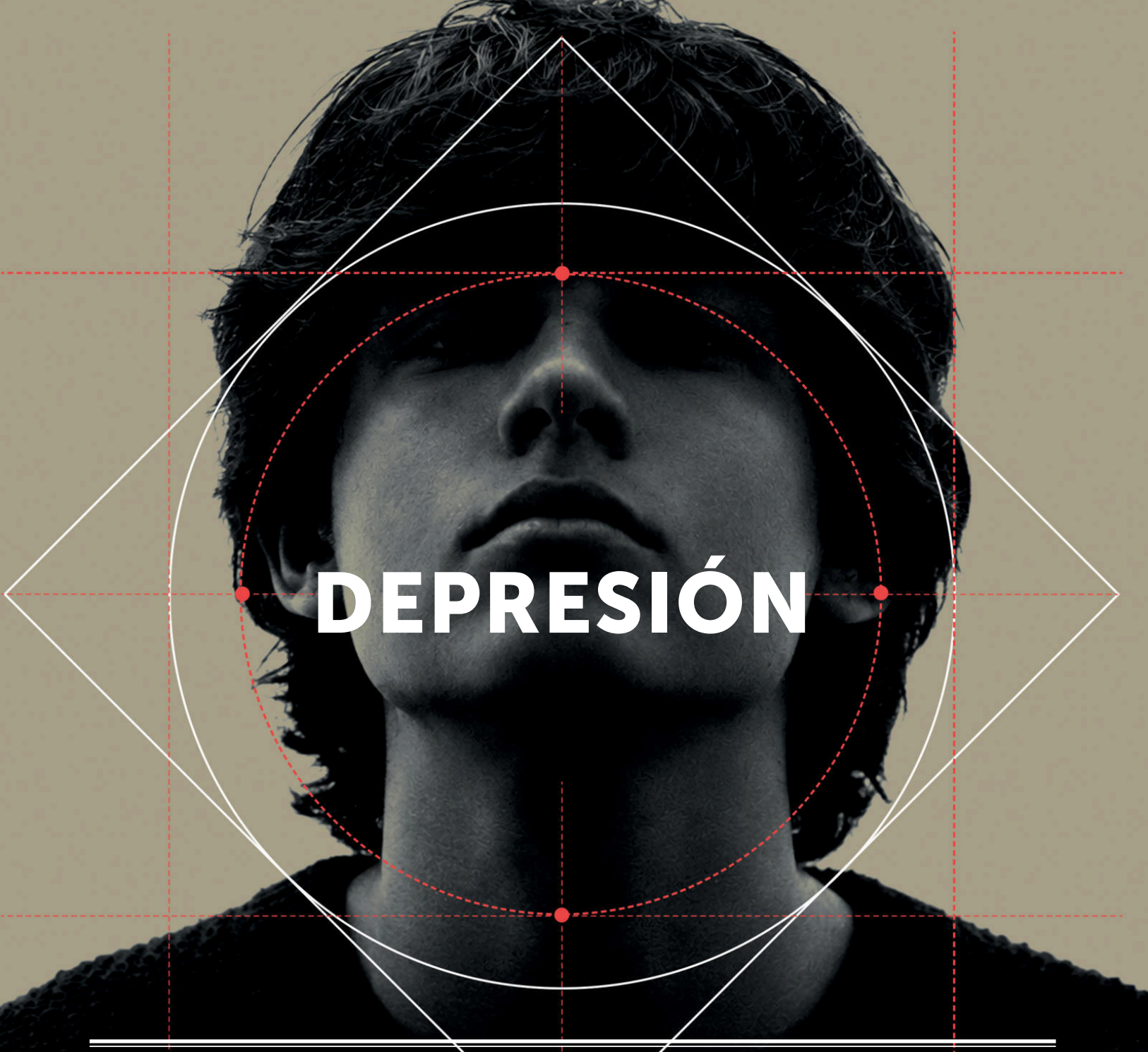


Puntaje medio por reactivo
(escala 0-3, no es porcentaje)

DIMENSIÓN.

Tanto en profesores como en alumnos, la ansiedad se manifiesta con mayor frecuencia, y con mayor intensidad cuando está presente, de forma mental que física. Es decir, el reto principal no son las crisis físicas (taquicardias, sudoración), sino el desgaste mental: repensar reiterativo, pensamientos acelerados y preocupación constante, siendo los estudiantes quienes experimentan esta carga mental con mayor frecuencia e intensidad.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 893–897. Versión mexicana: Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Revista Mexicana de Psicología, 18, 211–218. Versión adaptada bajo supervisión del Dr. Miguel Marín Tejeda.



DEPRESIÓN

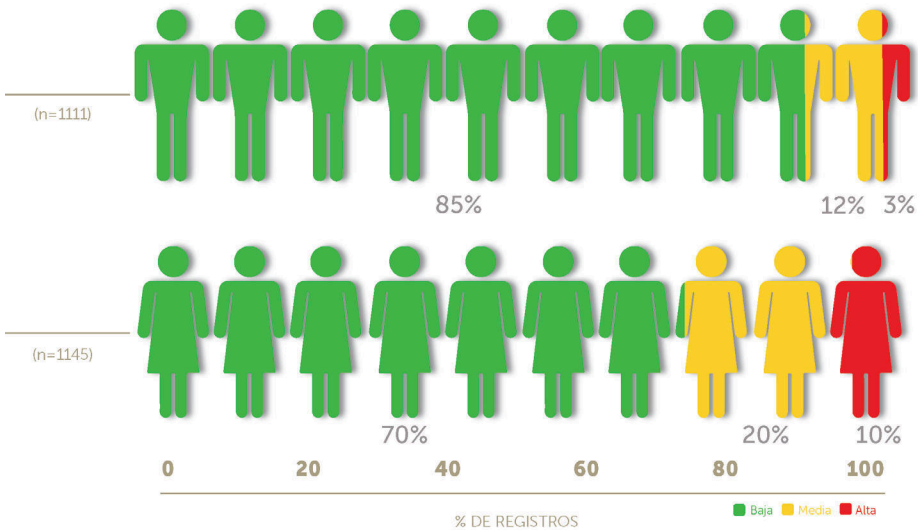
La depresión es más que sentirse triste un día. Es un estado de tristeza, vacío o desánimo que se mantiene en el tiempo, acompañado de pérdida de interés por lo que antes se disfrutaba, cansancio, cambios en el sueño o el apetito, dificultad para concentrarse y pensamientos de culpa o de poco valor personal. En niños y adolescentes suele mostrarse también como irritabilidad, aislamiento o una caída en el rendimiento escolar. En esta sección se presenta la intensidad de estos síntomas reportada durante la última semana previa a la evaluación.

Los datos que observamos en estos gráficos sobre la depresión nos cuentan una historia distinta a la de la ansiedad, revelando cómo el desánimo, la falta de motivación y la tristeza están impactando a nuestra comunidad. Analicemos estas señales de forma cualitativa.

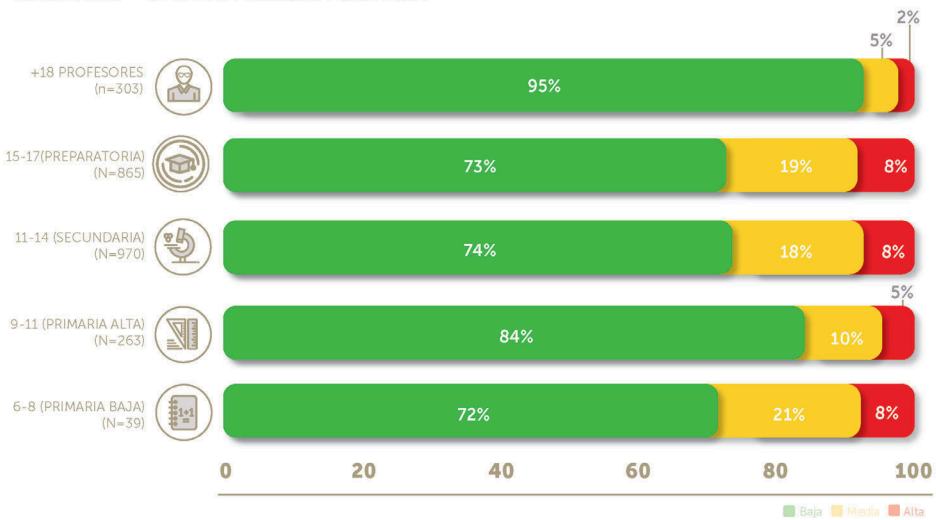
EXPOSICIÓN POR SEXO.

Existe una brecha notable en la manifestación de factores asociados a la depresión en la población escolar según su sexo. Mientras que la mayoría de los varones reportan un estado de ánimo estable y un nivel de riesgo bajo, las mujeres presentan un conjunto de síntomas significativamente mayor, ubicándolas en niveles de alerta moderada y severa. Desde esta perspectiva, es necesario observar qué factores sociales y contextuales, así como patrones de pensamiento están mermando el bienestar emocional de la población.

DEPRESIÓN – NIVEL DE RIESGO POR SEXO



ANSIEDAD – NIVEL DE RIESGO POR EDAD



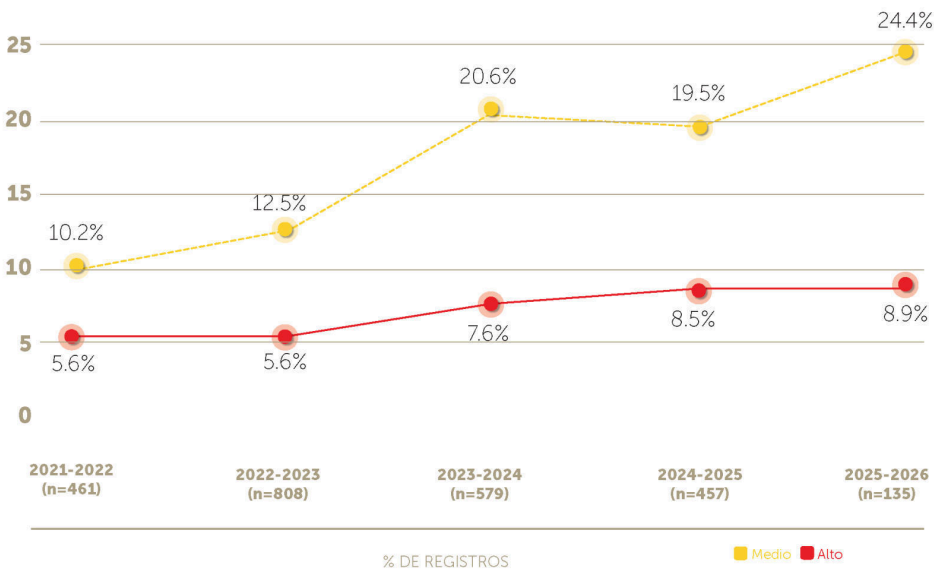
GRUPOS DE EDAD.

El personal docente refiere una estabilidad emocional sólida, con un riesgo mínimo. Por su parte, en alumnos de **6-8 años** se encontró una de las mayores proporciones de riesgo medio y alto. En los grupos de alumnos de **Secundaria y Preparatoria (11-17 años)** los niveles de alerta vuelven a elevarse de forma clara, sin embargo, en **Primaria Alta (9-11 años),** a diferencia de lo observado en ansiedad, los alumnos muestran un rango de mayor tranquilidad.

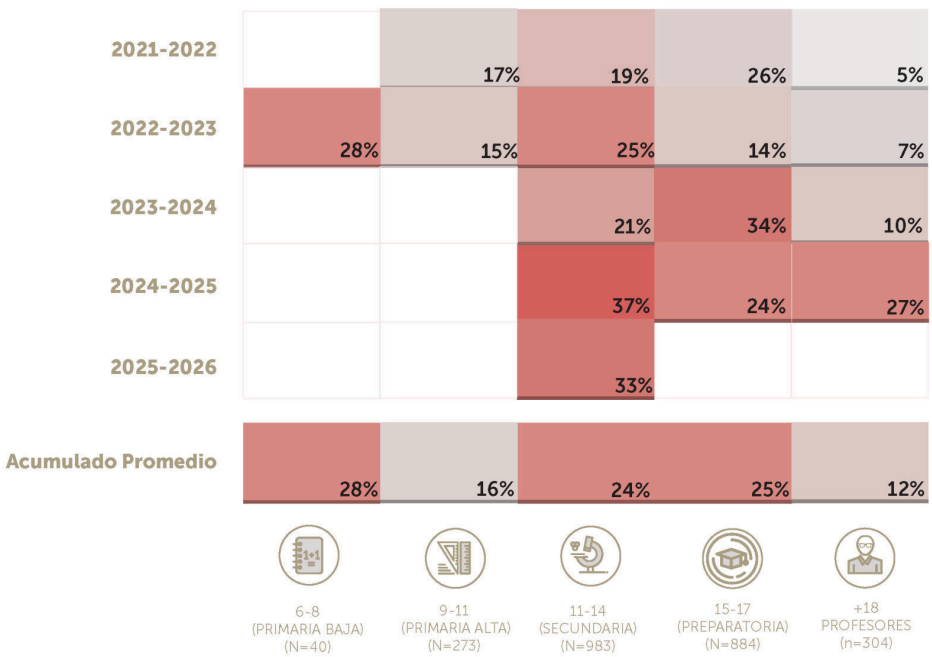
TENDENCIAS.

A pesar de que la composición de la población evaluada es mayormente de bajo riesgo, la tendencia es al alza, tanto en riesgo medio como alto. El crecimiento es discreto pero sostenido: salvo una ligera pausa en 2024-2025, la proporción en riesgo medio y alto aumentó ciclo a ciclo y prácticamente se duplicó entre el primer y el último ciclo.

DEPRESIÓN – TENDENCIA INTERANUAL (% ALTO / % MEDIO)



ANSIEDAD– MAPA DE CALOR POR AÑO Y EDAD % EN RIESGO MEDIO + ALTO



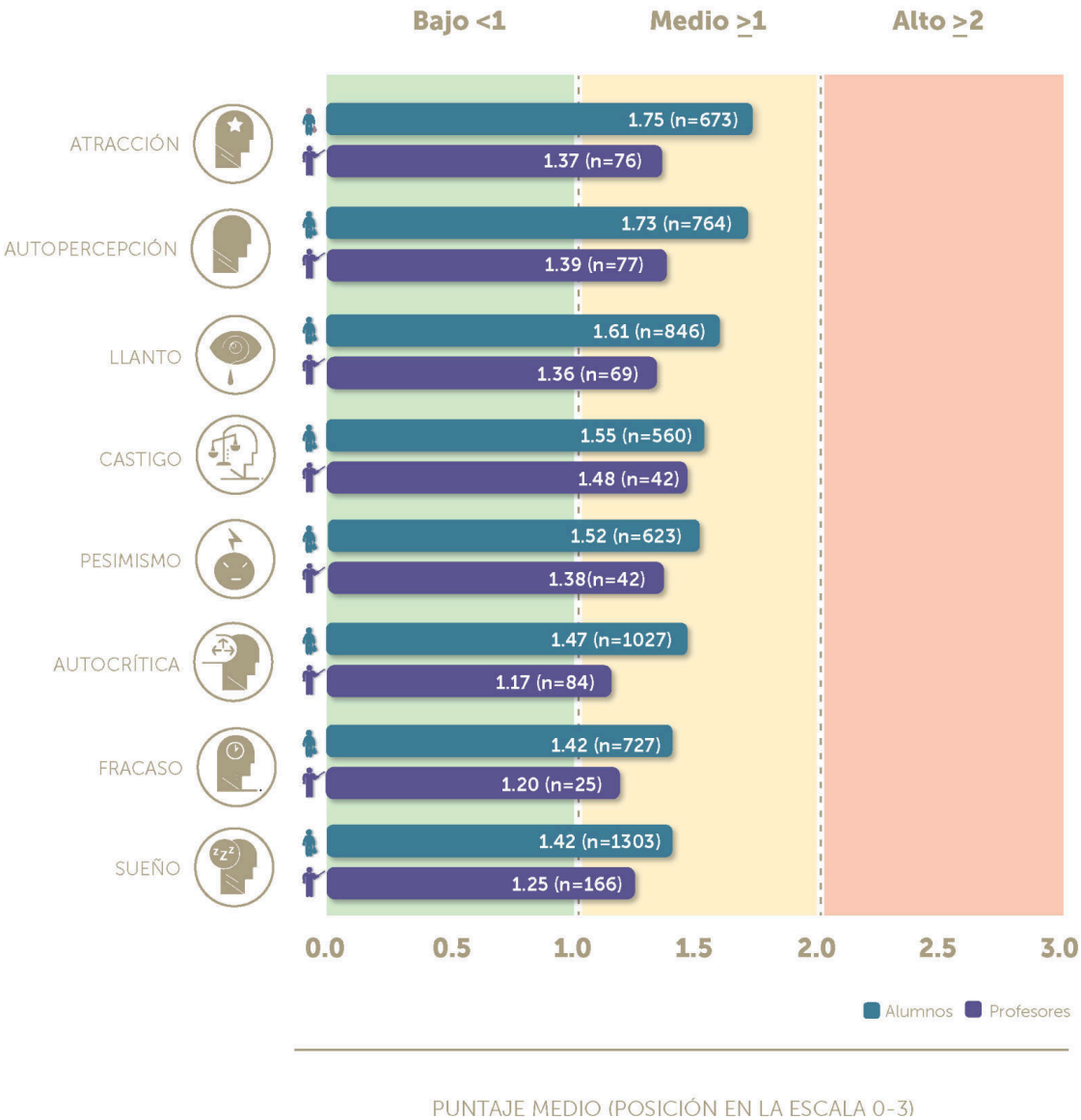
MAPA DE CALOR

El grupo de los estudiantes más pequeños es el bloque con mayor acumulación de síntomas generales. Por su parte, en los ciclos escolares más recientes, la mayor concentración de riesgo se ha desplazado y acentuado fuertemente en Secundaria y Preparatoria; una consolidación preocupante. Sin embargo, una buena noticia es que los profesores evaluados se mantuvieron como el pilar más estable en términos de riesgo.

POSICIÓN.

Al analizar los reactivos individuales, los síntomas más frecuentes reportados por los alumnos no son necesariamente la tristeza profunda inhabilitante, sino la **alteración del sueño**, la **irritabilidad constante** y la **indecisión;** las tres afectan a más de la mitad de la población. Al observar con qué intensidad se vive cada síntoma entre quienes lo reportan, destacan la pérdida de interés por alguien que les atrae, la percepción negativa de la propia imagen y el llanto: los reporta una proporción menor de alumnos, pero con mayor intensidad. El reactivo relacionado con pensamientos o deseos relacionados con el suicidio señala que **más de dos de cada diez alumnos reporta algún grado de ideación, y casi tres de cada cien lo experimenta en un nivel** moderado o severo. Este dato exige protocolos de escucha activa y filtros de revisión individual que trasciendan la simple calificación numérica global del cuestionario.

DEPRESIÓN – POSICIÓN DE REACTIVO EN LA ESCALA 0-3, ALUMNOS Y PROFESORES



Inventario de Depresión de Beck (BDI). Beck, A. T., Steer, R. A. y Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years later. Clinical Psychology Review, 8, 77–100. Versión mexicana: Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). Salud Mental, 21, 26–31. Versión adaptada bajo supervisión del Dr. Miguel Marín Tejeda.



ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

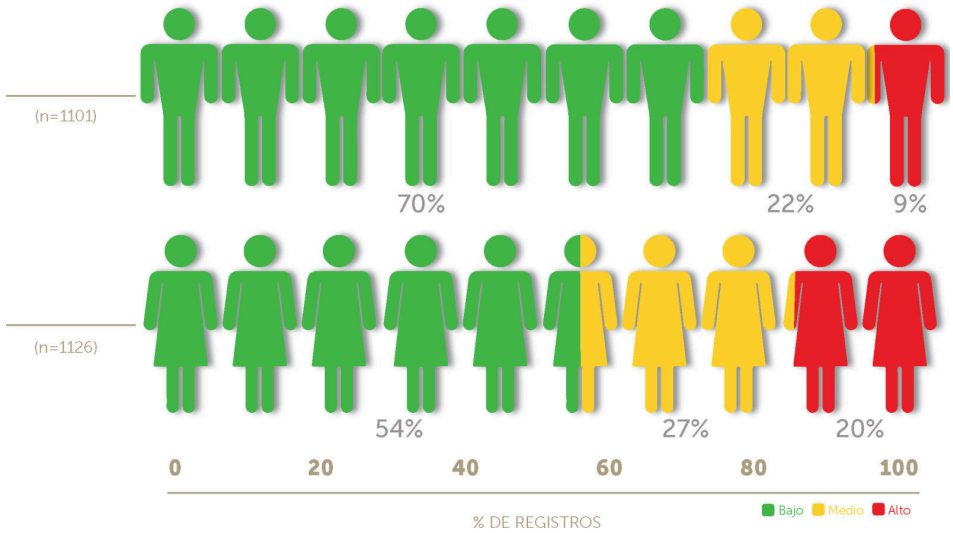
El estrés postraumático es la huella que puede dejar haber vivido o presenciado un evento que puso en riesgo la vida o la seguridad propia o de alguien cercano: un accidente, una situación de violencia, una pérdida repentina o un desastre. Aun cuando el evento ya pasó, la persona puede revivirlo en recuerdos o pesadillas, evitar todo lo que se lo recuerda, sentirse en alerta constante o desconectada de los demás. En esta sección se muestra con qué frecuencia aparecieron estas reacciones durante el último mes.

A continuación, se presenta la interpretación cualitativa de los datos sobre Estrés Postraumático, omitiendo las referencias numéricas directas para enfocar el análisis en las tendencias y comportamientos de la población:

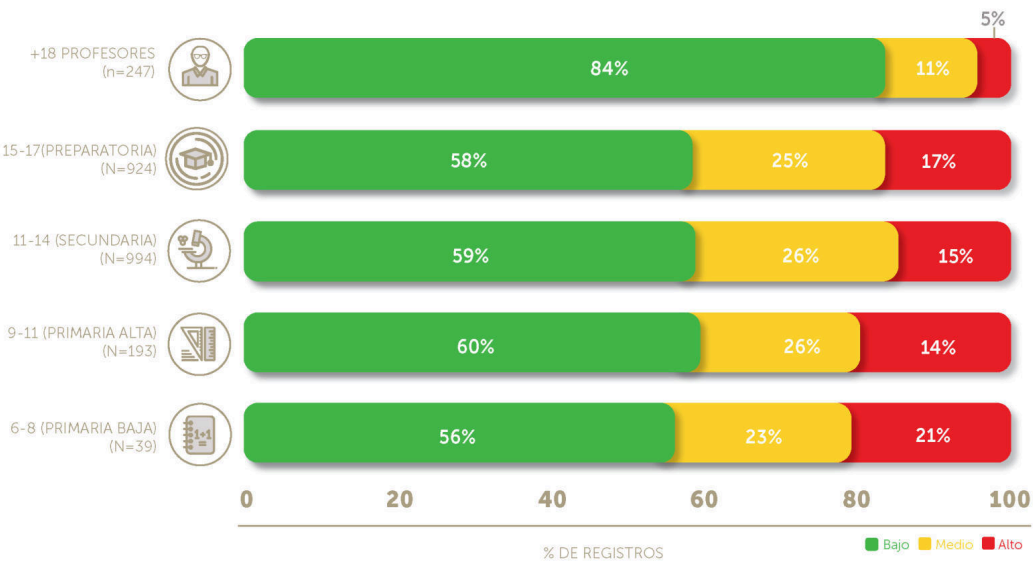
EXPOSICIÓN POR SEXO.

La población femenina muestra una susceptibilidad significativamente mayor al estrés postraumático, agrupando una proporción más amplia de casos en los niveles de riesgo medio y alto en comparación con la población masculina, la cual se concentra mayoritariamente en el nivel de riesgo bajo..

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO – NIVEL DE RIESGO POR SEXO



ESTRÉS POSTRAUMÁTICO – NIVEL DE RIESGO POR EDAD



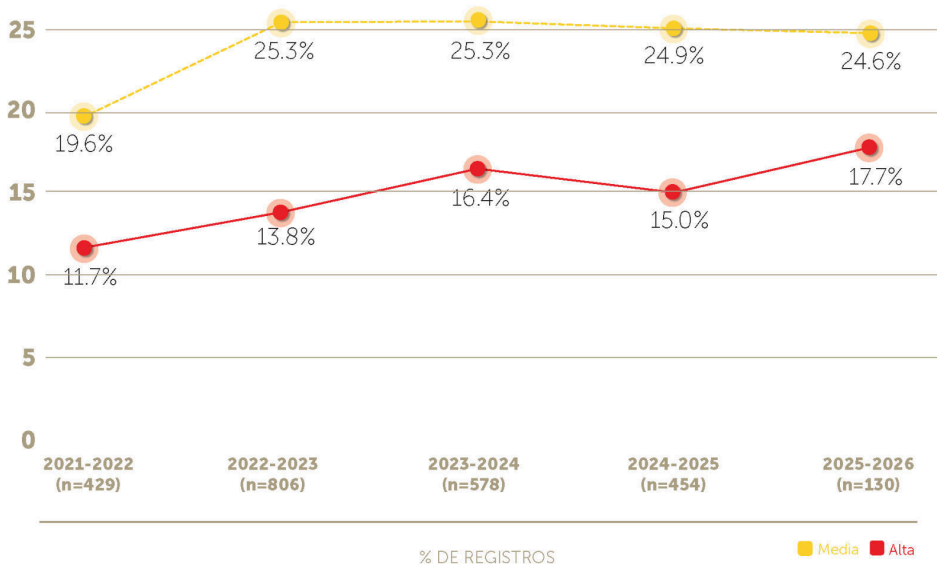
GRUPOS DE EDAD.

El análisis revela que los picos de alerta han transitado entre diferentes grupos poblacionales a lo largo del tiempo. Durante los primeros ciclos, el impacto más severo se focalizó en los alumnos de primaria baja. Posteriormente, el punto de máxima vulnerabilidad se desplazó de manera temporal hacia los estudiantes de preparatoria. En los registros más recientes, se advierte un incremento sostenido del riesgo alto en los estudiantes de secundaria, consolidándose como el grupo de atención prioritaria actual.

TENDENCIA INTERANUAL GENERAL.

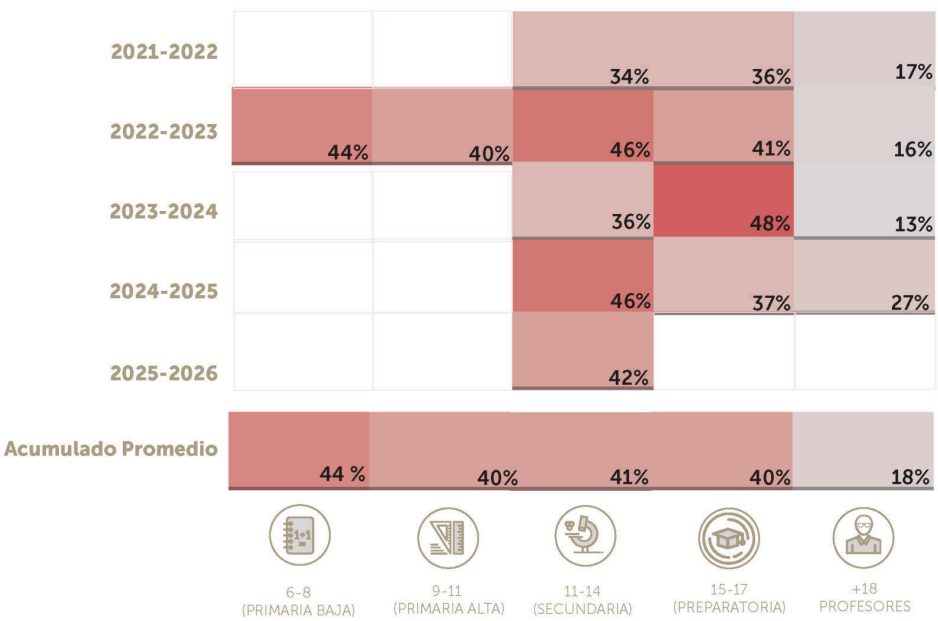
La proporción de la población clasificada en riesgo alto ha mantenido una trayectoria de crecimiento, con una ligera baja en 2024-2025 que se revierte en el ciclo actual. De manera paralela, la franja de riesgo medio experimentó un incremento notable tras el primer ciclo registrado y, desde entonces, se ha estabilizado en ese nivel superior sin mostrar signos de disminución.

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO – TENDENCIA INTERANUAL (% ALTO / % MEDIO)



MAPA DE CALOR.

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO – MAPA DE CALOR POR AÑO Y EDAD % EN RIESGO MEDIO + ALTO

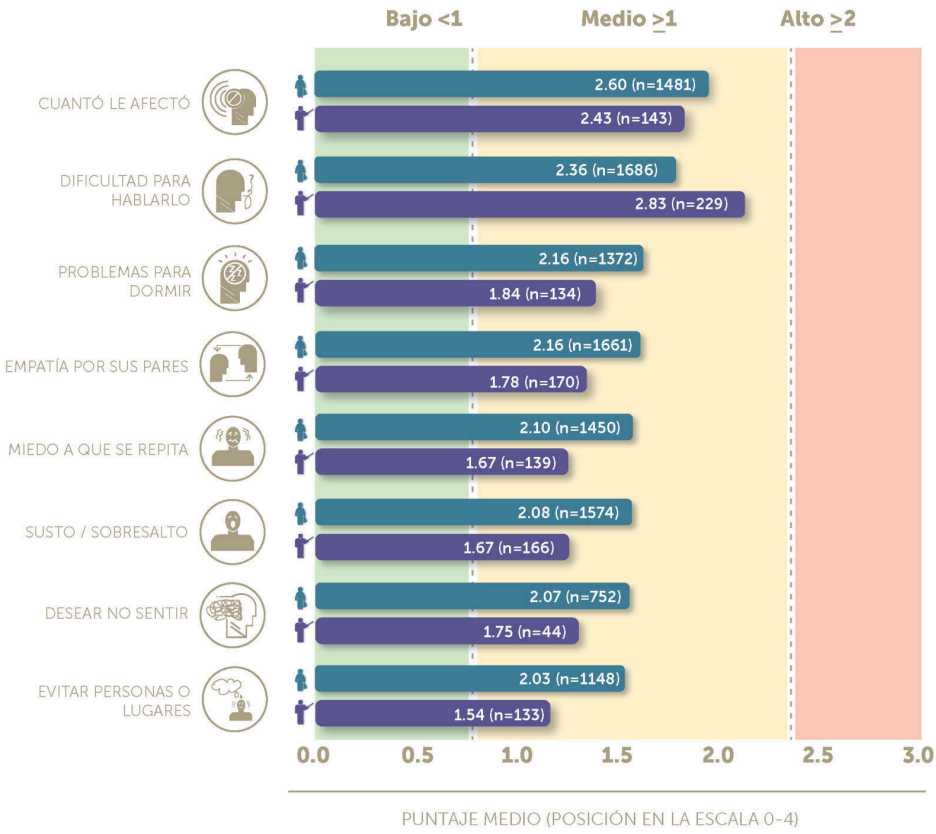


Esta representación gráfica muestra que cuatro de cada diez alumnos han experimentado algún evento que les causó temor o angustia y que aún les causa malestar a un nivel medio o alto; por su parte, los profesores refieren que menos de dos de cada diez se encuentran en una situación similar; el personal docente muestra una resiliencia considerablemente mayor.

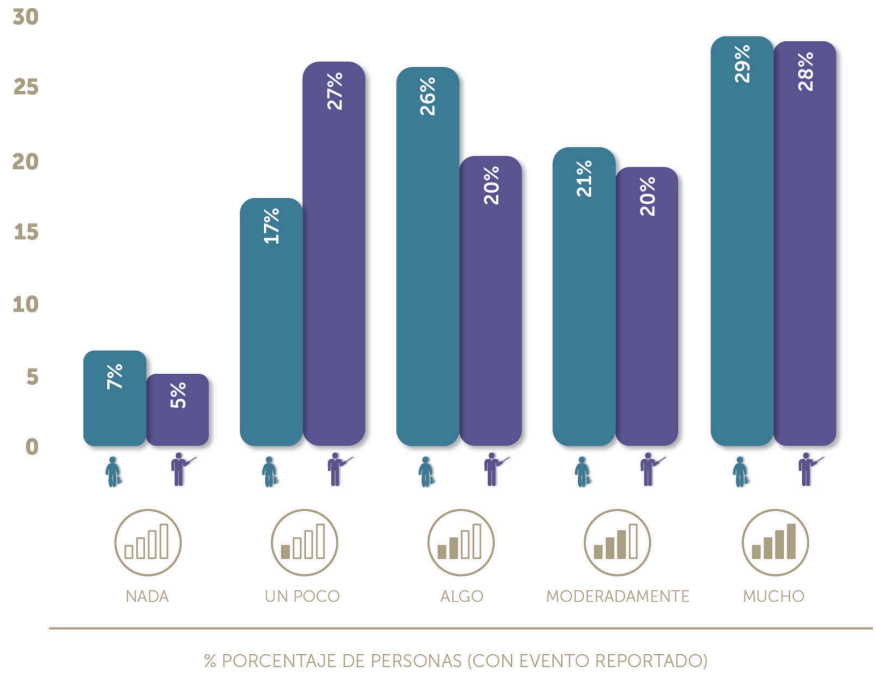
AFECTACION ESPOSTERIORES.

De los usuarios que refieren haber vivido un evento impactante, se puede observar que cuánto les afectó el evento y la dificultad para hablar al respecto son los síntomas que se viven con mayor intensidad, seguidos de los problemas para dormir y de sentir empatía por compañeros de grupo o de trabajo; todos ellos dentro de la banda de riesgo medio. Otros síntomas inciden en su tranquilidad general, en su capacidad de atención y ejecución, y en su recuperación

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO – POSICIÓN DE CADA REACTIVO EN LA ESCALA 0-4 ALUMNOS Y PROFESORES



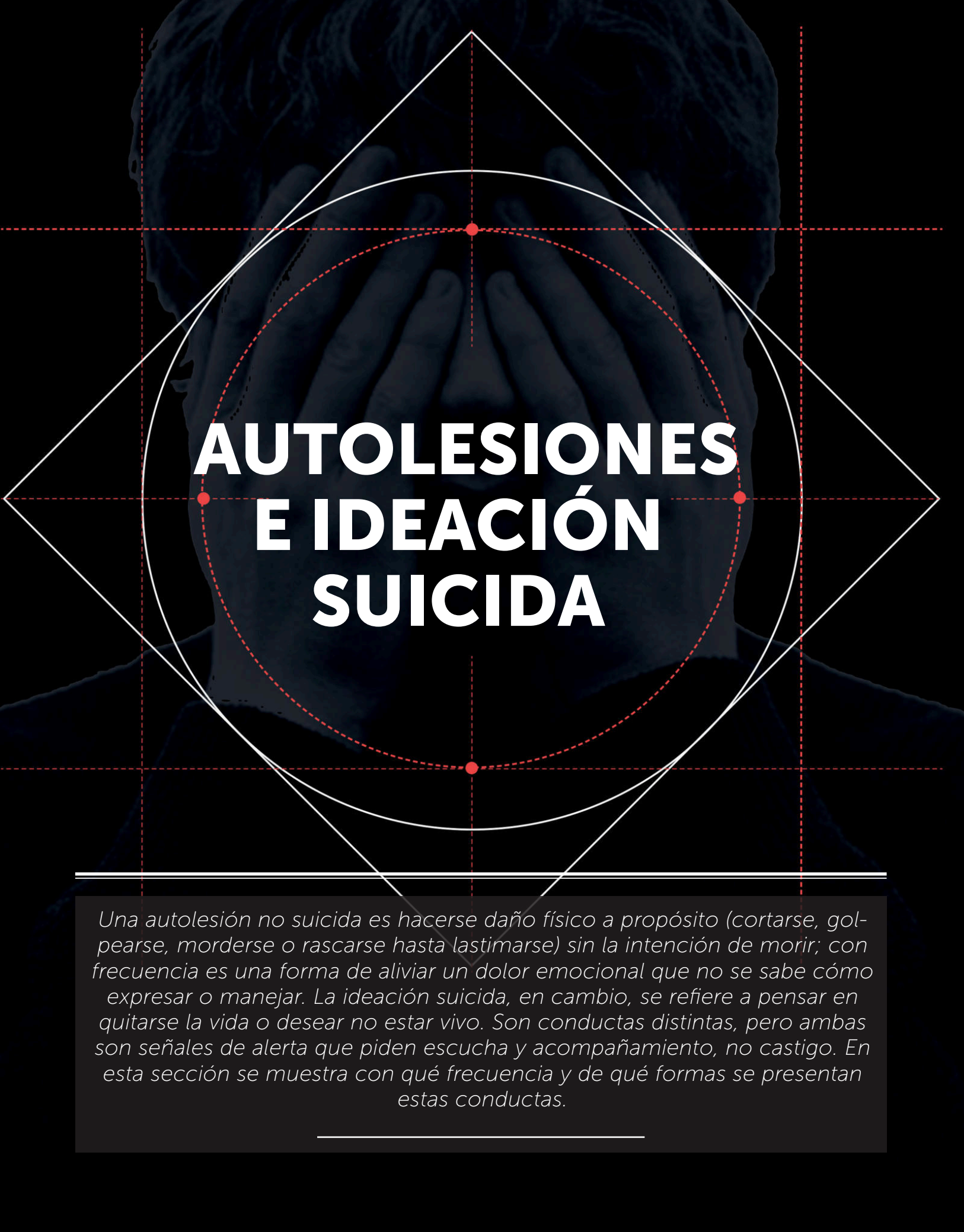
"¿CUÁNTO TE AFECTÓ?", ALUMNOS Y PROFESORES, ENTRE QUIENES REPORTAN UN EVENTO



AFECTACIÓN POSTERIOR.

Tanto alumnos como profesores muestran dificultad media-alta para hablar acerca del evento impactante que experimentaron, sin embargo, a los profesores les cuesta más; y aunque en la mayoría de la población la afectación oscila entre bajo y medio, se puede inferir que la recuperación puede ser lenta y que les cuesta pedir ayuda para lograrlo.

Índice de Reacción de Estrés Postraumático Infantil (CPTS-RI). Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S. et al. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. Archives of General Psychiatry, 44, 1057–1063. Población mexicana: Shein-Szydlo, J. et al. (2016). Journal of Traumatic Stress, 29(5), 406–414. Versión adaptada bajo supervisión del Dr. Miguel Marín Tejeda.

