

Universidad San Jorge

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN
PROFESORADO DE ESO Y BACHILLERATO,
FP Y ENSEÑANZAS DE
IDIOMAS**

Proyecto Final de Máster

**Clave Adolescente: un programa lúdico
basado en Escape Rooms para promover la
salud mental**

Autor del proyecto: María Millán Barduzal

Director del proyecto: Clara Llanas Ortega

Zaragoza, 10 de junio de 2025



Agradecimientos

Quiero expresar mi gratitud...

A mis padres, por su amor constante, su apoyo sin condiciones y por confiar en mí en todo momento. Gracias por ser mi mayor pilar.

A mi pareja, a mi familia y a mis amigos, gracias por acompañarme y estar presentes a lo largo de este camino.

A mis compañeras del máster, quienes han hecho que esta etapa haya sido única e inolvidable. Sin vosotras, esta experiencia no habría tenido el mismo significado.

Agradezco especialmente a mi tutora, Clara Llanas Ortega, por su acompañamiento y orientación a lo largo de este proyecto. Gracias por creer en mí y por impulsarme a confiar en mis capacidades.

Mi agradecimiento también para todos los docentes que han formado parte de mi formación, por contribuir a mi crecimiento académico y alimentar mi vocación. Me habéis hecho sentir la Universidad San Jorge como un verdadero hogar. Con este trabajo pongo fin a la que ha sido mi segunda casa durante 8 años.

A los profesionales de la educación que, de forma anónima, habéis colaborado respondiendo al cuestionario, gracias por vuestra generosa participación. La buena acogida y el valor de vuestras aportaciones han sido clave para acercar esta investigación a la realidad educativa.

Y, por último, a todas las personas que, directa o indirectamente, me ha habéis apoyado en la realización de este Trabajo Fin de Máster.

Gracias de corazón a cada uno de vosotros.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. Introducción (contexto actual, interés del tema elegido, antecedentes).....	7
2. Marco teórico.	9
2.1. Salud mental: definición y alteraciones principales en adolescentes	9
2.2. Trastornos de la conducta alimentaria e ingesta de alimentos	12
2.2.1. Clasificación	14
2.3. Ansiedad	16
2.3.1. Clasificación	17
2.4. Trastornos depresivos	19
2.4.1. Clasificación:	19
2.5. Análisis de la prevalencia de TCA, ansiedad y depresión en adolescentes	21
2.5.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)	21
2.5.2. Ansiedad	21
2.5.3. Depresión.....	22
2.5.4. Suicidio.....	22
2.5.5. Depresión y ansiedad.....	23
2.5.6. Factores de riesgo y protección	24
2.5.7. Intervenciones y apoyo psicológico	24
2.6. Marco normativo e institucional de la salud mental infanto-juvenil en España y Aragón	24
2.7. Marco legal educativo y el Plan de Orientación y Acción Tutorial (POAT)	27
2.8. Papel de la escuela: POAT, acción tutorial y ODS.....	29
2.8.1. POAT: concepto y fundamentos.....	29
2.8.2. Prevención y salud mental.....	29
2.8.3. Escuela como agente de salud: implicación en la salud mental	30
2.8.4. Formación y prevención	31
3. Proyecto de innovación educativa.	33
3.1. Descripción general del Proyecto a modo introductorio.	33
3.2. Diagnóstico/viabilidad del Proyecto.....	33
3.2.1. Análisis de datos.....	35
3.3. Objetivos concretos del proyecto de innovación educativa.....	39
3.3.1. Objetivo general	39
3.3.2. Objetivos específicos	39
3.4. Metodología DOCENTE.	40
3.4.1. Gamificación: definición, tipos, beneficios y su vínculo con los Escape Rooms educativos	40
3.4.2. Definición de Escape Room educativo.....	41
3.4.3. Relación con la gamificación	42

3.4.4.	Aplicación en educación.....	42
3.4.5.	Propósito y objetivos	42
3.4.6.	Tipos de Escape Room educativo.....	43
3.4.7.	Ventajas y desventajas.....	43
3.5.	Características del centro para el cuál se propone el proyecto:	45
3.5.1.	Características del equipo docente implicado.	46
3.5.2.	Características específicas de los estudiantes.....	46
3.5.3.	Características de la comunidad educativa y las estrategias para su vinculación al proyecto si fuera necesario.	47
3.6.	Diseño:.....	48
3.6.1.	Materias o asignaturas que están relacionadas con el Proyecto	48
3.6.2.	Competencias clave y específicas por desarrollar en el alumno.	48
3.6.3.	Recursos previstos en el proyecto: recursos humanos, materiales educativos que se han considerado y recursos TIC que se van a incorporar.	49
3.7.	Desarrollo:	51
3.7.1.	Descripción de las actividades que componen el proyecto.	51
3.7.2.	Descripción de las fases del proyecto, temporalización y planificación general (cronograma).	56
3.7.3.	Evaluación: estrategias, instrumentos y criterios de evaluación.	60
3.7.4.	Conclusión del proceso de evaluación.....	67
4.	Conclusiones y prospección futura del proyecto.....	68
5.	Referencias bibliográficas (formato APA, 7ª edición).	70
6.	Anexos de este Trabajo Fin de Máster:	74
6.1.	Anexo A: Información detallada de elaboración propia del marco teórico	74
6.1.1.	TCA	74
6.1.2.	ANSIEDAD.....	79
6.1.3.	DEPRESIÓN	84
6.2.	Anexo B: Escape Rooms (materiales y contexto)	88
6.2.1.	Escape Room sobre TCA	88
6.2.2.	Escape Room sobre ansiedad	91
6.2.3.	Escape Room sobre depresión.....	94
6.3.	Anexo C: Instrumentos de evaluación.....	98