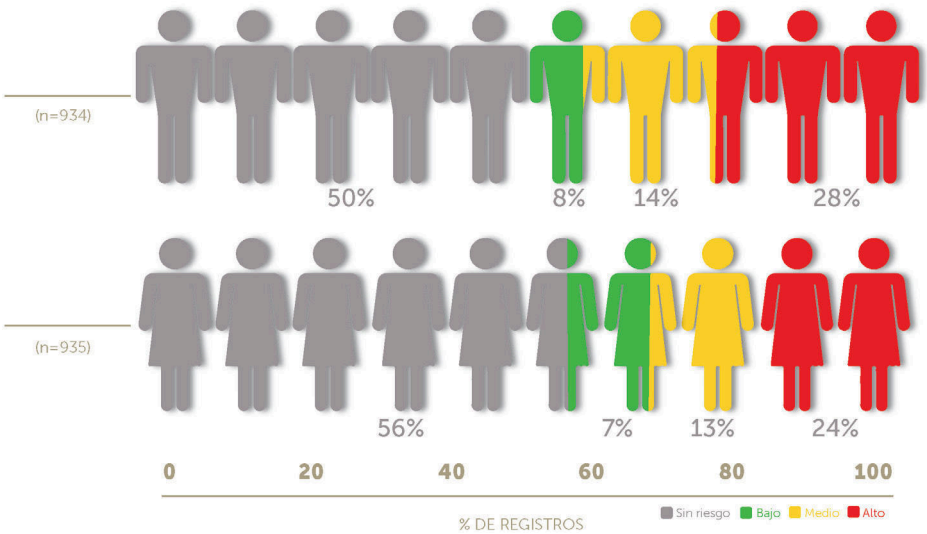


AUTOLESIONES E IDEACIÓN SUICIDA

Una autolesión no suicida es hacerse daño físico a propósito (cortarse, golpearse, morderse o rascarse hasta lastimarse) sin la intención de morir; con frecuencia es una forma de aliviar un dolor emocional que no se sabe cómo expresar o manejar. La ideación suicida, en cambio, se refiere a pensar en quitarse la vida o desear no estar vivo. Son conductas distintas, pero ambas son señales de alerta que piden escucha y acompañamiento, no castigo. En esta sección se muestra con qué frecuencia y de qué formas se presentan estas conductas.

Para efectos de este análisis, únicamente se aplicó el semáforo de riesgo a la población que registró algún tipo de evento, que representa el 48% de los alumnos evaluados. Los datos sobre ideación suicida y autolesiones (ISAS) representan el indicador más delicado de una comunidad escolar y nos exigen una lectura profunda sobre cómo el dolor emocional y la falta de recursos de afrontamiento se están desbordando en conductas de riesgo inminente.

AUTOLESIONES E IDEACIÓN SUICIDA – NIVEL DE RIESGO POR SEXO



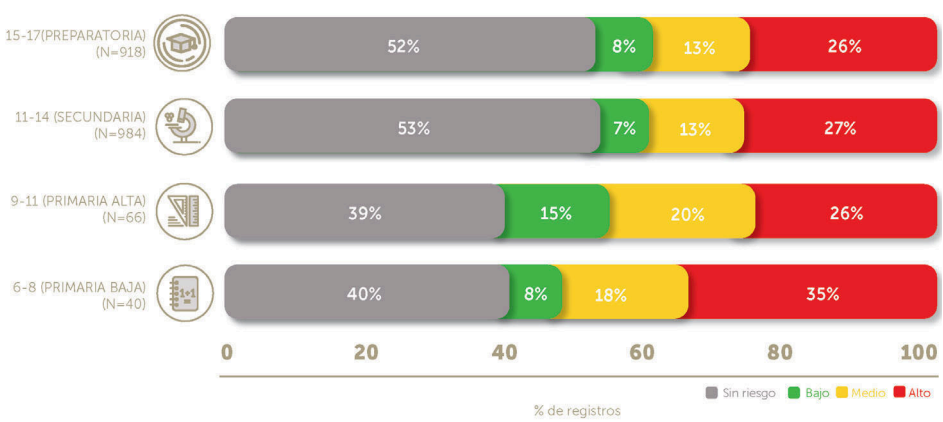
EXPOSICIÓN POR SEXO.

Las conductas de autolesión e ideación suicida muestran un panorama algo equilibrado entre sexos. Ambas poblaciones presentan una distribución parecida en los niveles de riesgo medio y alto. Se podría inferir que, aunque los varones tiendan a enmascarar o silenciar sus síntomas afectivos en etapas tempranas, cuando sus recursos de regulación emocional colapsan, llegan a los mismos extremos de riesgo que sus compañeras.

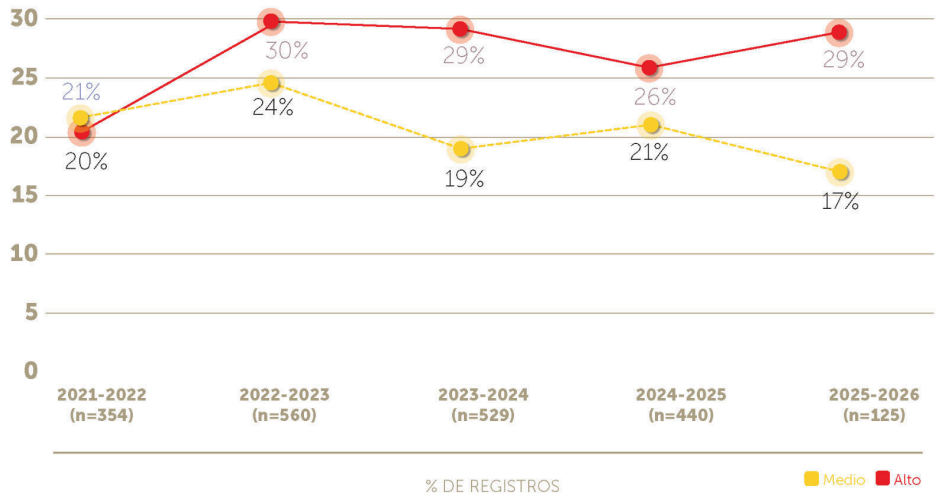
TENDENCIA INTERANUAL GENERAL.

Es importante destacar que el instrumento completo se aplica sólo a Secundaria y Preparatoria; a primaria se aplican dos reactivos de control orientados a pensamientos autolesivos representativos. Aunque es el grupo que concentra la mayor proporción de riesgo alto, no es equiparable con otros grados. Y a pesar de que, a mayor grado, incrementa la franja de riesgo, en Secundaria y Preparatoria poco más de la mitad de los estudiantes está en un nivel de seguridad: sin eventos autolesivos.

AUTOLESIONES E IDEACIÓN SUICIDA – NIVEL DE RIESGO POR EDAD



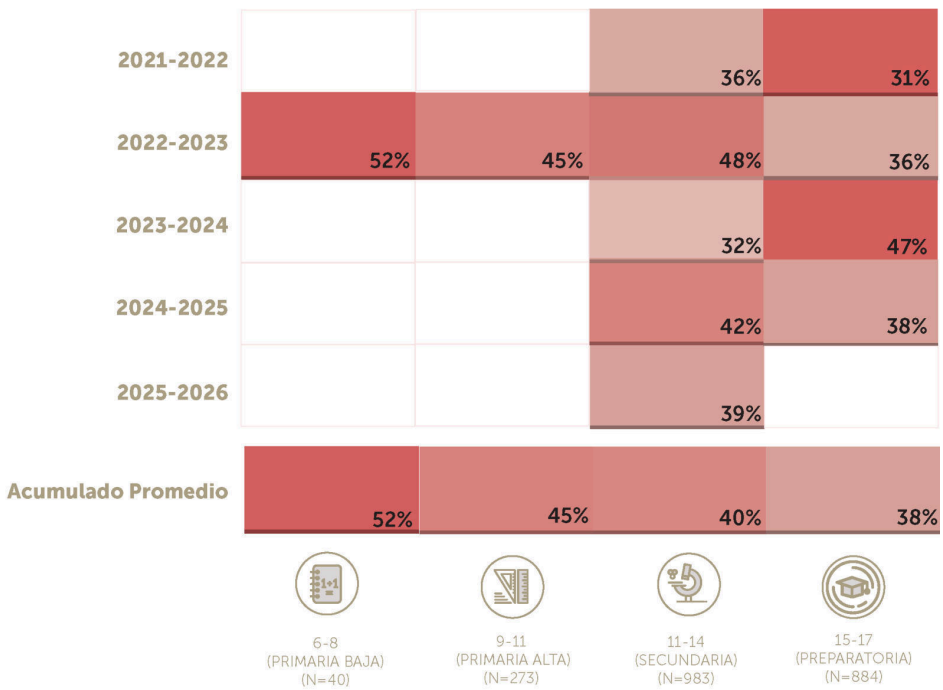
AUTOLESIONES E IDEACIÓN SUICIDA – TENDENCIA INTERANUAL (% ALTO / % MEDIO)



TENDENCIA INTERANUAL GENERAL.

Tendencia interanual general: La franja de riesgo medio ha disminuido de forma gradual, mientras que el riesgo alto, tras repuntar en 2022-2023, se ha mantenido en niveles elevados. Y aunque la baja del riesgo medio en apariencia es buen indicador, el comportamiento sugiere que los casos que antes se contenían en fase de riesgo medio, podrían estar escalando hacia el nivel alto.

AUTOLESIONES E IDEACIÓN SUICIDA – MAPA DE CALOR POR AÑO Y EDAD % EN RIESGO MEDIO + ALTO



MAPA DE CALOR.

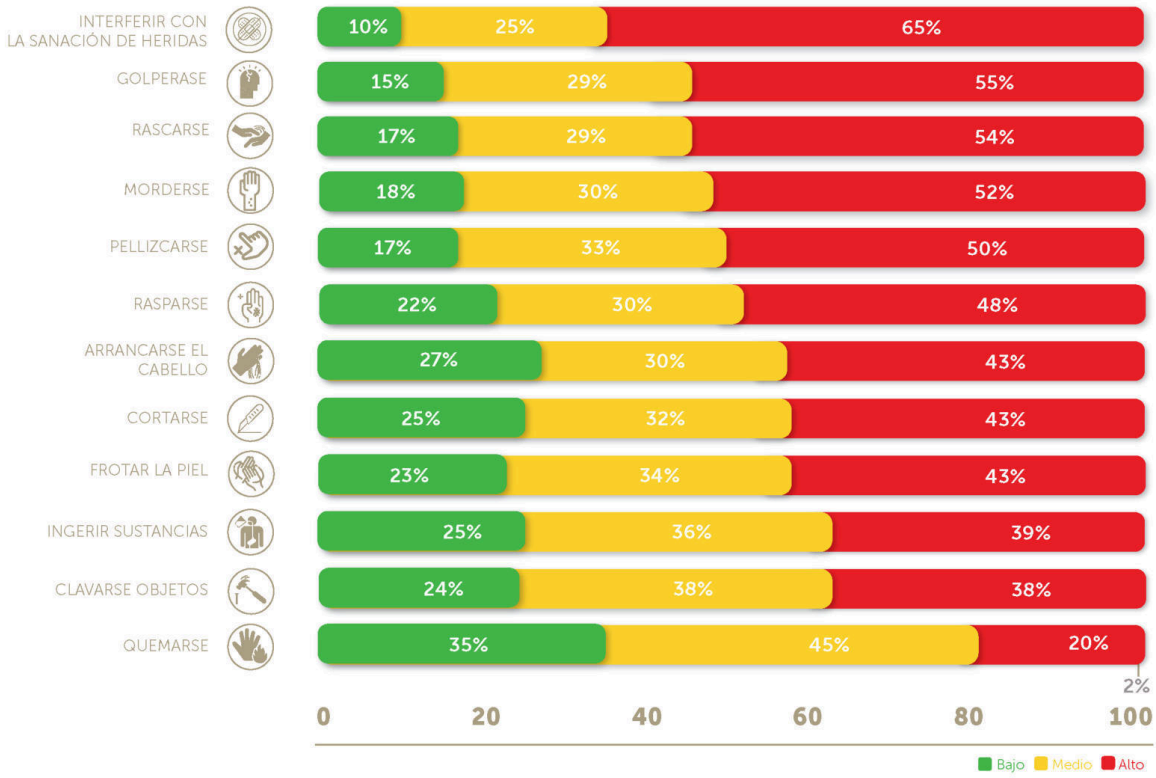
Si se observa la combinación de los niveles de riesgo a lo largo del tiempo, la etapa de Primaria evidencia la vulnerabilidad de la detección e intervención temprana. No obstante, al aislar el riesgo alto, queda claro que las alertas máximas se enfatizan fuertemente en Secundaria y Preparatoria. En los años más recientes, los adolescentes han sostenido niveles más intensos y constantes de riesgo aparente.

RESULTADOS

CONDUCTAS.

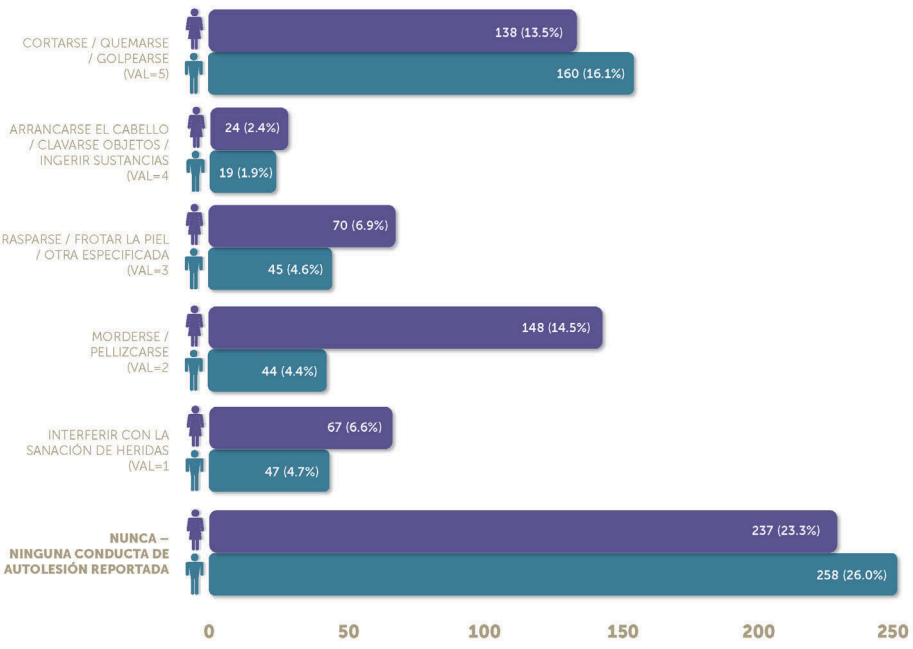
De las doce conductas autolesivas analizadas, en este apartado se puede observar la categorización de riesgo por la frecuencia manifestada por los usuarios, siendo un riesgo bajo cuando la acción se realizó una vez, riesgo medio dos y hasta cuatro veces, y riesgo alto, cinco veces o más.

AUTOLESIONES – NIVEL DE RIESGO POR CONDUCTA MANIFESTADA



La manifestación de conductas autolesivas, aparentemente no graves, pueden escalar de frecuencia o de severidad si las causas no son atendidas de forma oportuna. En esta medición, en la mayoría de los casos prevalece el mayor riesgo en mujeres.

AUTOLESIONES – FORMA AUTORREPORTADA, POR GRUPO DE SEVERIDAD Y SEXO



N DE ALUMNOS (GRUPO DE SEVERIDAD DE SUFORMA PRINCIPAL, REACTIVO 16 "NUNCA" = 0 EN LAS 12 CONDUCTAS; EL % RESTAMNTE REPORTA ALGUNA CONDUCTA SIN ELEGIR UNA FORMA PRINCIPAL

Inventario de Afirmaciones acerca de Autolesiones (ISAS-AI). Klonsky, E. D. y Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31(3). Adaptación al español de México: Marín-Tejeda, M. (2017).

Versión adaptada bajo supervisión del Dr. Miguel Marín Tejeda.



CONDUCTAS DIGITALES

Las conductas digitales son la forma en que niños, adolescentes y adultos usan pantallas, redes sociales, videojuegos y plataformas en su vida diaria: cuánto tiempo, a qué hora, con qué acompañamiento y con qué efectos. La tecnología no es buena ni mala por sí misma; el riesgo aparece cuando su uso desplaza el sueño, la convivencia o el estudio, expone a contenidos o contactos dañinos, o se vuelve difícil de controlar, como ocurre con los juegos de apuesta. En esta sección se presentan estos hábitos, su relación con la calidad del sueño y las diferencias por sexo y edad.

RESULTADOS Y ANÁLISIS POR CATEGORÍA (INSTRUMENTO ERICD, TAMIX-RESTART)

El análisis de las conductas digitales en una de las instituciones evaluadas revela que el fenómeno digital atraviesa no sólo capas de la comunidad escolar sino también del entorno familiar. A diferencia de los resultados anteriores, este apartado surge a partir de una medición construida en colaboración con la **Dra. Mercedes Llamas** y la **Psic. Maite Llamas**, cofundadoras del **Centro Restart®**, como instrumento diagnóstico previo a su intervención de consultoría.

Habitualmente observamos sólo los porcentajes más altos y descartamos los bajos, sin embargo, este mapa de calor representa a la **población en nivel de riesgo medio y alto** (alumnos y profesores). Y aunque todas las categorías requieren atención, tener los datos duros en conjunto permite definir prioridades, estrategias y planes de acción.

De los hallazgos transversales más significativos las tres secciones con un mayor promedio de riesgo son **Vínculos Familiares y Orfandad Digital** (Sección IX), **Calidad del Sueño y Hábitos Nocturnos (Sección II)** y **Funciones Ejecutivas** (Sección III).

Por su parte **Sensibilidad a la Recompensa** (Sección V) revela que la dificultad para regular la atención y la búsqueda de estimulación/recompensa frente a pantallas es, como sería clínicamente esperable, más marcada en la niñez y adolescencia que en la adultez.

Un factor de riesgo infravalorado es la **exposición a ambientes de tabaquismo**, siendo los alumnos de 6-8 años quienes refieren mayor nivel de riesgo.

Tres patrones concentran la mayor parte del riesgo identificado:

- **Sueño y fatiga (Sección II)**: En los cinco niveles, el uso de dispositivos antes de dormir y el cansancio diurno se ubican entre las conductas más reportadas (37.9%).

MAPA DE CALOR POR CATEGORÍA

SECCIÓN	Alumnos 6-8	Alumnos 9-11	Alumnos 12-17	Profesores PRI	Profesores SEC	PROMEDIO
I. Regulación Emocional y Tolerancia a la Frustración	37%	10%	24%	20%	16%	21%
II. Calidad del Sueño y Hábitos Nocturnos	44%	28%	35%	42%	41%	38%
III. Funciones Ejecutivas (Atención y Rendimiento)	46%	29%	46%	31%	28%	36%
IV. Vínculos Familiares y Dinámica en Casa	17%	8%	18%	13%	13%	14%
V. Sensibilidad a la Recompensa y Búsqueda de Estimulación	55%	30%	23%	19%	27%	31%
VI. Trastornos alimentarios e Imagen Corporal			17%	25%	20%	21%
VII. Consumo de Sustancias (Alcohol, tabaco, otros)	88%	24%	22%	25%	22%	36%
VIII. Conductas Digitales y Ludopatía	27%	12%	18%	12%	20%	18%
IX. Vínculos familiares y Orfandad Digital	63%	18%	32%	43%	40%	39%
CT. Clínico Transversalidad, Depresión, TEPT y Autolesión)	45%	22%	25%	20%	16%	26%

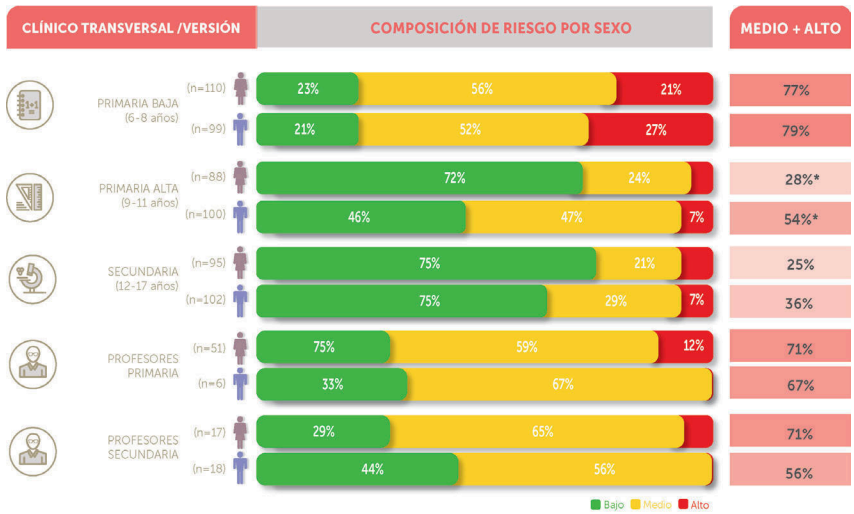
DPR. Docentes Primaria DSE. Docentes Secuendaria. Porcentaje promedio de población en Riesgo Medio + Alto. Sección VII. En primaria baja se acota a exposición a ambientes de consumo de tabaco.

- **Entorno familiar y disponibilidad (Sección IX)**: Tanto padres de familia como docentes reportan estar frecuentemente "conectados" a un dispositivo incluso durante momentos de convivencia familiar (39.2%). Que va de la mano con la percepción de que "el tiempo se va volando" al usar un dispositivo, en cuatro de los cinco niveles, es uno de los dos reactivos más reportados en la medición.
- **Bienestar emocional.** Se identificaron indicadores de tristeza y ansiedad presentes en una proporción relevante de la comunidad, y con menor frecuencia, pero de forma consistente, indicadores de pensamientos autolesivos que, por protocolo, deben canalizarse al equipo psicopedagógico del colegio.

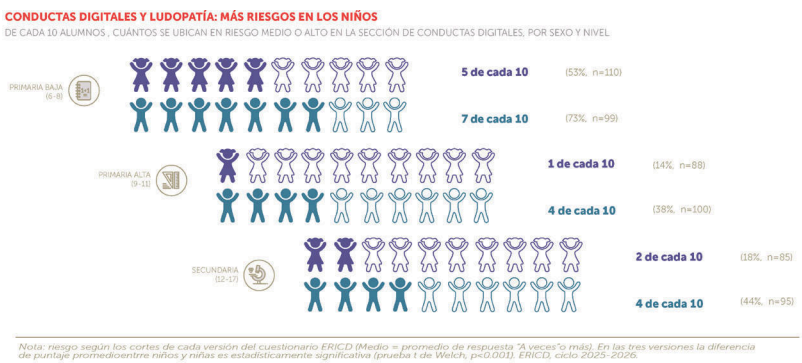
El **Eje Clínico Transversal** está compuesto de rasgos representativos de cada patología, por ende, no sustituye una medición completa, y está diseñado para localizar indicios; en este caso, permitiendo identificar los **brotes de riesgo en edades tempranas**.

DIFERENCIAS POR SEXO.

Al separar por sexo, el malestar emocional resulta mayor en los niños: más de la mitad de los alumnos hombres se ubica en riesgo medio o alto, frente a menos de la mitad de las alumnas. La diferencia se concentra en Primaria Alta (9-11 años), donde los niños casi duplican a las niñas; en Primaria Baja ambos sexos coinciden en niveles elevados y en Secundaria la diferencia se inclina hacia los hombres. Porcentualmente es un patrón opuesto al de la batería Tamix, donde las mujeres concentran más ansiedad y depresión; sin embargo, recordemos que, por diseño, sólo busca indicios, a diferencia de la batería de tamizaje.



*Porcents de población por nivel de riesgo del bloque Clínico Transversal (Ansiedad, Depresión, TEPT y Autolesión). * Diferencia por sexo estadísticamente significativa (p<0.05). DPR: solo 6 docentes hombres: interpetrar con cautela. DPR, Docentes Primaria DSE, Docente Secundaria.*



Nota: riesgo según los cortes de cada versión del cuestionario ERICD (Medio = promedio de respuesta "A veces"o más). En las tres versiones la diferencia de puntaje promedioentre niños y niñas es estadísticamente significativa (prueba t de Welch, p<0.001). ERICD, ciclo 2025-2026.

CONDUCTAS DIGITALES POR SEXO.

Se observa una exposición prematura a dinámicas adictivas (gastos en juegos y preferencia por el juego digital); riesgos tempranos en la privacidad y convivencia digital. Conforme aumenta la edad (primaria alta y secundaria), las prevalencias de riesgo disminuyen, sin embargo, persiste en todos los niveles que los niños mantienen proporciones de riesgo mayores que las niñas.

CALIDAD DEL SUEÑO POR SEXO.

En cambio, la Calidad del Sueño no distingue sexos: mujeres y hombres se ubican en riesgo medio en todas las poblaciones, lo que confirma que el desvelo digital es un reto compartido.



Nota: Docentes incluye DPR y DSE (todos en riesgo Medio o Alto en esta sección; solo 24 docentes hombres). Ninguna diferencia por sexo es estadísticamente significativa. Riesgo según los cortes de cada versión del cuestionario ERICD, ERICD, ciclo 2025-2026.



Nota: muestra pequeña (35 docentes de secundaria); el resultado es indicativo. En docentes de Primaria la proporción en mujeres es similar (75%, n=51) y solo hay 6 docentes hombres. Riesgo según los cortes del cuestionario EICD, ERICD, ciclo 2025-2026.

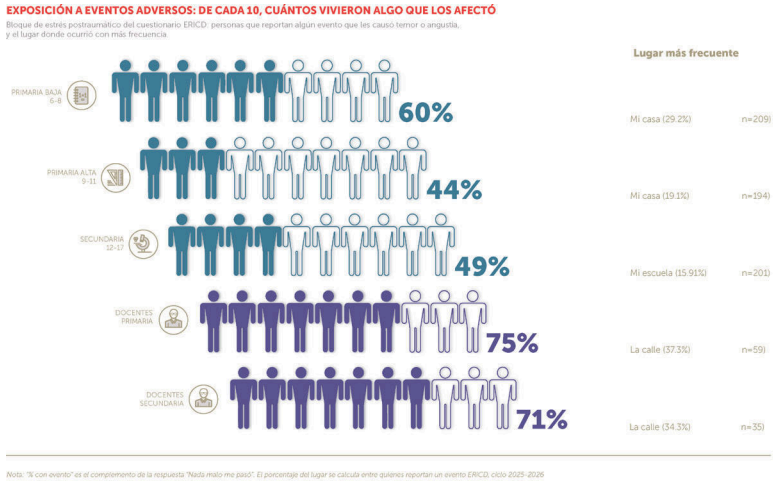
ORFANDAD DIGITAL EN DOCENTES.

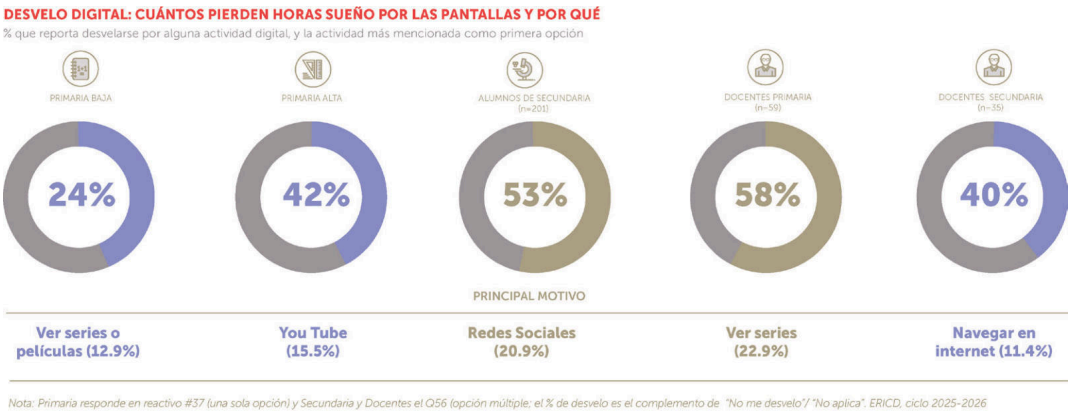
En docentes, las mujeres experimentan con mayor frecuencia las dinámicas donde la atención parental se ve fragmentada por el celular y la tecnología compite con la interacción familiar directa.

BLOQUE TEPT Y RIESGO DIGITAL

EXPOSICIÓN A EVENTOS ADVERSOS.

El bloque de estrés postraumático adaptado muestra que seis de cada diez alumnos de Primaria Baja y más de siete de cada diez docentes reportan haber vivido algún evento adverso significativo (en Primaria Alta y Secundaria, entre cuatro y cinco de cada diez), ubicando contextos tan contrastantes como la propia casa (en niños), la escuela (en adolescentes) o la calle (en adultos).



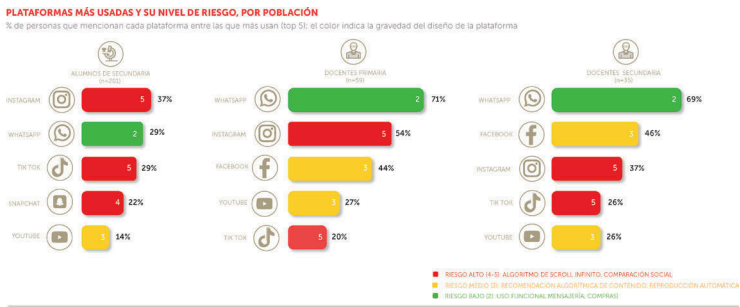


DESVELO DIGITAL.

El análisis del uso nocturno demuestra que las redes sociales y el consumo de series son los principales motores del desvelo escolar, afectando el rendimiento cognitivo y la regulación emocional del día siguiente.

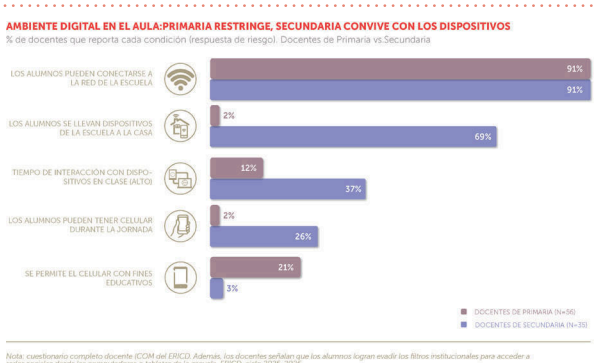
PLATAFORMA DE MAYOR GRAVEDAD.

En Secundaria, Instagram y TikTok —las plataformas de mayor riesgo por su diseño de scroll infinito y comparación social— están entre las tres más usadas. En docentes domina WhatsApp, de uso funcional, aunque Instagram y TikTok aparecen con frecuencia como segunda o tercera opción.

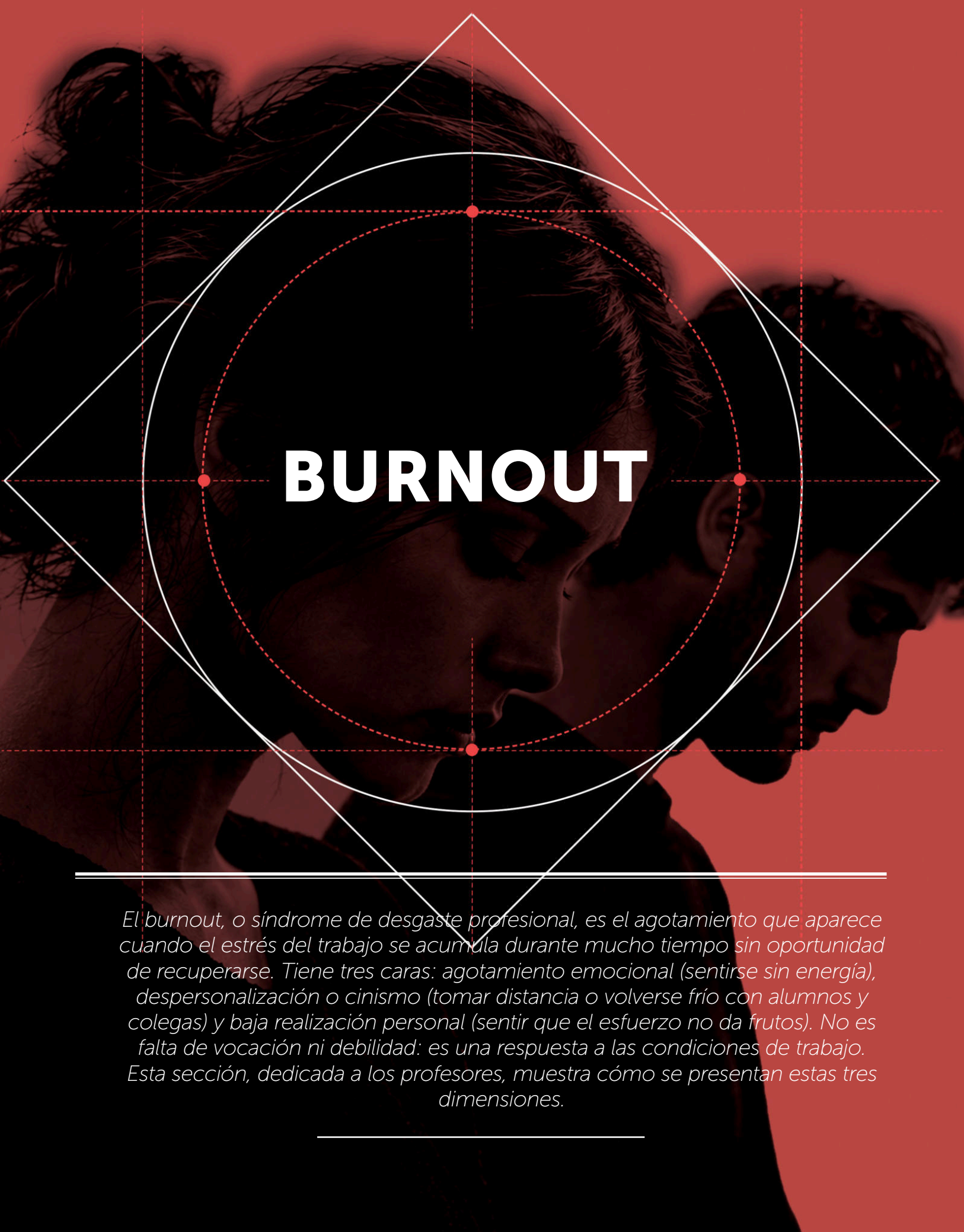


AMBIENTE DIGITAL EN EL AULA.

Mientras en primaria existe una prohibición casi total de celulares, en secundaria la política es mixta y tolerante. No obstante, los docentes señalan una brecha técnica crítica: los alumnos logran evadir los filtros institucionales para acceder a redes sociales desde las propias computadoras o tabletas escolares, superando en ocasiones la propia conectividad del profesor.



Encuesta Restart Impacto Conductas Digitales (ERICD). Tamix–Centro RESTART (2026). Versiones K6 (6–8 años), K9 (9–11), TN (12–17), DPR y DSE (docentes de Primaria y Secundaria).



BURNOUT

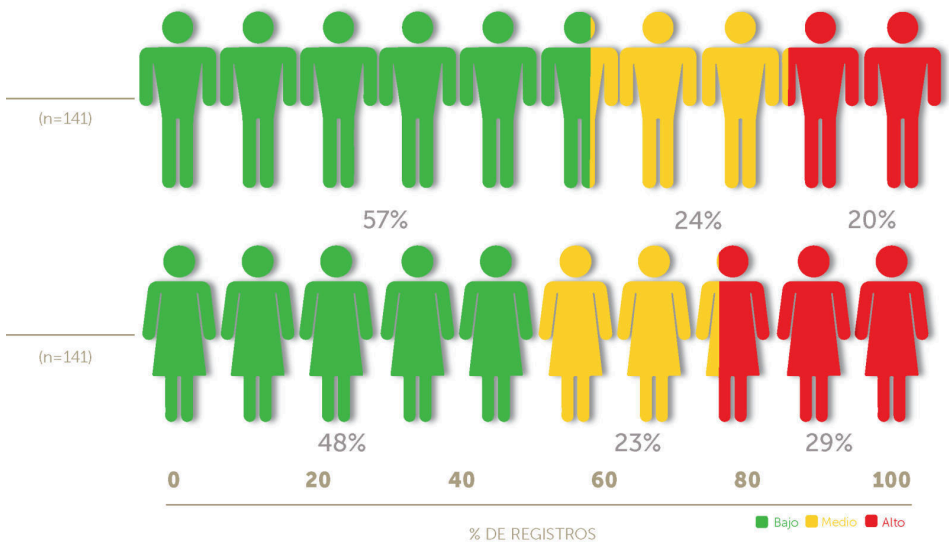
El burnout, o síndrome de desgaste profesional, es el agotamiento que aparece cuando el estrés del trabajo se acumula durante mucho tiempo sin oportunidad de recuperarse. Tiene tres caras: agotamiento emocional (sentirse sin energía), despersonalización o cinismo (tomar distancia o volverse frío con alumnos y colegas) y baja realización personal (sentir que el esfuerzo no da frutos). No es falta de vocación ni debilidad: es una respuesta a las condiciones de trabajo. Esta sección, dedicada a los profesores, muestra cómo se presentan estas tres dimensiones.

A diferencia de la notable estabilidad emocional que los docentes proyectaban en los indicadores de ansiedad y depresión frente a los alumnos, el panorama cambia drásticamente al evaluar su desgaste laboral.

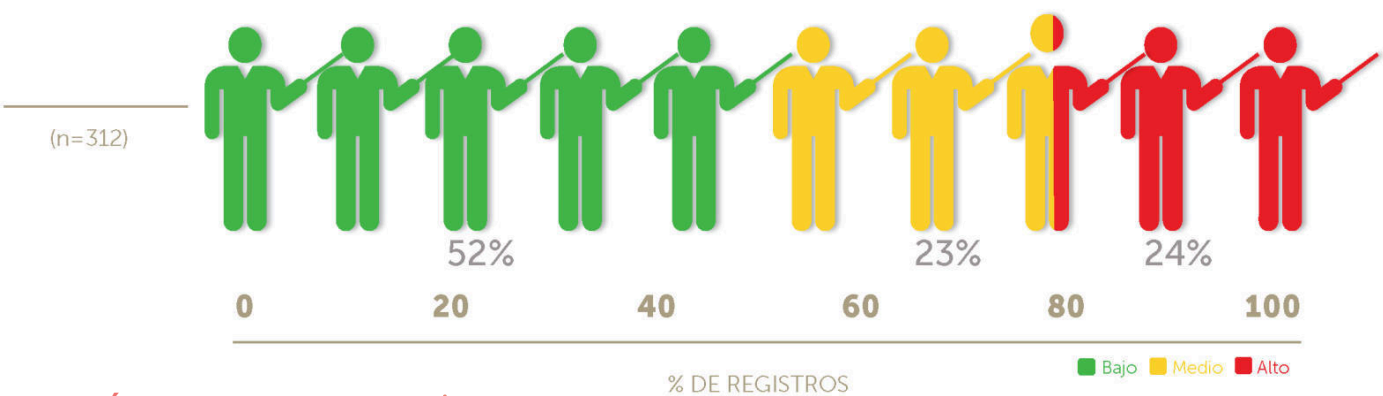
EXPOSICIÓN POR SEXO.

El desgaste profesional o burnout impacta de manera significativa a todo el personal, aunque con ciertos matices de género. Si bien alrededor de la mitad de los profesores evaluados logran conservar un nivel de bienestar adecuado, las profesoras muestran una susceptibilidad visiblemente mayor a experimentar los niveles más altos de agotamiento. Lo que invita a explorar qué estresores adicionales —como la carga mental, las dinámicas de autoexigencia o los roles de cuidado fuera del entorno laboral— podrían estar sobrepasando las estrategias de contención del personal.