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 4. Tabla comparativa de prevalencia (%) de TCA, ansiedad y depresión en adolescentes.....	22
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tabla resumen de Trastornos de Conducta Alimentaria según el DSM-V.....	15
Figura 2. Tabla resumen de Trastornos de ansiedad	18
Figura 3. Tabla resumen de Trastornos depresivos	20
Figura 4. Consentimiento de participación de forma anónima.....	35
Figura 5. Esquema del proyecto	52
Figura 6. Guía para el profesorado parte 1	54
Figura 7. Guía para el profesorado parte 2	55
Figura 8. Cronograma.....	57
Figura 9. Rúbrica de evaluación del proyecto	61
Figura 10. Rúbrica para evaluar al alumnado.....	63
Figura 11. Rutina de pensamiento KWL	64
Figura 12. Plantilla de autoevaluación	65
Figura 13. Plantilla de coevaluación.....	66
Figura 14. Escape Room: La desaparición de Sofía	88
Figura 15. Escape Room: Sistema Lucas 3.0	91
Figura 16. Escape Room: La Luz de Laura	94

Resumen:

Este Trabajo Fin de Máster propone un programa de innovación educativa basado en Escape Rooms como herramienta para mejorar la salud mental del alumnado adolescente en el contexto escolar. El trabajo parte del aumento preocupante de trastornos como la ansiedad, la depresión y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) entre los jóvenes, agudizado por factores como el ritmo acelerado de vida, la presión académica, el uso intensivo de tecnologías digitales, el aislamiento social y las secuelas emocionales derivadas de la pandemia por COVID-19. Desde una perspectiva educativa, se argumenta la urgencia de implementar metodologías activas y motivadoras que favorezcan el desarrollo emocional y personal del alumnado.

El marco teórico aborda en profundidad las características clínicas, prevalencia y consecuencias de la ansiedad, depresión y TCA, así como el marco legal e institucional que regula la salud mental infanto-juvenil en España y en Aragón. La escuela se concibe como un agente clave de prevención y promoción del desarrollo integral del estudiante, destacando la importancia del Plan de Orientación y Acción Tutorial (POAT).

La propuesta consiste en una serie de Escape Rooms educativos diseñados para trabajar competencias socioemocionales mediante dinámicas cooperativas, narrativa inmersiva y retos vinculados al bienestar emocional. El estudio de viabilidad, con participación de docentes y orientadores, muestra una alta aceptación del programa, considerándolo útil, realista y aplicable. Así, el trabajo defiende el uso de recursos lúdicos como estrategia eficaz para abordar la salud mental adolescente desde una pedagogía preventiva, inclusiva e innovadora.

Palabras clave: Salud mental, adolescencia, Escape Room educativo, gamificación y trastornos (conducta alimentaria, ansiedad y depresión)

Abstract

This Master's Dissertation presents an educational innovation programme based on Escape Rooms as a tool to enhance the mental health of adolescent pupils within the school context. The work stems from the alarming rise in conditions such as anxiety, depression, and eating disorders (EDs) among young people, exacerbated by factors such as the fast-paced lifestyle, academic pressure, intensive use of digital technologies, social isolation, and the emotional aftermath of the COVID-19 pandemic. From an educational standpoint, it highlights the urgent need to implement active and engaging methodologies that foster pupils' emotional and personal development.

The theoretical framework provides an in-depth exploration of the clinical features, prevalence, and consequences of anxiety, depression, and EDs, alongside the legal and institutional frameworks governing child and adolescent mental health in Spain and the region of Aragón. Schools are regarded as key agents in prevention and in promoting the holistic development of students, with emphasis on the significance of the Guidance and Tutorial Action Plan (POAT).

The proposal comprises a series of educational Escape Rooms designed to develop socio-emotional competencies through cooperative dynamics, immersive storytelling, and challenges linked to emotional wellbeing. The feasibility study, involving teachers and school counsellors, indicates a high level of acceptance of the programme, viewing it as useful, realistic, and applicable. Thus, the dissertation supports the use of playful resources as an effective strategy for addressing adolescent mental health through a preventive, inclusive, and innovative pedagogical approach.