BURNOUT – PROFESORES – NIVEL DE RIESGO POR SEXO



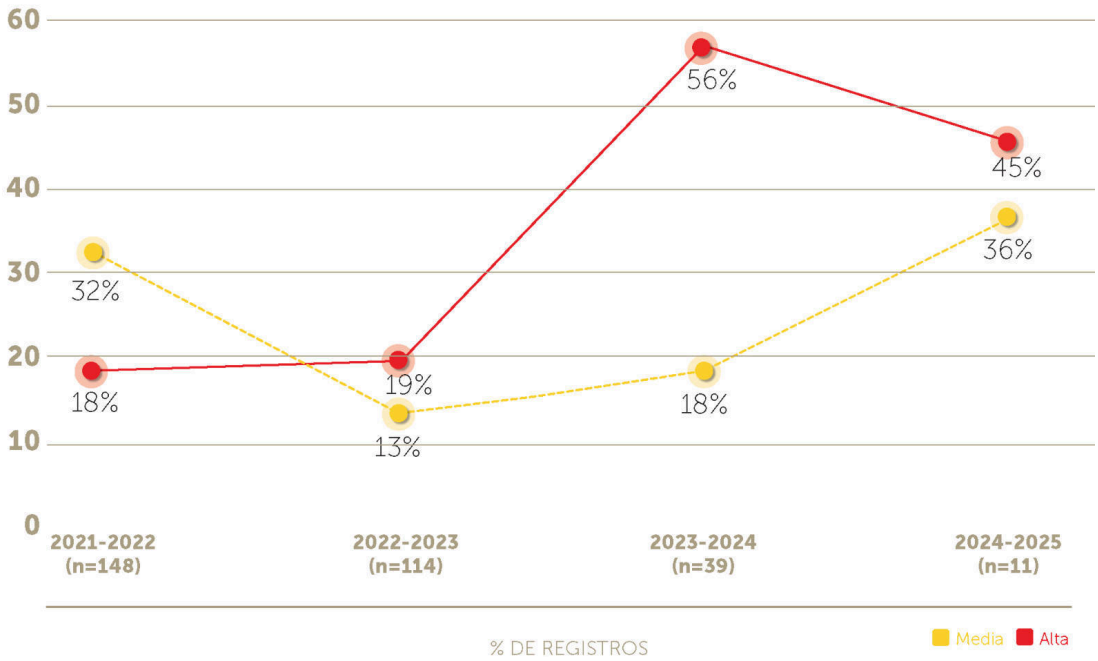
BURNOUT – PROFESORES – NIVEL DE RIESGO POR DIMENSIÓN



AFECTACIÓN POR GRUPO DE EDAD.

Prácticamente la mitad de los profesores se encuentra operando bajo niveles de riesgo medio o alto. Esto significa que una proporción sumamente extensa de quienes sostienen el funcionamiento del colegio está trabajando al límite de sus reservas físicas, cognitivas y emocionales, lo cual merma su capacidad para ser figuras de co-regulación para los estudiantes.

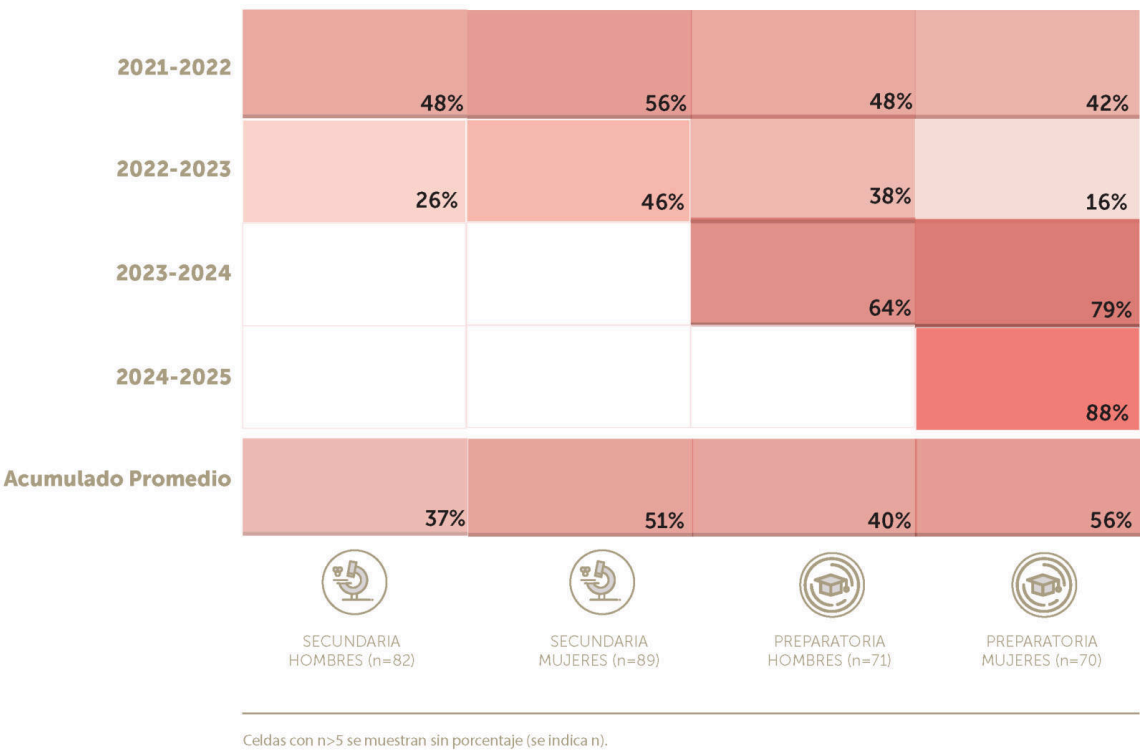
BURNOUT – PROFESORES – TENDENCIA INTERANUAL (% ALTO / % MEDIO)



TENDENCIAS.

La trayectoria observada contempla la medición de un evento organizacional significativo, lo que disparó al agotamiento a más de la mitad del personal. Y aunque se observa un ligero descenso en los casos de mayor gravedad, la franja de riesgo moderado crece a la par. Esto confirma que el agotamiento crónico persiste y el estrés simplemente se ha reacomodado.

BURNOUT – PROFESORES – MAPA DE CALOR POR AÑO NIVEL Y SEXO
% EN RIESGO MEDIO + ALTO

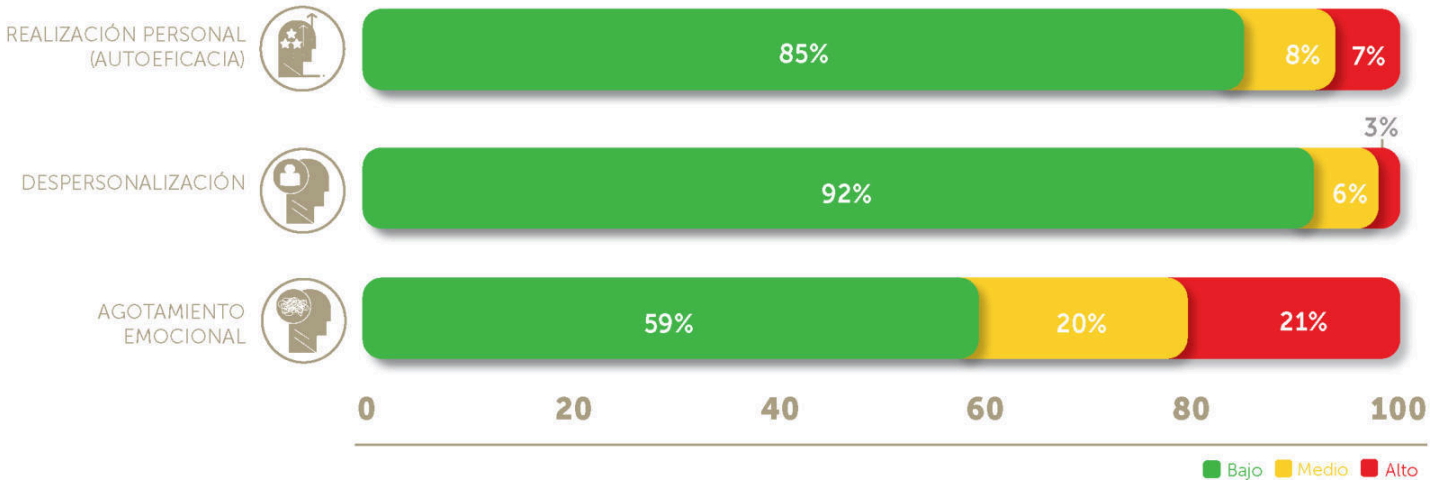


Celdas con n>5 se muestran sin porcentaje (se indica n).

MAPA DE CALOR

Al separar al personal por nivel educativo y sexo, el riesgo se concentra en Preparatoria: más de la mitad de las profesoras y la mitad de los profesores de ese nivel se ubican en riesgo medio o alto. En Secundaria, las profesoras (la mitad) superan ampliamente a sus compañeros (poco más de un tercio). En los ciclos más recientes, con datos solo de Preparatoria, el riesgo se eleva de forma notable, advirtiendo que el estrés laboral crónico se ha vuelto la regla y no la excepción.

BURNOUT – PROFESORES – NIVEL DE RIESGO POR DIMENSIÓN



La radiografía del *burnout* revela una fortaleza institucional combinada con una vulnerabilidad identificada. A pesar del estrés, los profesores mantienen casi intacto su sentido de realización personal y autoeficacia, y la mayoría no presenta signos de despersonalización, es decir, no se han vuelto distantes con los alumnos. Toda la carga del riesgo se concentra abrumadoramente en una sola dimensión: el agotamiento emocional. Esto es alentador y, al mismo tiempo, urgente: tenemos educadores que aún aman lo que hacen y se sienten capaces, pero que están operando con las reservas de energía totalmente vaciadas.

Más del 90% de los evaluados refieren que pueden entender con facilidad lo que piensan las personas que atienden y que sienten que su labor influye positivamente en la vida de otros (Dimensión Autorrealización)



Poco más del 30% refirió sentirse "exprimido(a)" al final de la jornada y sentir que estaba trabajando demasiado. (Dimensión Agotamiento Emocional).



Inventario de Burnout de Maslach (MBI-HSS). Maslach, C., Jackson, S. E. y Leiter, M. (1996). Maslach Burnout Inventory (3.ª ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. Versión en castellano: Gascón, S. et al. (2013); adaptación: Marín-Tejeda, M. (2017).

Versión adaptada bajo supervisión del Dr. Miguel Marín Tejeda.



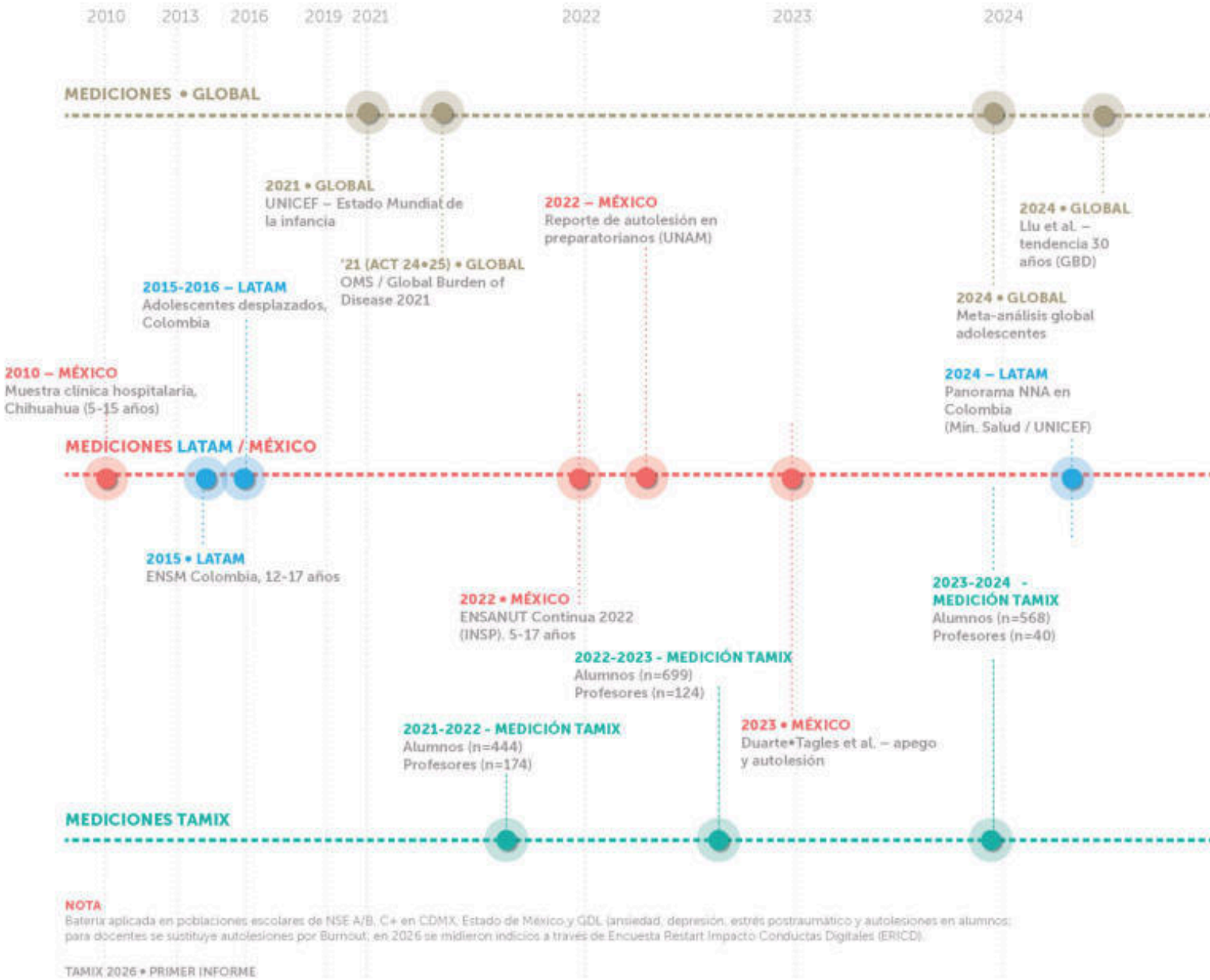
MEDICIONES COMPARATIVAS

MEDICIONES COMPARATIVAS

Cronología comparativa 2010 – 2026: Mediciones internacionales (Global, LATAM y México) sobre salud emocional, en paralelo con las realizadas a través de la plataforma Tamix a población infantil, adolescente y docente.

Tamix · Global · LATAM · México

Entrega de informe

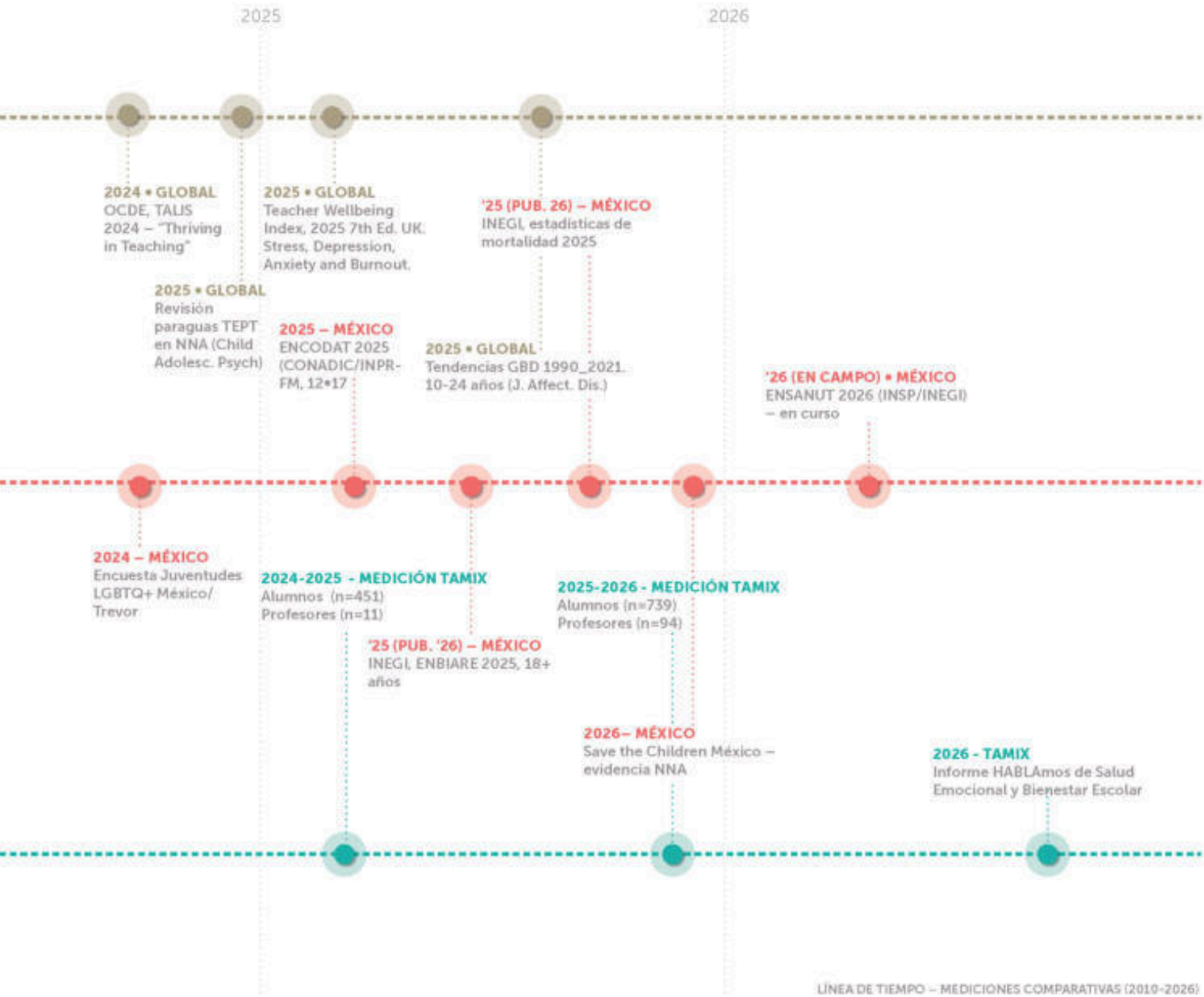


NOTA

Batería aplicada en poblaciones escolares de NSE A/B, C+ en CDMX, Estado de México y GDL (ansiedad, depresión, estrés postraumático y autolesiones en alumnos; para docentes se sustituye autolesiones por Burnout; en 2026 se midieron indicios a través de Encuesta Restart Impacto Conductas Digitales (ERICD).



FUENTE
Elaboración propia a partir de las referencias descritas en la página 34 "Mediciones Comparativas".



LÍNEA DE TIEMPO – MEDICIONES COMPARATIVAS (2010-2026)

MEDICIONES COMPARATIVAS: MUNDIAL, LATAM Y MÉXICO

Como referencia comparativa de los resultados de este informe, se resume a continuación las mediciones más recientes disponibles (2023-2026) para las cuatro condiciones evaluadas por Tamix en alumnos, a nivel mundial, LATAM y México.

Condición	Mundial	LATAM	México
Ansiedad	4.1% (10-14 años) 5.3% (15-19 años) OMS/GBD 2021 (act. 2024-2025). Tendencia al alza sostenida 1990-2019.	5.0% vida 3.5% último año (12-17 años) Colombia, ENSM 2015. Ansiedad + depresión = 47.7% de los diagnósticos en NNA 10-19 años (UNICEF, 2021).	~7% con síntomas de ansiedad (5-17 años) ENSANUT Continua 2022. 34.6% de las consultas de salud mental (5-19 años, 2024) fueron por ansiedad, concentradas en 10-14 años (53.3%)
Depresión	1.3% (10-14 años) 3.4% (15-19 años) OMS/GBD 2021 (act. 2024-2025). Tendencia al alza 1990-2021, agravada tras COVID-19.	2.9% vida 1.2% último año (12-17 años) Colombia, ENSM 2015.	445.8% con ≥1 síntoma depresivo (10-19 años) ENSANUT Continua 2022 (CES-D-7); ~4% con depresión clínica (5-17 años). 20.5% de las consultas de salud mental (2024) por depresión, predominando en 15-19 años (52.6%)
TEPT	25% en menores expuestos a trauma (IC95% : 20-30%) revisión paraguas 2025 (121,333 participantes). 17% en estudios de hace 5+ años vs. 28% en estudios recientes.	5.7% en el último año (jóvenes desplazados) Colombia, 2015-2016. LATAM carece de encuestas poblacionales representativas de TEPT en 12-17 años.	51% de las consultas de salud mental fueron por TEPT (muestra clínica hospitalaria, 5-15 años) Hospital Infantil de Chihuahua, n=125, dato de 2010 (no poblacional). No existe encuesta nacional representativa de TEPT en adolescentes mexicanos.
Autolesión no suicida	17.7% (10-19 años) meta-análisis JAMA Network Open 2024 (24 estudios, 17 países). Brecha de sexo: 21.4% mujeres vs. 13.7% hombres.	Evidencia fragmentada; sin meta-análisis regional. Señalada como brecha de investigación prioritaria.	14.8%-14.83% (13-20 años, estudios locales: Hermosillo n=433; San Luis Potosí n=593, mujeres 23.9% vs. hombres 5.7%). 75% en jóvenes LGBTQ+ 13-24 años (subpoblación de alto riesgo, no representativa).

Fuente: Informe_Salud_Mental_Adolescente_12-17_Mundial_LATAM_Mexico (elaborado 17-ago-2026), con base en OMS/GBD 2021, UNICEF (2021), ENSM Colombia 2015, ENSANUT Continua 2022, meta-análisis JAMA Network Open 2024 y revisión paraguas 2025, "Teacher Wellbeing Index, 2025 9ª Ed. Education Support. United Kindom", entre otras fuentes citadas en la sección de Referencias. Las cifras usan metodologías e instrumentos distintos entre sí y no son directamente equivalentes a los puntos de corte clínicos usados por Tamix (ver Metodología); se presentan como marco de referencia, no como cifras directamente comparables.



DISCUSIÓN Y PERSPECTIVA

"... las herramientas analíticas no son intrínsecamente efectivas o riesgosas; su valor depende enteramente de la brújula ética de su implementación y aprovechamiento... para transformar el dato aislado en política pública institucional."

SALUD EMOCIONAL, DISCUSIÓN O SOLUCIÓN

La propuesta de este informe radica en la premisa del valor de mirar a tiempo y acortar distancias. Los datos presentados, respaldados por una base de registros amplia y detallada, se convierten a partir de hoy en nuestra referencia oficial, y lejos de ser sólo números alarmantes, son en conjunto, una herramienta de precisión que busca explicar de forma tangible por qué lo que hacemos en los colegios es tan necesario. Analicemos el panorama de la población evaluada:

El efecto radar: Por qué nuestros números se ven más altos. Al observar que los porcentajes de riesgo alto en ansiedad (15.3%) o estrés postraumático (14.5%) superan a los de algunas encuestas nacionales, es natural preguntarse si la muestra está "más enferma". La respuesta es no. Las encuestas tradicionales suelen medir **diagnósticos clínicos** ya establecidos, mientras que nuestra metodología es un **tamizaje de alta sensibilidad**. Somos un radar diseñado intencionalmente para captar síntomas sutiles mucho antes de que crucen el umbral de un trastorno formal. Es la misma razón por la que encuestas nacionales recientes descubren que casi la mitad de los adolescentes (45.8%) reporta al menos un síntoma depresivo, aunque solo un 4% tenga un diagnóstico médico (Vázquez-Salas et al., 2023, ENSANUT Continua 2022). Nuestro trabajo es preventivo *"estamos detectando el humo antes de que haya fuego"*.

Autolesiones: Nombrando lo que suele ser invisible. Los niveles de riesgo alto presentados en autolesiones (26.9%) superan las medias internacionales y locales (17.7% a nivel mundial, según el metaanálisis de Moloney et al., 2024; alrededor de 15% en estudios locales en México; ver Mediciones Comparativas), pero ofrecen un mapa de acción inédito. Por primera vez, sabemos exactamente qué buscar: las conductas que lideran esta alerta no son las más dramáticas, sino acciones que fácilmente pasan por accidentes o malos hábitos, como **interferir con la sanación de heridas** y **golpearse**. En un contexto latinoamericano donde esta información suele ser escasa, estos datos son oro puro para entrenar a nuestros equipos. Nos indican que la observación en el aula debe ser más fina y orientada a los detalles del día a día, no solo a buscar marcas evidentes de cortes o quemaduras, que, por su naturaleza, suelen ser las menos frecuentes y los resultados lo confirman.



La paradoja del bienestar docente. Los profesores no están clínicamente deprimidos, ni crónicamente ansiosos. Están funcionalmente exhaustos. Uno de cada cuatro presenta Burnout severo, una cifra que exige rediseño operativo, no terapia, clínica.

La paradoja docente: Agotamiento laboral, no despersonalización. Los resultados que arrojan los educadores revelan una historia de vocación al límite de sus fuerzas. Mientras que casi el 25% presenta un riesgo alto de *burnout*, los factores asociados a depresión y ansiedad clínica son mínimos (menos del 3%). Esto significa que el malestar docente no es una psicopatología generalizada, sino una reacción directa a su entorno de trabajo. El agotamiento emocional es el epicentro del problema, mientras que su eficacia y conexión con los alumnos se mantienen estables. En línea con tendencias internacionales (OCDE, TALIS 2024), vivimos una "paradoja del bienestar": la mayoría de los profesores sigue amando lo que hace, pero la carga los está vaciando. La intervención aquí, en principio, debe ser administrativa y de descarga de tareas, no de corte clínico.

El rescate de una década: El verdadero propósito de evaluar. Quizá el hallazgo de contexto más impactante es comprender **cuánto tiempo ahorramos** con estas evaluaciones. En México y el mundo, las personas tardan años en atreverse a pedir ayuda profesional (Borges et al., 2007; Wang et al., 2007). Cuando un trastorno del estado de ánimo comienza en la edad adulta, la persona tarda menos de dos años en ir a consulta (1.8 años en promedio). Pero **cuando los síntomas inician en la niñez o adolescencia, el silencio dura en promedio 10.6 años (Benjet et al., 2004).**

Esa década de latencia, documentada por investigaciones nacionales, es exactamente lo que nuestro programa busca erradicar. No evaluamos para etiquetar a los alumnos; evaluamos porque esperar a que un adolescente levante la mano por sí mismo significa condenarlo a diez años de sufrimiento solitario.



MEDIR

PARA PREVENIR

Hablar de salud emocional en las escuelas suele generar resistencias legítimas: ¿hasta qué punto medir es etiquetar?, ¿cuándo la recolección de datos se convierte en una intromisión a la privacidad? Para responder con madurez, debemos mirar de frente la **paradoja del algoritmo**.

En la actualidad, la tecnología que consumen nuestras comunidades escolares está optimizada milimétricamente para capturar su atención mediante estímulos de recompensa variable y bucles de desplazamiento infinito. Grandes investigaciones periodísticas y testimonios ante cuerpos legislativos (Wall Street Journal, 2021; testimonio de F. Haugen ante el Senado de EE. UU., 2021), así como la advertencia oficial del Cirujano General de EE. UU. (2023), han documentado que este diseño comercial prioriza el enganche por encima del bienestar emocional, cobrando una factura tangible en términos de ansiedad y de autoimagen de los usuarios, principalmente jóvenes.

Sin embargo, las herramientas analíticas no son intrínsecamente malvadas; su valor depende enteramente de la brújula ética de su implementación y aprovechamiento, ya que la misma capacidad matemática para detectar patrones de comportamiento puede orientarse hacia el propósito opuesto: **la detección temprana y el cuidado preventivo**. Programas de gran escala en el sector salud y de bienestar (como el modelo REACH VET en veteranos de Estados Unidos; McCarthy et al., 2021) han demostrado que anticiparse al riesgo mediante modelos analíticos bien supervisados reduce de forma efectiva las crisis agudas y orienta los recursos humanos hacia donde de verdad se necesitan.

Llevar esto al ámbito escolar significa **transformar el dato aislado en política pública institucional**. Cuando un colegio deja de ver el malestar como un "caso aislado del alumno problemático" y empieza a leerlo como un indicador colectivo de su clima psicoemocional, las decisiones cambian: se rediseñan las cargas de tareas, se establecen filtros de apoyo para profesores abrumados, se regulan los entornos digitales y se abren espacios de escucha antes de que la ideación suicida o el burnout alcancen puntos de no retorno.

La analítica predictiva en educación no busca sustituir el criterio humano ni convertir al orientador en un autómata; su misión es justo la contraria: dotar al equipo psicopedagógico de un mapa oportuno para llegar a tiempo. Porque cuando medimos con rigor científico, pero aplicamos con calidez humana, el dato deja de ser un número frío en un informe confidencial y se convierte en contención y acompañamiento oportunos para un alumno o un maestro que los necesita.

RIESGO DIGITAL POR PLATAFORMA Y DESVELO

Los datos sobre los hábitos de sueño y el consumo digital nocturno ofrecen una pieza clave para entender el rompecabezas del bienestar en la población evaluada. Desde un enfoque cognitivo-conductual, sabemos que la higiene del sueño es el cimiento de la regulación emocional; sin el descanso adecuado (Palmer & Alfano, 2017), los recursos mentales para tolerar la frustración, concentrarse o manejar el estrés simplemente colapsan.

1. La barrera protectora en la infancia (Primaria). En este análisis, en Primaria Baja y Alta, observamos un panorama alentador: la mayor parte de los alumnos logra mantener sus límites y reporta no sacrificar sus horas de sueño por el uso de dispositivos. Cuando el desvelo llega a ocurrir en estas edades, está motivado principalmente por un consumo digital de perfil pasivo enfocado en el entretenimiento, como ver series, películas o consumir videos en plataformas de contenido. Esto sugiere que la supervisión y las rutinas familiares aún ejercen un factor protector importante sobre el descanso en la infancia.

2. La disrupción social en la adolescencia (Secundaria). Al transitar a la Secundaria, el escenario experimenta un giro significativo. La barrera protectora del sueño desciende, revelando que la mayoría de los adolescentes está perdiendo horas vitales de descanso frente a las pantallas. Más importante aún es el cambio en la naturaleza de la actividad: el principal motivador del desvelo deja de ser el entretenimiento pasivo y se convierte en la interacción constante a través de las redes sociales. Desde nuestra perspectiva, esto refleja cómo la necesidad adolescente de pertenencia y la presión por estar "siempre conectados" generan un estado de alerta cognitiva nocturna que compite directamente con su necesidad biológica de dormir; la literatura asocia el uso nocturno de redes sociales en adolescentes con peor calidad de sueño, más ansiedad y síntomas depresivos (Woods & Scott, 2016).

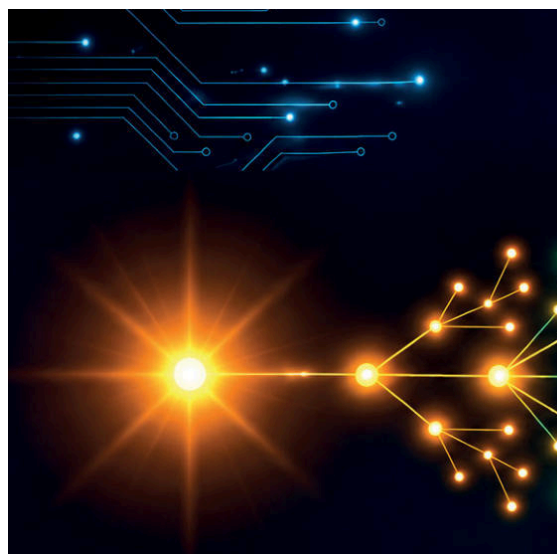
3. El contraste en los hábitos de desconexión docente. Los hábitos de los colaboradores muestran una dicotomía muy interesante que merece atención. Por un lado, los profesores de Secundaria destacan por lograr proteger su descanso frente a la tecnología, reportando la mayor proporción de hábitos saludables libres de desvelo digital. En contraste, los docentes de Primaria presentan el escenario opuesto: son el grupo más vulnerable a la pérdida de sueño por el uso de pantallas, recurriendo de forma predominante al consumo de series durante la madrugada.

Conductualmente, esto suele interpretarse como un mecanismo de compensación, descrito en la literatura como "procrastinación del sueño" (Kroese et al., 2014); un intento de recuperar tiempo personal y desconectarse pasivamente tras jornadas laborales de altísima demanda afectiva, terminando por sacrificar su propio descanso para lograrlo.

Si conectamos esta privación de sueño con los niveles de irritabilidad en alumnos y el agotamiento emocional en maestros que vimos en los gráficos anteriores, queda claro que la sobreexposición nocturna a las pantallas está cobrando una factura anímica muy alta.

De lo individual a lo colectivo: cuando el dato se vuelve política pública

A la escala de una sola institución educativa, el valor de este tipo de análisis es relativamente intuitivo: un psicopedagogo escolar revisa el informe individual o grupal de su comunidad, identifica quién requiere seguimiento y actúa. Pero la misma lógica, aplicada a un universo mucho más grande —una zona escolar, un municipio, un estado—, **deja de ser un informe de consulta puntual y se convierte, potencialmente, en insumo de política pública**: en vez de describir el malestar de una escuela, puede describir con razonable fidelidad la situación de una generación completa, y permitir que la asignación de recursos de salud mental, la focalización de programas de prevención o el diseño de protocolos escolares dejen de basarse en percepción o anécdota y se apoyen en evidencia poblacional sistemática.



"... deja de ser un informe de consulta puntual y se convierte, potencialmente, en insumo de política pública."

Esta transición de lo individual a lo macro no es solo una aspiración: existen programas reales, en dominios distintos al de la salud mental escolar, que ya intentaron dar ese salto usando analítica de datos para prevenir daño a escala poblacional. Conviene revisarlos con honestidad —incluyendo los que no funcionaron como se esperaba— porque la lección más importante que dejan no es "la analítica de datos previene daño", sino en qué condiciones lo hace, y bajo cuáles, en cambio, profundiza el problema que pretendía resolver.

Caso. Analítica de datos y reducción del delito: evidencia real, con matices.

El uso de datos georreferenciados para dirigir recursos de seguridad pública a "puntos calientes" (hot spots) de incidencia delictiva cuenta con una de las bases de evidencia más sólidas dentro de la criminología basada en datos: una revisión sistemática y metaanálisis de decenas de estudios controlados (Braga, Turchan, Papachristos & Hureau, 2019) encuentra evidencia robusta de reducción del delito en las zonas intervenidas, sin el desplazamiento significativo hacia



zonas vecinas que históricamente se temía —es decir, el beneficio no solo se traslada de un lugar a otro, sino que en conjunto disminuye.

Pero el mismo campo ofrece contraejemplos igual de documentados. La "Strategic Subjects List" del Departamento de Policía de Chicago (2012-2020) usó un puntaje algorítmico individual de riesgo de violencia armada basado en historial de arrestos; una evaluación independiente de RAND Corporation (Saunders, Hunt & Hollywood, 2016) no encontró un efecto significativo en reducir víctimas de disparos, y una investigación de la propia Oficina del Inspector General de la ciudad documentó sobredependencia en arrestos sin condena posterior —el programa se archivó en 2020—. En Los Ángeles, los programas LASER y PredPol del LAPD, con objetivos similares, fueron discontinuados en 2019 y 2020, respectivamente, después de una auditoría del Inspector General de la Policía (2019) que halló inconsistencias en cómo se seleccionaba y mantenía a las personas dentro del sistema y datos insuficientes para medir su efecto en el delito. En ambos casos, organizaciones de derechos civiles señalaron el riesgo de que un modelo entrenado con datos históricos de vigilancia desigual termine replicando —y no corrigiendo— ese mismo sesgo.

En Medellín, el Sistema de Información para la Seguridad y la Convivencia (SISC), institucionalizado en 2017, integra series históricas de homicidios, hurtos y violencia intrafamiliar con modelado geográfico y encuestas de victimización como infraestructura permanente de política pública de seguridad. Es un ejemplo real de analítica de datos institucionalizada a escala de ciudad, aunque —con honestidad metodológica— no existe una evaluación causal independiente que aísle cuánto de la reducción histórica del delito en la ciudad es atribuible específicamente a ese sistema de información, frente al conjunto mucho más amplio de política urbana y social del que forma parte.

La analítica de datos aplicada a la prevención no es intrínsecamente efectiva ni intrínsecamente riesgosa — lo es en la medida en que los datos de entrada sean representativos (no un historial ya sesgado), el modelo se audite de forma independiente y periódica, y exista supervisión humana con capacidad real de corregir o desactivar el sistema. Las mismas tres condiciones son, no por casualidad, las que ya rigen el diseño de un programa de tamizaje como Tamix: versiones de instrumentos validados, puntos de corte documentados y revisión profesional de cada alerta (ver Metodología).

Caso. Analítica predictiva y riesgo psicoemocional: el caso más sólido, y sus límites

El programa REACH VET de la Veterans Health Administration de Estados Unidos es, hasta donde permite verificar la evidencia disponible, el caso mejor documentado de analítica predictiva aplicada específicamente a prevención de suicidio a escala poblacional. Desde 2017, un algoritmo validado identifica al 0.1% de pacientes del sistema con mayor riesgo estadístico (una tasa aproximadamente 30 veces la de la población general atendida), y coordinadores clínicos son alertados para intensificar el seguimiento de esas personas. Una evaluación pre/post publicada en 2021 sobre 173,313 personas (McCarthy et al., 2021, JAMA Network Open) encontró una reducción del 5% en intentos de suicidio documentados, junto con más planes de seguridad completados y menos hospitalizaciones psiquiátricas de urgencia. Y aunque la misma evaluación no encontró diferencias significativas en mortalidad por suicidio ni en mortalidad general, una limitación real que estadísticamente no se debe omitir, en términos de vidas humanas, un porcentaje no es representativo ni equivalente a salvar una sola vida a través de la prevención oportuna.

En el ámbito escolar, los "Early Warning Systems" (sistemas de alerta temprana) usados por cientos de distritos en Estados Unidos combinan indicadores de asistencia, conducta y calificaciones para marcar riesgo de abandono escolar, y en algunos distritos se extienden a riesgo socioemocional. La evidencia de que predicen razonablemente bien el abandono escolar es consistente, pero un estudio del Institute of Education Sciences encontró que esos mismos indicadores no siempre son igual de precisos para todos los subgrupos de estudiantes (por ejemplo, aprendices de inglés como segunda lengua) — un recordatorio de que un sistema de alerta calibrado sobre una población puede no generalizar igual de bien a otra sin recalibración.

Cabe mencionar que en la búsqueda realizada para este informe, no se encontró un programa gubernamental mexicano (SEP, Secretaría de Salud, IMSS o equivalente estatal) documentado públicamente que aplique analítica poblacional de riesgo psicoemocional con un resultado medido de reducción de autolesión o suicidio a escala. Esto se señala aquí sólo como un hecho: un vacío de evidencia en la región, no como ausencia de necesidad. Es, en ese sentido, precisamente el espacio que una base de datos longitudinal como la que sostiene este informe —anonimizada, con métricas validadas y documentadas institución por institución (ver Metodología)— podría empezar a cubrir si, con las salvaguardas éticas y legales que corresponden (consentimiento informado, agregación que impida la reidentificación, supervisión profesional humana de cada alerta), se ampliara de la escala de una comunidad escolar a la de una zona, un municipio o un estado.