Keywords: Mental health, adolescence, educational Escape Room, gamification, and disorders (eating disorders, anxiety, and depression)

1. Introducción (contexto actual, interés del tema elegido, antecedentes).

En la actualidad, la salud mental ha cobrado una relevancia sin precedentes dentro del ámbito educativo, social y sanitario. Factores como el ritmo acelerado de vida, el uso intensivo de tecnologías, la presión académica y las secuelas emocionales derivadas de la pandemia por COVID-19 han evidenciado un incremento preocupante de los problemas de salud mental, especialmente entre la población adolescente, presentando una especial vulnerabilidad frente a trastornos como la ansiedad, la depresión, la baja autoestima y el estrés. (Wang, 2023).

La adolescencia es entendida como un periodo de transformación constante, en el que los jóvenes experimentan importantes modificaciones a nivel físico, emocional y relacional, enfrentándose a nuevas tensiones, decisiones y expectativas. La etimología misma de la palabra “adolescencia” (del latín *adolescencia*) implica estar en proceso de crecimiento, aún en construcción, lo que se traduce en la carencia de ciertas herramientas o recursos emocionales para hacer frente a los retos de la vida. Esta falta de recursos puede exponer al adolescente a situaciones de riesgo que aumenten la probabilidad de desarrollar problemas de salud mental. De hecho, se estima que una quinta parte de los adolescentes presenta algún tipo de trastorno mental, psicológico o de comportamiento, lo que subraya la necesidad urgente de intervenciones preventivas eficaces (Peláez, Labrador y Raich, 2007).

En respuesta a esta situación, diversas instituciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), han señalado la importancia de actuar con estrategias específicas y adaptadas a estas etapas del desarrollo. La OMS entiende la salud mental como un estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontarlas de forma adecuada, trabajar de manera productiva y contribuir a su comunidad. Además, recomienda el diseño de planes de acción centrados en la promoción del bienestar psicológico desde la infancia, señalando a las escuelas como espacios clave para fomentar conocimientos y competencias socioemocionales en el alumnado (Peláez et al., 2007; Fernández y Gómez, 2009; y Casares, 2024).

En este sentido, es fundamental que las instituciones educativas no permanezcan ajenas a los grandes cambios sociales y emocionales que atraviesan los adolescentes. Resulta prioritario adoptar un enfoque pedagógico que pase del modelo tradicional a uno más participativo, que implique activamente al alumnado en su propio proceso de aprendizaje y desarrollo personal. Para ello, es esencial el uso de estrategias motivadoras y vivenciales que respondan a las necesidades e intereses de los jóvenes (Casares, 2024).

Dentro de estas estrategias, el uso de metodologías lúdicas ha demostrado ser una herramienta eficaz tanto a nivel educativo como terapéutico. El juego facilita un entorno seguro y motivador donde los adolescentes pueden explorar emociones, aprender a

resolver conflictos, trabajar en equipo y desarrollar habilidades socioemocionales. En particular, las *Escape Rooms* educativas han emergido como una metodología innovadora capaz de combinar diversión, desafío cognitivo y trabajo colaborativo. Estas dinámicas se tratan para fomentar la reflexión crítica, la creatividad y el aprendizaje experiencial (Casares, 2024).

Este tipo de metodologías no solo estimulan el interés y la participación activa de los estudiantes, sino que también crean un ambiente motivador y de interés para el alumnado. Elementos como la narrativa, los enigmas cooperativos y la presión del tiempo estimulan habilidades clave como la toma de decisiones, el autocontrol y la empatía. Así, el enfoque lúdico no se limita a ser un mero pasatiempo, sino que se convierte en un catalizador del desarrollo personal y colectivo (Casares, 2024).

Asimismo, la introducción de este tipo de propuestas en el currículo escolar permite abordar de forma transversal aspectos como la convivencia, la resiliencia y la gestión emocional, reforzando los lazos sociales entre compañeros y reduciendo conductas de riesgo (Fernández et al., 2009). En este sentido, los programas basados en juegos estructurados pueden actuar como una herramienta de prevención primaria, ayudando a detectar a tiempo signos de malestar emocional y ofreciendo espacios seguros de expresión (Peláez et al., 2007).

En este contexto, este trabajo fin de máster propone un programa lúdico basado en *Escape Rooms* para la mejora del bienestar emocional en una etapa fundamental de la vida como es la adolescencia. Esta intervención, pensada para ser aplicada en el entorno escolar, se alinea con las recomendaciones internacionales de prevención en salud mental y responde a la necesidad de generar propuestas innovadoras, atractivas y eficaces para promover el desarrollo integral de los adolescentes.

2. Marco teórico.

2.1. Salud mental: definición y alteraciones principales en adolescentes

La salud mental, según la Organización Mundial de la Salud (2022), se podría definir como un estado de bienestar integral en el que una persona puede desarrollar plenamente sus capacidades, afrontar el estrés cotidiano, trabajar de manera productiva y contribuir positivamente a su comunidad.