CONCLUSIONES

Este primer informe interanual (no diagnóstico) reconstruye, a nivel de reactivo individual, la base de datos consolidada de la medición por Tamix (3,344 registros). El apartado de **Análisis por Dimensión**, posible únicamente gracias a esta desagregación, identifica en qué componente específico de cada instrumento se concentra el riesgo, en vez de reportar solo el puntaje total.

- Los niveles de riesgo Alto en Ansiedad, Depresión, TEPT y Autolesiones en la población de alumnos siguen siendo consistentemente más elevados que las prevalencias de referencia internacional, en línea con la naturaleza de tamizaje (no diagnóstica) del instrumento.

- En Ansiedad, el componente mental domina sobre el físico tanto en alumnos como en docentes — un hallazgo nuevo de este informe, no visible en el puntaje total de Ansiedad obtenido en resultados generales de riesgo.

- Dos de cada diez de los alumnos evaluados (23.1%) reporta algún grado del indicador de ideación suicida (2.8% en riesgo medio o alto) — un hallazgo que, por su relevancia clínica (aproximación), se señala aquí de forma explícita como un componente que merece protocolo de seguimiento propio, independientemente del puntaje total de Depresión.

- El Burnout es, proporcionalmente, el hallazgo más marcado en la población docente, y el nuevo desglose por sub-escala confirma que el Agotamiento Emocional —no la Despersonalización ni la Autoeficacia— es el componente que concentra ese riesgo, orientando con mayor precisión al tipo de intervención recomendable.

- Dentro de Autolesiones, "Interferir con la sanación de heridas" y "Golpearse" muestran la mayor proporción de riesgo Alto entre las 12 conductas evaluadas — información no disponible en el análisis de riesgo basado únicamente en las conductas de alto impacto (cortarse, golpearse y quemarse).

- Casi la mitad de los alumnos evaluados con la batería completa (46.7%) presenta riesgo Medio o Alto simultáneo en dos o más instrumentos, lo que sugiere la conveniencia de protocolos de seguimiento que consideren correlación, no solo el resultado de un instrumento aislado.



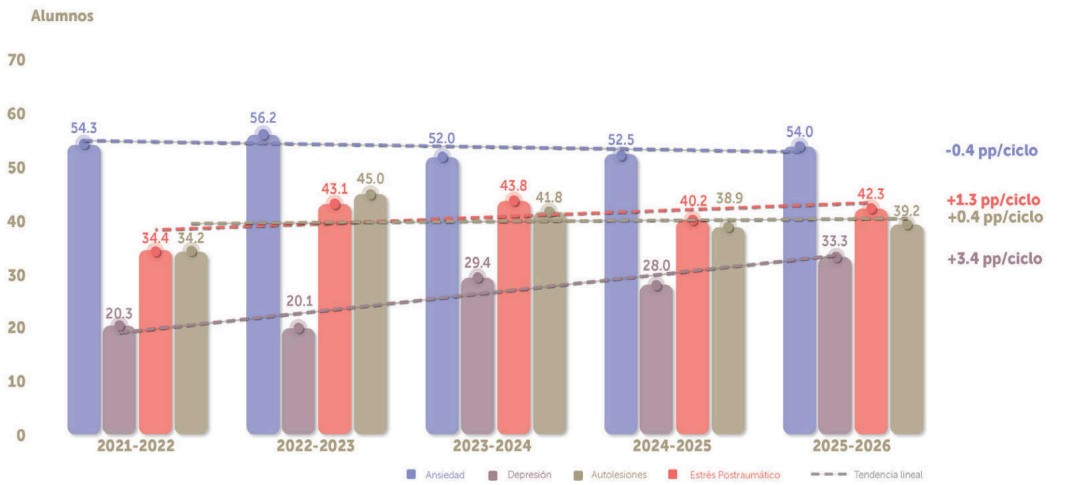
ESTADÍSTICA Y METODOLOGÍA

"El arte radica en entrelazar la precisión analítica con el contexto del aula; para convertir los datos aislados y fríos en una herramienta dinámica de bienestar escolar."

TENDENCIAS INTERANUALES

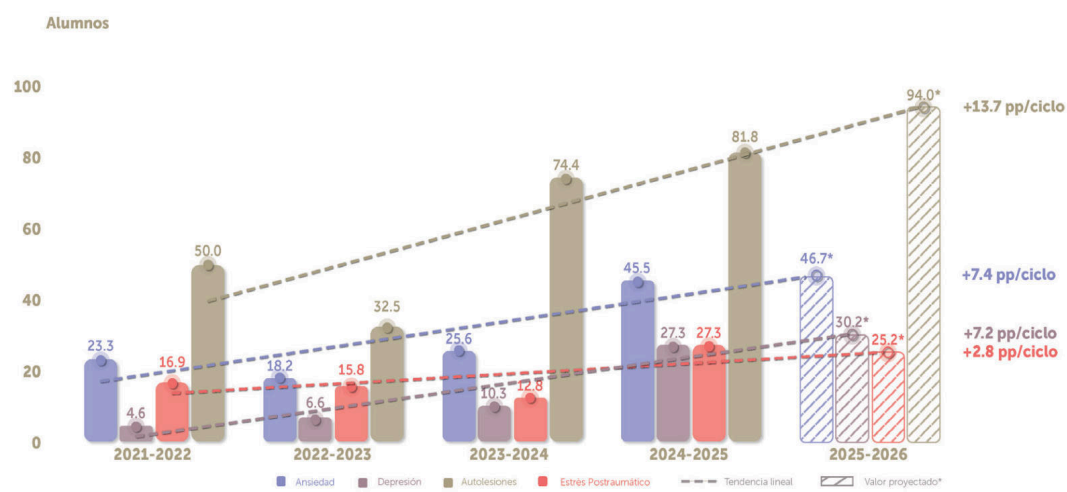
RIESGO MEDIO + ALTO POR CICLO ESCOLAR – ALUMNOS Y PROFESORES

% DE REGISTROS EN NIVEL DE RIESGO MEDIO O ALTO (SUMA), CON LÍNEA DE TENDENCIA LINEAL POR INSTRUMENTO (BATERÍA TAMIX)



% EN RIESGO MEDIO + ALTO

N POR CICLO: 330-688 (2025-2026: 125-139)



% EN RIESGO MEDIO + ALTO

N POR CICLO: 77-148 EN 2021-2023; 39 EN 2023-2024; 11 EN 2024-2025; 2025-2026 PROYECTADO (SIN MEDICIONES)

**Profesores 2025-2026: no hay mediciones de profesores en ese ciclo: los valores proyectados (Ansiedad 46.7%, Depresión 30.2%, Estrés Postraumático 25.2%, Burnout94.0%) se obtienen de la tendencia lineal de 2021-2025 de cada instrumento y no son datos observados. La tendencia de Profesores descansa en muestras muy pequeñas desde 2023-2024 (39 y 11 registros); léase con cautela.*

pp/ciclo = puntos porcentuales por ciclo; no un cambio porcentual relativo, sino una suma/resta directa sobre el porcentaje total y representa la aceleración con la que crecen los datos. Los ciclos 2024-2025 y 2025-2026 tienen muestra Tamix reducida (450 y 139 registros respectivamente) frente a los ciclos anteriores, ya que a partir de 2025-2026 buena parte de la población se evaluó con ERICD en vez de con la batería Tamix completa; las variaciones de esos dos últimos ciclos deben interpretarse con esa limitación de tamaño de muestra en mente.

Esta sección presenta una síntesis cronológica de cinco ciclos para Ansiedad, Depresión y TEPT, así como la tendencia del porcentaje de registros en niveles de riesgo Medio + Alto. Se suman porque es la zona donde suele concentrarse la oportunidad de intervención preventiva antes de que un caso escale a Alto.

1. Todas las condiciones tienen una **tendencia positiva** (+): en la población estudiada, la proporción en riesgo Medio + Alto tiende a aumentar con el paso de los ciclos, sin señales de estabilización.

2. **Prioridad por velocidad de crecimiento:** La **depresión** es la variable de mayor preocupación por su aceleración (+4.5 pp/ciclo), seguida por el **estrés postraumático** (+2.3 pp/ciclo) y la **ansiedad** (+1.9 pp/ciclo).

Si se observa únicamente el riesgo Alto, Ansiedad y TEPT muestran variaciones moderadas año con año, más consistentes con fluctuación de muestra que con un cambio estructural; Depresión, en cambio, aumenta de forma gradual tanto en riesgo Alto como en Medio. Al sumar Medio + Alto, las

tres condiciones crecen, en línea con la tendencia de incremento sostenido documentada a nivel mundial (ver Hallazgos y sucesos comparativos), con dos salvedades: el horizonte temporal es más corto (5 ciclos vs. 30 años) y los dos últimos ciclos tienen muestra reducida.

En los tres instrumentos y en todos los ciclos, el nivel Medio es mayor que el nivel Alto: en volumen de usuarios es el grupo más numeroso después de Bajo.

En palabras simples:

"Medio" no significa "sin problema" — es el grupo de alumnos o docentes que el tamizaje ubica en una zona de alerta intermedia, ni tan baja como para descartar seguimiento ni tan alta como para requerir atención inmediata. Por eso conviene mirarlo junto con Alto y no solo de forma aislada: un ciclo con "Alto" estable, pero "Medio" creciendo puede ser una señal temprana antes de que el problema escale.

BRECHA DE SEXO – % EN RIESGO MEDIO + ALTO, MUJERES VS. HOMBRES



BRECHA POR SEXO

La gráfica compara directamente el porcentaje de riesgo Medio + Alto de mujeres y hombres en cada medición, junto con la brecha entre ambos en puntos porcentuales. Cuando la diferencia es positiva, el riesgo es mayor en mujeres; cuando es negativa**,** es mayor en hombres; si es **cero**, no hay diferencia. En alumnos, la brecha más amplia a favor de las mujeres está en Ansiedad, seguida, prácticamente empatadas, de Depresión y Estrés Postraumático; las tres son estadísticamente significativas. Por su parte, en Autolesiones la diferencia no es significativa y el riesgo es ligeramente mayor en hombres. En **profesores** ninguna brecha es significativa; la más amplia es la de Burnout.

CORRELACIÓN ENTRE INSTRUMENTOS

Esta sección explora la relación entre instrumentos dentro de una misma evaluación, es decir, únicamente instrumentos que forman parte de una misma aplicación/registro de un alumno o docente.

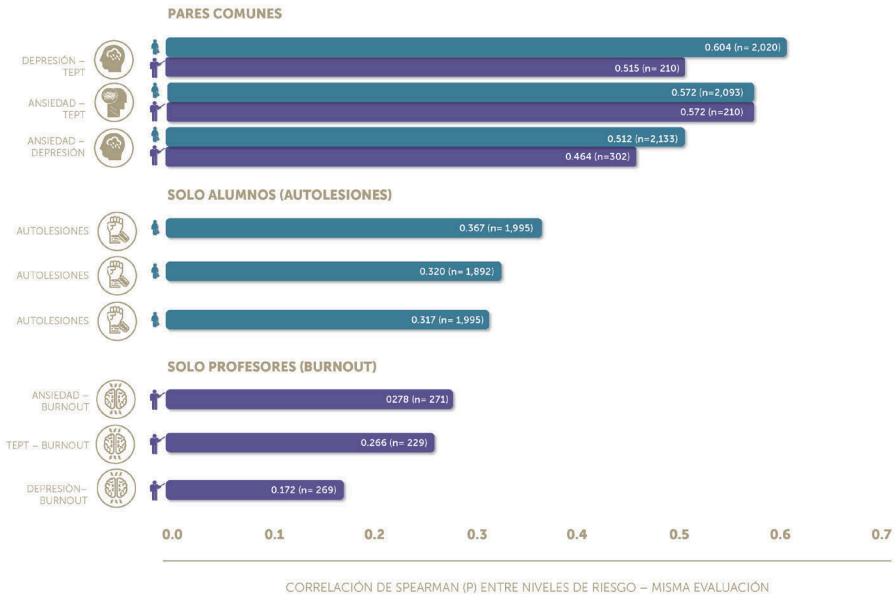
En palabras simples:

Se mide si dos instrumentos "se mueven juntos" en la misma persona: cuando alguien puntúa alto en uno, ¿tiende también a puntuar alto en el otro? Se expresa en una escala de -1 a 1: cerca de 1 es "van muy de la mano", cerca de 0 es "no hay relación clara" y los valores negativos indican que van en direcciones opuestas. Se usa una variante (Spearman) pensada para cuando se compara el nivel de riesgo Bajo/Medio/Alto en vez del puntaje exacto. **Importante**: Correlación no es causa, solo indica que tienden a presentarse juntos.

Correlación de Spearman entre el nivel de riesgo (Bajo=0/Medio=1/Alto=2; en Autolesiones, Sin riesgo=0/Bajo=1/Medio=2/Alto=3) de cada par de instrumentos, calculada sobre los registros de la batería Tamix completa (n hasta 2,901) que cuentan con ambos valores.

CORRELACIÓN ENTRE INSTRUMENTOS – ALUMNOS VS. PROFESORES

PARES ORDENADAS DE MAYOR A MENOR FUERZA DE ASOCIACIÓN DENTRO DE CADA BLOQUE



Alumnos. Ansiedad, Depresión y TEPT están fuertemente relacionadas entre sí, en línea con la comorbilidad reportada por casi la mitad de los alumnos con batería completa presenta riesgo Medio o Alto en dos o más instrumentos. Autolesiones se relaciona de forma moderada con los otros tres; aunque comparte parcialmente el malestar emocional, se expresa de forma distinta.

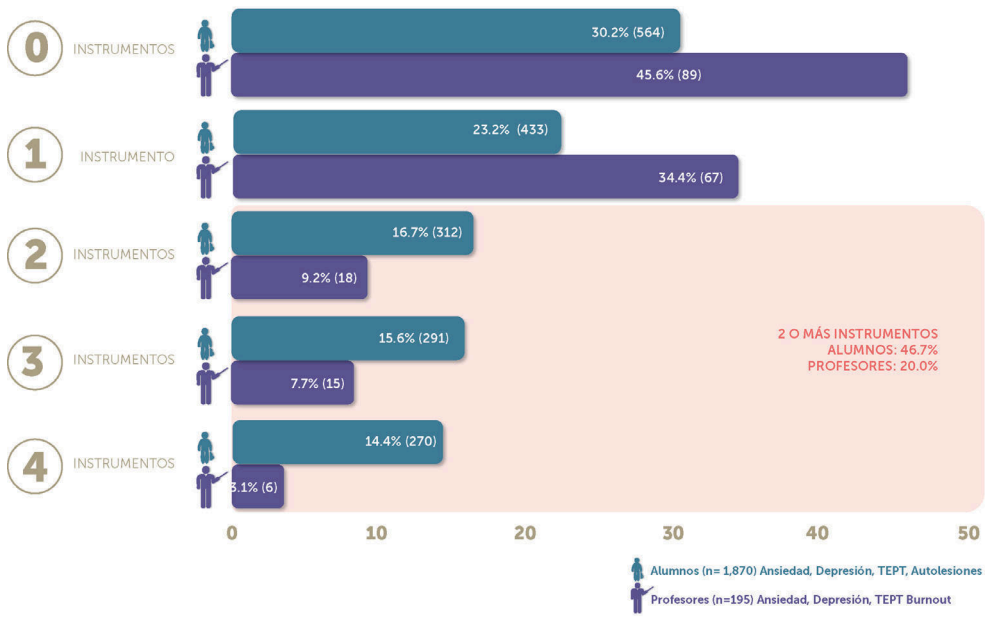
Profesores. La relación entre Ansiedad, Depresión y TEPT es aún más fuerte que en Alumnos. El Burnout también se relaciona con los tres, sobre todo el Agotamiento Emocional. La Autoeficacia se relaciona en sentido negativo con todo lo demás, lo esperado en esta subescala: a mayor malestar, menor sensación de eficacia en el trabajo.

COMORBILIDAD ENTRE INSTRUMENTOS

Entre los 1,870 alumnos y los 195 profesores con la batería Tamix completa (cuatro instrumentos), en los que cada registro se ubicó en nivel de riesgo Medio o Alto, cerca de la mitad de los alumnos lo hicieron de forma simultánea en dos o más instrumentos, y menos del 15% lo presenta en los cuatro; en profesores la proporción es de 20% dos o más instrumentos y solo tres de cada cien, en los cuatro.

Es decir, en los alumnos el riesgo rara vez se presenta de forma aislada, mientras que en los docentes tiende a concentrarse en un solo instrumento, casi siempre Burnout (59 de los 67 docentes con un solo instrumento en riesgo, y 36 de los 39 con dos o más). Si se considera únicamente el nivel Alto, la proporción con dos o más instrumentos es de 16.2% en alumnos y 3.1% en profesores. Para comparar ambos grupos sobre la misma base, la comorbilidad se calcula solo con los registros que respondieron los cuatro instrumentos de su grupo.

COMORBILIDAD – RIESGO MEDIO + ALTO SIMULTÁNEO, ALUMNOS VS. PROFESORES



Nota: número de instrumentos con nivel de riesgo Medio o ALto por registro; solo registros con los 4 instrumentos de su grupo (batería completa). La banda sombreada agrupa los registros con riesgo Medio o Alto en dos o más instrumentos.

ANEXO METODOLÓGICO

Metodología. Fuentes de datos (Base Datos Origen). Este informe y los datos de informes individuales que lo conformaron **no identifican patologías**; los resultados **no son equiparables a un diagnóstico clínico** y no sustituyen una evaluación clínica individualizada. El informe se construyó a partir de las fuentes originales del sistema Tamix v.5.0: 11 exportaciones CSV de sesiones individuales (ciclos 2021-2022 a 2025-2026), en las que cada fila corresponde a una evaluación, decodificadas a nivel de reactivo. Cada una de ellas recibió un tratamiento ETL de JSON (Extract, Transform, Load) para transformarlos a una estructura limpia para el análisis estadístico de la metodología Tamix utilizada en informes individuales previos; el tratamiento algorítmico fue procesado en distintas etapas en estructuras propias diseñadas para Claude Work y Gemini Pro; todos los cálculos derivados fueron validados en auditoría externa a través de **SPSS** (Statistical Package for the Social Sciences de IBM) por el **Dr. Miguel Marín Tejeda**, líder técnico del proyecto y garante de los datos estadísticos y paramétricos presentados, así como de las adaptaciones de cada instrumento utilizadas en las mediciones: Inventario de Ansiedad de Beck BAI (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988); Inventario de Depresión de Beck BDI (Beck, Steer & Garbin, 1988); Inventario de Afirmaciones acerca de Autolesiones [ISAS-I] (Klonsky y Glenn, 2009); Índice de Reacción de Estrés Postraumático Infantil de Pynoos [CPTS-RI] (Child Posttraumatic Stress Reaction Index; Pynoos et al., 1987); Inventario Maslach de Burnout para personal de salud [MBI-HSS (Human Services Survey)]. La versión en castellano empleada para este trabajo fue proporcionada por Gascón y adaptada por Marín. Este informe y los datos de informes individuales que lo conformaron no identifican patologías; los resultados no son equiparables a un diagnóstico clínico y no sustituyen una evaluación clínica individualizada.

Clasificación unificada de nivel de riesgo. Para comparar instrumentos con escalas distintas entre sí y con ERICD (que solo reporta Bajo/Medio/Alto), todas las escalas se agruparon en 3 niveles usando los puntos de corte oficiales de cada instrumento: **Ansiedad** (BAI): Bajo 0-15 | Medio 16-30 | Alto 31+; **Depresión** (BDI): Bajo 0-18 | Medio 19-29 | Alto 30+; Estrés Postraumático (Pynoos / CPTS-RI): Bajo 0-24 | Medio 25-39 | Alto 40+; Autolesiones (ISA): Sin riesgo 0 | Bajo 1 | Medio 2-4 | Alto 5+; Burnout (MBI): Agotamiento (Bajo 0-16 | Medio 17-26 | Alto 27+); Despersonalización (Bajo 0-6 | Medio 7-12 | Alto 13+); Autoeficacia invertida (Bajo 39+ | Medio 32-38 | Alto 0-31). **Cómo se determina el nivel.** Autolesiones: se toma el nivel más alto entre Cortarse, Quemarse y Golpearse. Burnout: se toma el nivel más alto entre sus tres sub-escalas. En Autoeficacia la escala va al revés: un puntaje bajo significa riesgo alto. Nivel de Riesgo General: es el nivel más alto entre todos los instrumentos que tiene cada registro. En palabras simples: cada cuestionario da un puntaje y ese puntaje cae en uno de tres niveles. Bajo: sin indicios relevantes. Medio: una señal de alerta que conviene vigilar. Alto: requiere atención prioritaria. Los puntos de corte son los del propio instrumento. Este informe solo los pasa a una escala común para poder compararlos. **Verificación**: En la auditoría externa los puntos de corte coinciden en los cinco instrumentos con el código de clasificación y con los gráficos de Resultados.

Resumen general. N calculada. 3344 registros totales; **3277** ID Usuario únicos; **67** IDs repetidos; **134** Registros de IDs repetidos. *Un "ID repetido" es un ID Usuario con más de un registro (p. ej., evaluado en dos ciclos o con dos instrumentos). No es un error de captura, sino lo esperado en un programa de tamizaje longitudinal.* **Anonimización.** La base de datos no conserva nombres de personas ni de instituciones: el único diferenciador es el ID Usuario, acompañado de un código anónimo de colegio. El sexo se tomó del campo de género de las fuentes cuando existía (homologando las codificaciones H/M y M/F) y, en su defecto, se infirió a partir del nombre de pila; 65 registros con nombres poco frecuentes o ambiguos se asignaron por revisión manual. El nombre se usó solo durante el procesamiento y no se almacenó en la base origen. **Tratamiento de registros repetidos (independencia de las observaciones).** No se parean evaluaciones de una misma persona: cada registro se analiza como una observación independiente (un alumno evaluado en dos ciclos aporta dos observaciones). Las aplicaciones pre/post de un grupo de docentes en un mismo ciclo se conservan como registros separados (Aplicación 1 y 2), igual que en el Primer Informe. En total, 67 ID Usuario (134 registros, 4.0% de la base) aparecen más de una vez.

Ansiedad. Este apartado se calculó sobre 2484 registros (N calculada), correspondientes a evaluaciones de Alumnos y Profesores que cuentan con puntaje o nivel de riesgo válido para Ansiedad. Los puntos de corte aplicados son: Bajo 0-15 | Medio 16-30 | Alto 31+ (Inventario de Ansiedad de Beck). **N por rango de edad.** 11-14 (Secundaria)=983; 15-17 (Preparatoria)=884; +18 (Profesores)=304; 9-11 (Primaria Alta)=273; 6-8 (Primaria Baja)=40. N por ciclo escolar. 2021-2022= 474; 2022-2023= 809; 2023-2024= 600; 2024-2025= 462; 2025-2026= 139. *Los cortes con muestra pequeña (n<5) se omiten o se marcan sin dato en ambos mapas de calor (Alto y Medio+Alto), para evitar sobre-interpretar porcentajes poco estables.* **Reactivo 22 en formularios de 21 reactivos.** Los formularios antiguos tienen 21 reactivos (los actuales, 22). En las sesiones sin el reactivo 22 ("Miedo a morirse") se asignó un valor neutro ("Más o menos"). Su impacto es mínimo: el reactivo pesa como máximo 1.5% del puntaje total y no altera de forma significativa la clasificación de riesgo. Estas sesiones están identificadas en la base de datos.

Depresión. Este apartado se calculó sobre 2440 registros (N calculada), correspondientes a evaluaciones de Alumnos y Profesores que cuentan con puntaje o nivel de riesgo válido para Depresión (BDI). Los puntos de corte aplicados son: Bajo 0-18 | Medio 19-29 | Alto 30+ (Inventario de Depresión de Beck). **N por rango de edad.** 11-14 (Secundaria)= 970; 15-17 (Preparatoria)= 865; +18 (Profesores)= 303; 9-11 (Primaria Alta)=263; 6-8 (Primaria Baja)=39. **N por ciclo escolar.** 2021-2022=461; 2022-2023=808; 2023-2024=579; 2024-2025=457; 2025-2026=135. *Los cortes con muestra pequeña (n<5) se omiten o se marcan sin dato en ambos mapas de calor (Alto y Medio+Alto), para evitar sobre-interpretar porcentajes poco estables.*

Estrés Postraumático. Este apartado se calculó sobre 2397 registros (N calculada), correspondientes a evaluaciones de Alumnos y Profesores que cuentan con puntaje o nivel de riesgo válido para Estrés Postraumático (PYN). Los puntos de corte aplicados son: Bajo 0-24 | Medio 25-39 | Alto 40+ (Escala Pynoos CPTS-RI). **N por rango de edad.** 11-14 (Secundaria)=994; 15-17 (Preparatoria)=924; +18 (Profesores)=247; 9-11 (Primaria Alta)=193; 6-8 (Primaria Baja)=39. **N por ciclo escolar.** 2021-2022=429; 2022-2023=806; 2023-2024=578; 2024-2025=454; 2025-2026=130. *Los cortes con muestra pequeña (n<5) se omiten o se marcan sin dato en ambos mapas de calor (Alto y Medio+Alto), para evitar sobre-interpretar porcentajes poco estables.* **Reactivo 1:** El reactivo se usa solo como pregunta de contexto; el puntaje se calcula con los reactivos 2 a 22 (escala 0-4). Los puntos de corte oficiales (Bajo 0-24 | Medio 25-39 | Alto 40+) se mantienen válidos.

Autolesiones e Ideación suicida. Este apartado se calculó sobre 2008 registros (N calculada), correspondientes a evaluaciones de Alumnos que cuentan con puntaje o nivel de riesgo válido para Autolesiones (ISA); de ellos, 1,041 (51.8%) se clasifican como Sin riesgo. Los puntos de corte aplicados son: Sin riesgo = 0 | Bajo = 1 | Medio 2-4 | Alto ≥5, tomando el máximo entre Cortarse/Quemarse/Golpearse. **N por rango de edad.** 11-14 (Secundaria)=984; 15-17 (Preparatoria)=918; 9-11 (Primaria Alta)=66; 6-8 (Primaria Baja)=40. **N por ciclo escolar.** 2021-2022=354; 2022-2023=560; 2023-2024=529; 2024-2025=440; 2025-2026=125. Los cortes con *muestra pequeña (n<5) se omiten o se marcan sin dato en ambos mapas de calor (Alto y Medio+Alto), para evitar sobre-interpretar porcentajes poco estables.* **Riesgo por frecuencia de cada conducta.** Cada una de las 12 conductas de autolesión se clasifica por frecuencia: Sin riesgo = 0 | Bajo = 1 | Medio 2-4 | Alto ≥5. El nivel de riesgo de Autolesiones toma el máximo entre las sub-escalas Cortarse, Quemarse y Golpearse. "Sin riesgo" se muestra como cuarta banda en gris claro. Los porcentajes se calculan sobre el total de alumnos evaluados, excepto el riesgo por conducta manifestada, que se calcula solo entre quienes reportan cada conducta.

Burnout. Este apartado se calculó sobre 312 registros (N calculada), correspondientes a evaluaciones de Profesores que cuentan con puntaje o nivel de riesgo válido para Burnout (MBI). Los puntos de corte aplicados son: máximo entre Agotamiento (Bajo 0-16 | Medio 17-26 | Alto 27+), Despersonalización (Bajo 0-6 | Medio 7-12 | Alto 13+) y Autoeficacia invertida (Bajo ≥39 | Medio 32-38 | Alto 0-31) (Inventario de Burnout de Maslach). **N por rango de edad.** +18 (Profesores)=312. **N por ciclo escolar.** 2021-2022=148; 2022-2023=114; 2023-2024=39; 2024-2025=11; 2025-2026=0. Los cortes con *muestra pequeña (n<5) se omiten o se marcan sin dato en ambos mapas de calor (Alto y Medio+Alto), para evitar sobre-interpretar porcentajes poco estables.*

Conductas Digitales. Los datos provienen del cuestionario ERICD (Encuesta Restart Impacto Conductas Digitales, Tamix-Restart 2026) aplicado a nivel poblacional, no clínico-individual, y se agregan por versión según rango de edad del usuario K6=6-8; K9=9-11; TN=12-17; ERICD=18+, a esta categoría pertenecen las secciones DPR, DSE (docentes Primaria y Secundaria). Es un tamizaje (screening) descriptivo que crea un índice de riesgo para cada una de sus diez categorías en riesgo bajo, medio o alto; los cortes dependen de cada una. La N calculada es de 698 encuestados. N por rango de edad. 6-8=209 (K6), 9-11=194 (K9), 12-17=201 (TN), 18+=94 (ERICD: DPR=59, DSE=35). **Sobre el bloque Clínico Transversal (Sección X)**. Reúne reactivos adaptados de cuatro fuentes psicométricas para identificar **indicios depresivos y ansiosos, exposición a eventos traumatizantes, así como ideación suicida y autolesiva.** Aparece en las cinco versiones K6/K9/TN/DPR/DSE. Cubre estas dimensiones: tristeza, expectativa de futuro (reactivo inverso, protector), ansiedad anticipatoria o catastrofización, síntomas somáticos de ansiedad, anhedonia o aislamiento social. **Agotamiento laboral.** Aparece solo en los niveles docentes (dos reactivos) que se suman a los 6 reactivos Beck que comparten con TN. Miden factores asociados a dos dimensiones del Maslach Burnout Inventory: Agotamiento Emocional y Autorealización. El Maslach completo evalúa tres dimensiones y aquí solo se usan dos factores. Por eso estos datos no deben leerse como una evaluación completa de burnout (Sección VIII de ERICD). Cortes de nivel por categoría: se usan los de cada versión del cuestionario (Medio / Alto; ver ERICD-03): K9, TN, DPR y DSE .

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fuentes internas

- Programa Tamix. 11 archivos CSV de sesiones crudas (Fase BDO), ciclos 2021-2022 a 2025-2026, decodificados a nivel de reactivo individual.
- Tamix. "Tamix_Batería_Individual Vsingle" y "Tamix_Instrumentos" (catálogos de reactivos y equivalencias texto/numérico por instrumento, usados para la decodificación de la Fase BDO).
- Centro RESTART. Informes ERICD (DPR, DSE, K6, K9, TN), ciclo 2025-2026, sección "CT: Clínico Transversal"
- Tamix. "CT - Reactivos ERICD" (referencia de rangos de edad e instrumentos que componen la sección CT).

Referencia comparativa relacional

- Informe técnico comparativo: Ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático y autolesión no suicida en población de 12 a 17 años. Análisis comparativo Mundial · LATAM · México. Elaborado el 17 de agosto de 2026.

Global

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Mental health of adolescents (fact sheet), con base en Global Burden of Disease (GBD) 2021.
- Liu, Q. et al. (2024). Thirty-year trends of anxiety disorders among adolescents based on the 2019 Global Burden of Disease Study. General Psychiatry. DOI: 10.1136/gpsych-2023-101288
- Zhang, D., Wu, M., Li, X., Wang, L., Wu, J. & Jin, M. (2025). Trends in depressive and anxiety disorders among adolescents and young adults (aged 10-24) from 1990 to 2021: A global burden of disease study analysis. Journal of Affective Disorders, 387, 119491. DOI: 10.1016/j.jad.2025.119491
- Shadows of trauma: an umbrella review of the prevalence and risk factors of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (2025). Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. DOI: 10.1186/s13034-025-00879-4
- Moloney, F., Amini, J., Sinyor, M., Schaffer, A., Lanctôt, K. L. & Mitchell, R. H. B. (2024). Sex Differences in the Global Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents: A Meta-Analysis. JAMA Network Open, 7(6), e2415436. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.15436. Fuente del 17.7% global (21.4% mujeres, 13.7% hombres).
- OCDE. Thriving in teaching — Results from TALIS 2024 (2025). Encuesta a 280,000 docentes en más de 50 sistemas educativos.

LATAM

- UNICEF (2021). Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente — Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia.
- Gómez-Restrepo, C. et al. Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población de adolescentes colombianos. Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. Revista Colombiana de Psiquiatría.
- Sánchez Acosta et al. (2019). Salud mental de adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado en Colombia. CES Psicología, 12(3) (datos 2015-2016).

México

- Vázquez-Salas, R. A., Hubert, C., Portillo-Romero, A. J., Valdez-Santiago, R., Barrientos-Gutiérrez, T. & Villalobos, A. (2023). Sintomatología depresiva en adolescentes y adultos mexicanos: Ensanut 2022. Salud Pública de México, 65(supl. 1), S117-S125. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) Continua 2022.
- Save the Children México (2026). Salud mental de niñas, niños y adolescentes en México: evidencia.
- Hinojos-Gallardo, L. C., Ruiz-Escalona, L., Cisneros-Castolo, M. et al. (2011). Estrés postraumático en la población pediátrica atendida en el Hospital Infantil del Estado de Chihuahua, México. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 68(4). Muestra clínica, no poblacional (datos 2010).
- Duarte Tánori, K. G., Vera Noriega, J. Á. et al. (2023). Autolesiones no suicidas, apego a padres, pares y adicción a internet en adolescentes mexicanos. Pensamiento Psicológico, 21. Pontificia Universidad Javeriana Cali.
- Rosales-Córdova, A. (2022). Tipos de reporte de autolesión en estudiantes mexicanos de preparatoria conforme al sexo. Journal of Behavior, Health & Social Issues, UNAM.
- Rocha-Sánchez, T. J. et al. (2024). Encuesta sobre la salud mental de las juventudes LGBTQ+ en México. The Trevor Project México.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) (2018). NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: identificación, análisis y prevención. Diario Oficial de la Federación, 23 de octubre de 2018.
- Brecha de tiempo hasta pedir ayuda (México, LATAM, Mundial)
- Borges, G., Wang, P. S., Medina-Mora, M. E., Lara, C. & Chiu, W. T. (2007). Delay of First Treatment of Mental and Substance Use Disorders in Mexico. American Journal of Public Health, 97(9), 1638-1643. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, con datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México (WHO World Mental Health Survey Initiative). Fuente primaria de la cifra de "14 años" de retraso mediano hasta el primer tratamiento en trastornos del ánimo.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C. & Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Pública de México, 46(5), 417-424. Fuente de la latencia de 10.6 años (inicio temprano) frente a 1.8 años (inicio en la adultez) hasta buscar tratamiento.
- Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G. et al. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the WHO World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry, 6(3), 177-185. Datos de 15 países, incluido México.

Discusión y Perspectiva — casos y metodologías

- Braga, A., Turchan, B., Papachristos, A. & Hureau, D. (2019). Hot Spots Policing and Crime Reduction: An Update of an Ongoing Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Experimental Criminology.
- Brennan Center for Justice (s.f.). Predictive Policing Explained — incluye el caso de la "Strategic Subjects List" de Chicago (evaluación RAND Corporation) y de PredPol/LASER en Los Ángeles.
- Saunders, J., Hunt, P. & Hollywood, J. S. (2016). Predictions put into practice: a quasi-experimental evaluation of Chicago's predictive policing pilot. Journal of Experimental Criminology, 12(3), 347-371. RAND Corporation.
- Alcaldía de Medellín (s.f.). Sistema de Información para la Seguridad y la Convivencia (SISC).
- McCarthy, J. F., Cooper, S. A., Dent, K. R. et al. (2021). Evaluation of the Recovery Engagement and Coordination for Health–Veterans Enhanced Treatment Suicide Risk Modeling Clinical Program in the Veterans Health Administration. JAMA Network Open, 4(10), e2129900.
- U.S. Department of Education (s.f.). Issue Brief: Early Warning Systems. Institute of Education Sciences (IES): Are two commonly used early warning indicators accurate predictors of dropout for English learner students?
- MIT Technology Review (2021). Frances Haugen says Facebook's algorithms are dangerous. Here's why — con base en los "Facebook Files" del Wall Street Journal (2021) y el testimonio de Haugen ante el Senado de EE. UU.
- The Wall Street Journal (2021). The Facebook Files. Serie de investigación periodística basada en documentos internos de Facebook/Instagram (septiembre-octubre de 2021).
- Office of the U.S. Surgeon General (2023). Social Media and Youth Mental Health: The U.S. Surgeon General's Advisory. U.S. Department of Health and Human Services.
- Palmer, C. A. & Alfano, C. A. (2017). Sleep and emotion regulation: An organizing, integrative review. Sleep Medicine Reviews, 31, 6-16.
- Woods, H. C. & Scott, H. (2016). #Sleepyteens: Social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem. Journal of Adolescence, 51, 41-49.
- Kroese, F. M., De Ridder, D. T. D., Evers, C. & Adriaanse, M. A. (2014). Bedtime procrastination: introducing a new area of procrastination. Frontiers in Psychology, 5, 611.

Instrumentos de evaluación (citados en el Anexo Metodológico)

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56(6), 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review, 8(1), 77-100.
- Klonsky, E. D. & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31(3), 215-219.
- Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K. et al. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. Archives of General Psychiatry, 44(12), 1057-1063.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. Maslach Burnout Inventory — Human Services Survey (MBI-HSS). Versión en castellano proporcionada por Gascón y adaptada por Marín.

Bibliografía de consulta (sustento de «Medir para prevenir»)

- Covington, P., Adams, J. & Sargin, E. (2016). Deep Neural Networks for YouTube Recommendations. ACM RecSys.
- Kramer, A., Guillory, J. & Hancock, J. (2014). Experimental evidence of massive-scale emotional contagion through social networks. PNAS.
- Ascarza, E. (2018). Retention Futility: Targeting High-Risk Customers Might Be Ineffective. Journal of Marketing Research.



MENTE EN JUEGO

HABLA SUMMIT 2026

MENTE EN JUEGO

“HABLAmos de Salud Emocional y Bienestar Escolar, Análisis 2021-2026”
Copyright© [2026] Tamix México. Todos los derechos reservados; se pueden reproducir extractos de esta publicación gratuitamente, siempre que se cite la publicación y a Tamix México.

CRÉDITOS
Dr. Miguel Marín Tejeda, Líder Técnico de Proyecto
Jorge Luis Juárez Santos, CEO y Fundador de Tamix México
Eduardo Axel Gutiérrez Espinosa, COO y Co-Fundador de Tamix México
Alfonso Paz Marín, Diseño Editorial



MENTE EN JUEGO®

La salud emocional es un tema de creciente preocupación que permea desde el bienestar individual hasta la productividad y seguridad de una comunidad. Padecimientos como la depresión y la ansiedad merman drásticamente la capacidad de concentración, la memoria y la toma de decisiones.

En el marco del **HABLA Summit 2026®**, la plataforma tecnológica **Tamix** presenta el resultado de cinco ciclos escolares de evaluación sistemática en un documento que trasciende los números fríos para encender faros de alerta temprana. No somos un programa para etiquetar estudiantes o a las instituciones; somos un radar de alta sensibilidad diseñado para detectar el humo mucho antes de que haya fuego.