A esta definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS), trasciende la mera ausencia de trastornos mentales, abarcando dimensiones emocionales, cognitivas, funcionales, sociales y físicas. Esta capacidad para aprender, responder eficazmente, manejar el estrés, desarrollarse en lo personal y profesional, y aportar positivamente al entorno, representa una de las cualidades esenciales de la salud mental. (Kaltsas, 2021).

La salud física y mental se consideran derechos humanos fundamentales que requieren atención, promoción y protección (OMS, 2022).

Es decir, lo que todos conocen como salud mental podría ser el sentirte bien contigo mismo, manejar el estrés, disfrutar, trabajar sin agobio y tener relaciones sanas. No es solo ausencia de problemas, sino equilibrio emocional, claridad mental y bienestar integral.

Mantener una buena salud mental permite a las personas tomar decisiones adecuadas, establecer relaciones satisfactorias, adaptarse a los cambios y enfrentar las adversidades cotidianas. En este sentido, la salud mental constituye una parte fundamental del bienestar integral y necesita ser protegida y fomentada a lo largo de todas las etapas de la vida. (Escalona-Zorita et al., 2021)

Particularmente, la salud mental se concibe como un aspecto que requiere especial atención en niños y adolescentes, ya que durante estas etapas se configuran muchas de las bases del desarrollo emocional y psicológico de una persona. Por ello, se hace necesario articular estrategias que permitan potenciar su bienestar mental, así como prevenir o reparar los efectos negativos que puede generar su deterioro. Existe un consenso sobre la urgencia de mejorar la atención específica a la salud mental infantil y adolescente, considerando que esta se encuentra fuertemente influenciada por las experiencias de los primeros años de vida. Promover la salud mental desde la infancia no solo impacta positivamente en el presente, sino que representa una inversión fundamental para el futuro. (Fernández y Gómez, 2009)

Más allá de esta idea general, la salud mental puede verse desde varias perspectivas que se basan en una "clasificación" o identificación de distintos estados y problemáticas. Aunque no existen "tipos" de salud mental en el sentido de categorías excluyentes de

bienestar, sí se pueden distinguir diferentes ámbitos de estudio y manifestaciones dentro del espectro de la salud mental (Casares, 2024).

Por un lado, se encuentra el bienestar psicológico, que hace referencia a la experiencia subjetiva de emociones y estados de ánimo positivos y una valoración general de satisfacción con la vida (Keyes et al., 2002; Sirgy, 2021, citados por (Casares, 2024)). Este aspecto positivo de la salud mental es crucial y se considera un medidor del desarrollo individual y la inclusión social.

Por otro lado, estudiar la salud mental también significa entender e identificar los problemas que pueden surgir cuando esta se ve afectada. Estos problemas pueden aparecer de muchas formas y dependiendo de los niveles de gravedad o afectación de los diversos trastornos (Antona et al., 2003). Algunas de las consecuencias más comunes de “afecciones” de la salud mental son:

- Problemas internalizantes. Principalmente la ansiedad y la depresión, que se caracterizan por síntomas dirigidos hacia el interior de la persona (Casares, 2024). Este tipo de problemas internos, que implican cambios emocionales reflejados en lo que pensamos, cómo actuamos y cómo se siente nuestro cuerpo, son comunes en la adolescencia y suelen manifestarse con síntomas característicos de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

En el ámbito educativo, se ha investigado la sintomatología depresiva y ansiosa en adolescentes españoles, su prevalencia y su asociación con el ajuste socioemocional y conductual (Casares, 2024).

- Autolesión no suicida (ANS) y conducta suicida. Estas conductas se analizan tomando en cuenta sus criterios diagnósticos (como los establecidos en el DSM-V para la autolesión), los factores de riesgo presentes en la adolescencia y su relación con otras dificultades de salud mental (Casares, 2024). Las autolesiones e intentos de suicidio en la adolescencia representan una de las principales preocupaciones en salud pública (Wang, 2023).
- Acoso escolar y bullying. La ideación suicida también se investiga como un problema de salud mental asociado al acoso escolar y ciberacoso. Tanto el acoso escolar como el ciberacoso se asocian a un aumento de la ideación suicida, los intentos de suicidio, las conductas autolesivas y la depresión (Wang, 2023).
- Trastornos de la personalidad. Se ha observado que los adolescentes con un trastorno de personalidad comórbido, en comparación con aquellos sin este diagnóstico, tienden a ser mayores, tienen más probabilidades de haber sufrido abusos físicos o sexuales y presentan una mayor prevalencia de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) comórbido. También se ha encontrado que la frecuencia de suicidios y autolesiones es mayor en pacientes con trastornos de personalidad comórbidos (Wang, 2023).

- Problemas de conducta. Se reconoce con creciente frecuencia que entre los 12 y 14 años se observa un notable incremento en los trastornos de conducta y en las dificultades para controlar los impulsos. Es importante que los profesionales de atención primaria puedan evaluar correctamente estos aspectos (Antona et al., 2003, y Fernández et al., 2009).
- Trastornos graves. La OMS resalta la necesidad de proporcionar prestaciones eficaces y ayuda al porcentaje de niños y adolescentes que padecen problemas o trastornos mentales patentes (OMS, 2022, citado por (Fernández et al., 2009)). En Europa, se señala que una proporción significativa de niños y adolescentes sufren problemas en el desarrollo a nivel emocional y/o de conducta, y muchos de estos trastornos son crónicos (Fernández et al., 2009)

Además de esta clasificación por tipo de problema, la salud mental también se estudia en relación con diferentes etapas del ciclo vital, siendo la adolescencia una etapa de particular interés debido a los cambios y desafíos que conlleva (Antona et al., 2003). La adolescencia se caracteriza por ser un período de gran transformación a nivel físico, emocional y en las relaciones sociales, lo que puede generar tensiones y dificultades (Wang, 2023). Durante esta etapa, algunos problemas clínicos que ya estaban presentes en la infancia tienden a intensificarse, mientras que también surgen nuevos, siendo comunes los trastornos de ansiedad y depresión (Peláez et al., 2007).

Anteriormente, los estudiantes de entre 12 y 17 años solicitaban orientación escolar centrada principalmente en aspectos académicos, como la comprensión lectora, la redacción y la concentración en el estudio. No obstante, en la actualidad, estas demandas han dado paso a inquietudes relacionadas con la salud mental, incluyendo la necesidad de actividades o estrategias para manejar la ansiedad, mejorar las relaciones interpersonales y explorar la identidad personal, entre otros temas (Regidor y Casado, s.f.).

Por ello, a continuación, en este marco teórico se recoge una explicación detallada sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), la ansiedad y la depresión, debido a que estos son actualmente los trastornos de mayor prevalencia en los adolescentes. Como ya se ha mencionado, estos problemas de salud mental no solo afectan el bienestar emocional, sino que también influyen significativamente en el desarrollo físico, social y académico de los jóvenes. El aumento de su prevalencia en los últimos años subraya la necesidad de un mayor enfoque en la identificación temprana y el tratamiento adecuado, considerando los efectos devastadores que pueden tener si no se abordan oportunamente.

La Orden ECD/1005/2023 del Gobierno de Aragón (Gobierno de Aragón, 2023a) establece que la identificación y categorización de las dificultades específicas y los problemas de salud mental en el ámbito educativo deben realizarse conforme a los criterios diagnósticos establecidos en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (en adelante, DSM-V). Esta elección responde a la necesidad de utilizar un

sistema internacionalmente reconocido, que permite una descripción precisa y estandarizada de los trastornos, facilitando así una intervención educativa ajustada a las necesidades individuales del alumnado. Por este motivo, en el marco teórico que hay a continuación, las categorías clínicas se abordarán tomando como referencia dicho manual.

2.2. Trastornos de la conducta alimentaria e ingesta de alimentos

Los trastornos de la conducta alimentaria e ingesta de alimentos (en adelante, TCA) implican alteraciones persistentes en la alimentación o en el comportamiento relacionado con ella, afectando la salud física o el funcionamiento psicosocial. En el DSM-V, se describen criterios diagnósticos para:

1. el trastorno de evitación/restricción de la ingesta,
2. la anorexia nerviosa,
3. la bulimia nerviosa y
4. el trastorno por atracones,

los cuales son mutuamente excluyentes, salvo la pica, que puede coexistir.

Aunque algunos comparten rasgos como el ansia y la conducta compulsiva, similares a los observados en los trastornos por consumo de sustancias, aún no se comprenden completamente sus factores comunes y diferenciadores. La obesidad no se clasifica como un trastorno mental en el DSM-V, aunque está relacionada con ciertos trastornos psiquiátricos y puede ser tanto consecuencia como factor de riesgo en problemas de salud mental.

En línea esto, los niños cuyos progenitores, especialmente las madres, padecen que presentan trastornos de la conducta alimentaria pueden mostrar una mayor tendencia a desarrollar dificultades en la alimentación. La ansiedad familiar se menciona como un factor de riesgo ambiental. Si el trastorno se manifiesta en el marco de otra condición o trastorno, la gravedad del TCA debe exceder lo habitualmente asociado a dicha condición para justificar atención clínica adicional. Cuando coexiste con otras afecciones (p. ej., en personas mayores, postquirúrgicas o en quimioterapia), el TCA debe ser el objetivo primario de la intervención.

Los criterios diagnósticos comunes entre los diferentes trastornos que conforman los TCA se “encuentran”:

1. *La persistencia en el tiempo.* La conducta/señal de alarma debe durar al menos un mes o más (todos los trastornos mencionan este criterio temporal).

2. *Impacto clínico significativo.* Las conductas deben causar deterioro funcional, malestar intenso o consecuencias médicas relevantes (por ejemplo, pérdida de peso, desnutrición, dependencia de suplementos, hospitalizaciones).
3. *Exclusión de causas médicas o culturales,* o se explican mejor por condiciones médicas, gastrointestinales o prácticas culturales (por ejemplo, en pica, rumiación, evitación/restricción, bulimia y atracones).
4. *Necesidad de atención clínica adicional si coexisten otros trastornos.* Si aparece junto a otro trastorno (mental o médico), debe ser suficientemente grave para justificar un tratamiento independiente.
5. *Alteraciones específicas en el patrón alimentario.* Puede ser por ingesta de sustancias no alimentarias (pica), regurgitación (rumiación), restricción o evitación (evitación/restricción, anorexia), atracones (bulimia, atracones).
6. *Preocupación anormal por el peso o la imagen corporal* (sólo en anorexia, bulimia, trastorno por atracones). Alteración de la percepción corporal o influencia excesiva del peso en la autoestima.

Las señales de alerta comunes de todos estos trastornos son:

1. Alteración del patrón normal de alimentación, como son: comer cosas no alimenticias, vomitar la comida, atracones, evitar alimentos, ayunar excesivamente, hacer ejercicio compulsivamente, etc.
2. Pérdida o aumento anormales de peso. Anorexia, trastorno de evitación/restricción, rumiación → pérdida significativa. Atracones → posible aumento de peso.
3. Malnutrición o deficiencia nutricional. En todos los trastornos puede observarse desnutrición, deficiencias vitamínicas o electrolíticas.
4. Problemas físicos asociados. Daño dental, inflamación de glándulas, anomalías de constantes vitales (hipotensión, bradicardia), problemas gastrointestinales.
5. Problemas emocionales o psicológicos. Irritabilidad, aislamiento social, vergüenza, culpa, ansiedad, síntomas depresivos.
6. Presencia de comorbilidad psiquiátrica. Alta asociación con trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos del neurodesarrollo (como TEA o TDAH).
7. Alto riesgo de suicidio. Especialmente anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y en menor medida en trastorno por atracones (por la alta comorbilidad depresiva).

Sin embargo, aunque hay aspectos comunes que pueden ser los primeros signos de alarma ante la posibilidad de estar frente a una persona que sufre alguno de estos trastornos, hay otros muchos indiciadores y características propios de cada uno de los subtipos.

A continuación, se presenta la clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (TCA) según el DSM-V, centrada en aquellos que muestran mayor prevalencia entre adolescentes y jóvenes en la actualidad. Esta sección recoge los distintos “subtrastornos” que integran esta categoría diagnóstica, incluyendo su definición general, los criterios diagnósticos, la sintomatología principal, la posible comorbilidad con otros trastornos mentales y, en algunos casos, el riesgo de suicidio asociado.

2.2.1. Clasificación

Para facilitar su comprensión, se ha elaborado una tabla resumen con los aspectos más relevantes y diferenciadores de cada trastorno. Esta ofrece un resumen de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) más comunes, sus características principales, criterios diagnósticos según el DSM-V, comorbilidades frecuentes y otros aspectos relevantes.

Este formato permite una visión comparativa y sintética del conjunto de TCA descritos, y resulta especialmente útil como apoyo en contextos clínicos o educativos. Los contenidos completos y detallados de cada trastorno pueden consultarse en el anexo A.

Figura 1. Tabla resumen de Trastornos de Conducta Alimentaria según el DSM-V

Trastorno	Descripción general	Criterios diagnósticos principales	Comorbilidad frecuente	Observaciones adicionales
Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID)	Se caracteriza por una alteración persistente en la alimentación o la ingesta, sin interés en la comida o evitación basada en aspectos sensoriales, o miedo a consecuencias negativas al comer.	Falta de interés por alimentarse, rechazo por textura, olor, apariencia; miedo a atragantarse, etc. Consecuencias: pérdida de peso, deficiencias nutricionales y afectación psicosocial.	Trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastornos del neurodesarrollo (TEA, TDAH), discapacidad intelectual.	Se presenta a menudo en la infancia o adolescencia. No está relacionado con preocupaciones sobre el peso corporal. Tiene un fuerte impacto en la vida diaria.
Anorexia nerviosa	Trastorno caracterizado por una restricción voluntaria e intensa de la ingesta alimentaria debido al temor extremo a engordar y una percepción distorsionada del propio cuerpo.	Peso corporal significativamente bajo, miedo intenso a aumentar de peso, alteración en la percepción del cuerpo, negación de la gravedad del bajo peso. Clasificación según IMC/percentil.	Trastornos de ansiedad, depresión, bipolaridad, TOC, consumo de sustancias (especialmente en tipo atracón/purga).	Riesgo elevado de suicidio. Signos físicos visibles (lanugo, amenorrea, hipotermia). Puede requerir hospitalización. Es común una baja autoestima influida por el cuerpo.
Bulimia nerviosa	Se presenta mediante episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos seguidos de conductas compensatorias inapropiadas para evitar el aumento de peso.	Atracones y purgas al menos una vez por semana durante tres meses. Autoevaluación fuertemente influida por el peso/figura. No se da solo en el contexto de anorexia.	Trastornos depresivos, de ansiedad, consumo de sustancias, trastorno límite de la personalidad (TLP).	Vómito autoinducido, uso de laxantes, alteraciones menstruales, problemas dentales y cardiacos. También sentimientos de vergüenza y culpa. Riesgo de mortalidad.
Trastorno por atracones	Se basa en episodios recurrentes de ingesta excesiva sin utilización de métodos compensatorios, provocando malestar emocional significativo.	Atracones al menos una vez a la semana durante 3 meses o más, asociados a 3 o más síntomas (comer sin hambre, muy rápido, hasta sentirse lleno, con culpa posterior).	Depresión, ansiedad, baja autoestima. Menor frecuencia de abuso de sustancias.	Puede ser difícil de detectar por secretismo. Se asocia con sobrepeso u obesidad. No implica purgas ni restricción posterior.
Otro TCA especificado	Incluye formas atípicas o de menor frecuencia/duración de los trastornos mencionados, que generan malestar clínico relevante.	Ejemplos: anorexia atípica, bulimia de baja frecuencia, atracones esporádicos, trastorno por purgas sin atracones, síndrome de ingesta nocturna.	Varía según el tipo específico. Riesgo de suicidio debe evaluarse individualmente.	Son formas leves, pero clínicamente significativas. No cumplen todos los criterios de otros TCA, pero requieren atención profesional.
TCA no especificado	Se refiere a casos donde hay presencia de síntomas de TCA con impacto negativo, pero que no encajan totalmente en una de estas categorías.	El profesional no especifica el motivo de la falta de diagnóstico claro, o no cuenta con suficiente información para hacerlo.	Es difícil de determinar sin diagnóstico completo. Requiere evaluación clínica detallada.	Es una categoría residual utilizada como provisional o cuando el cuadro no es clasificable con certeza.

Fuente: Elaboración propia en Canva con datos del DSM-V.

2.3. Ansiedad

La ansiedad es una emoción natural y universal que cumple una función adaptativa al preparar al organismo para responder ante situaciones de peligro, incertidumbre o amenaza. Se manifiesta a través de una combinación de síntomas cognitivos (preocupación, anticipación), fisiológicos (aumento del ritmo cardíaco, tensión muscular), emocionales (nerviosismo, inquietud) y conductuales (evitación o hipervigilancia). Aunque cierta ansiedad es normal y esperable en diversas etapas de la vida, se considera patológica cuando su intensidad, frecuencia o duración resultan desproporcionadas respecto al estímulo que la provoca, interfiriendo significativamente con el funcionamiento personal, social o laboral del individuo.

Los trastornos de ansiedad son un conjunto de afecciones mentales que se distinguen por una presencia intensa y desproporcionada de temor y nerviosismo, que pueden estar dirigidos hacia objetos o situaciones específicas (como ocurre en las fobias) o ser más difusos y generalizados (como en el trastorno de ansiedad generalizada). Estos trastornos suelen iniciarse en la infancia o adolescencia y tienden a ser persistentes en el tiempo si no se tratan adecuadamente, presentando una elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos como la depresión o el abuso de sustancias.

Los criterios diagnósticos comunes entre los diferentes trastornos que conforman la “ansiedad” “aparecen”:

Aunque cada subtipo de trastorno de ansiedad tiene particularidades propias, comparten una base diagnóstica común que permite identificarlos como parte del mismo espectro clínico:

1. Miedo o ansiedad desproporcionada a un estímulo, situación concreta o difusa. Esto significa que la reacción emocional del individuo es mucho más intensa de lo que objetivamente justificaría la situación, ya sea ante algo específico como una fobia o de manera generalizada sin un desencadenante claro.
2. Evitación activa o sufrimiento significativo ante las situaciones que generan ansiedad. La persona suele evitar de manera deliberada aquellas situaciones que le producen ansiedad, o bien las enfrenta con un alto grado de angustia, afectando su calidad de vida.
3. Persistencia en el tiempo, generalmente durante un período mínimo de 6 meses. Para que se considere un trastorno de ansiedad, los síntomas no deben ser pasajeros ni esporádicos, sino mantenerse de forma continua durante un tiempo prolongado, lo que indica un patrón clínico estable.
4. Interferencia funcional. Es decir, los síntomas afectan de manera significativa el desempeño diario. La ansiedad interfiere con actividades cotidianas como los estudios, las relaciones sociales o el autocuidado, impidiendo que la persona funcione con normalidad.

5. No atribuible a efectos fisiológicos de sustancias ni a otros trastornos médicos o mentales. Es fundamental descartar que la sintomatología se deba al consumo de drogas, medicamentos, enfermedades físicas (como hipertiroidismo) o esté mejor explicada por otro diagnóstico psiquiátrico.

A su vez, también hay señales de alerta generales las cuales pueden indicar la presencia de un trastorno de ansiedad, especialmente si aparecen con frecuencia o intensidad:

1. Preocupación excesiva y persistente, difícil de controlar. La persona se encuentra constantemente anticipando que algo malo ocurrirá, incluso sin razones objetivas, y le cuesta desconectarse de esos pensamientos.
2. Cambios físicos como palpitaciones, sudoración, temblores, tensión muscular o fatiga. El cuerpo refleja la ansiedad a través de síntomas somáticos intensos, similares a los de una reacción de emergencia, aunque no exista un peligro real.
3. Dificultades para dormir o mantener la concentración. La activación mental constante puede afectar el sueño (dificultad para conciliarlo o sueño no reparador) y la capacidad de enfocarse o mantener la atención.
4. Evitación de situaciones sociales, escolares o laborales por miedo o inseguridad. El miedo al juicio, al fracaso o al malestar físico lleva a la persona a evitar contextos importantes, lo cual impacta su rendimiento y relaciones.
5. Irritabilidad o estado de alerta constante sin causa aparente. Puede haber una sensación permanente de tensión o vigilancia, como si siempre se esperara una amenaza, lo cual agota emocional y físicamente.
6. Aislamiento progresivo o deterioro del rendimiento en áreas importantes de la vida. La combinación de evitación, malestar y desgaste provoca que la persona se aleje de su entorno social o pierda productividad y funcionalidad.

2.3.1. Clasificación

A continuación, nuevamente se presenta un resumen detallado en forma de tabla de los principales trastornos de ansiedad y su clasificación propuestos en el DSM-V, con el fin de comprender mejor sus características clínicas, asociaciones con otros diagnósticos (comorbilidades) y el nivel de riesgo suicida que pueden implicar.

Con esta tabla se busca ofrecer también una visión clara y estructurada para facilitar el reconocimiento, análisis e intervención temprana en contextos clínicos, educativos o familiares.

Figura 2. Tabla resumen de Trastornos de ansiedad

Trastorno	Descripción general	Síntomas principales	Comorbilidad frecuente	Riesgo de suicidio
Ansiedad por separación	Se presenta cuando el miedo a separarse de figuras de apego, como padres o cuidadores, resulta excesivo e inapropiado para la edad del individuo.	La persona puede sentirse angustiada ante la idea de la separación, tener pesadillas, quejarse de dolores físicos y mostrar una necesidad constante de saber dónde están sus figuras de referencia.	Es habitual que coexista con otros trastornos de ansiedad y trastornos depresivos.	El riesgo puede incrementarse si existe un aislamiento social severo, desesperanza o una fuerte dependencia emocional no abordada.
Fobia específica	Se trata de un miedo muy intenso y desproporcionado hacia un objeto, animal o situación concreta, que genera una respuesta automática de ansiedad.	Ante la exposición al estímulo fóbico, la persona puede experimentar ansiedad extrema, conductas de evitación muy marcadas e incluso síntomas físicos como palpitaciones o desmayos.	Suele aparecer junto a otros trastornos de ansiedad, como el pánico, y con frecuencia se asocia a cuadros depresivos.	Aunque el riesgo de suicidio es bajo por sí solo, puede aumentar si hay otros trastornos comórbidos no tratados.
Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)	Este trastorno se caracteriza por una preocupación persistente, excesiva y difícil de controlar, que abarca múltiples áreas de la vida cotidiana.	Las personas con TAG suelen sentirse constantemente tensas, fatigadas, con problemas de concentración, irritables y con alteraciones del sueño, de forma prolongada.	Es frecuente que el TAG se acompañe de trastornos depresivos u otros cuadros ansiosos.	El riesgo es moderado, pero se incrementa notablemente cuando hay episodios depresivos mayores asociados.
Trastorno de pánico	Consiste en la aparición repetida de ataques de pánico inesperados, acompañados de síntomas físicos y psicológicos muy intensos.	Se manifiesta con taquicardias, dificultad para respirar, miedo a morir o perder el control, y suele provocar cambios conductuales para evitar crisis.	A menudo aparece junto a la agorafobia, trastornos depresivos o consumo de sustancias.	El riesgo de suicidio es elevado, sobre todo cuando las crisis son muy frecuentes o el individuo experimenta una sensación de pérdida total de control.
Fobia social (ansiedad social)	Es miedo persistente y marcado a ser juzgado o evaluado negativamente en contextos sociales, lo cual genera malestar significativo y conductas evitativas.	Las personas con este trastorno suelen evitar reuniones, hablar en público o incluso comer frente a otros, y pueden mostrar síntomas como rubor, bloqueo del habla o temblores.	Se relaciona frecuentemente con trastornos depresivos, TAG y trastornos de la personalidad, como la evitativa.	El riesgo puede ser moderado o alto, especialmente si existe baja autoestima, aislamiento o experiencias repetidas de humillación.
Agorafobia	Este trastorno implica un miedo intenso a encontrarse en lugares donde escapar pueda resultar complicado en caso de sufrir síntomas incapacitantes.	Las situaciones temidas se evitan o se enfrentan con gran malestar; es común que la persona limite sus salidas, necesite compañía o desarrolle rutas seguras.	Comúnmente se asocia al trastorno de pánico, pero también puede coexistir con fobia social o depresión.	El riesgo es alto, especialmente si el aislamiento domiciliario es prolongado o si se pierde funcionalidad en la vida diaria.

Fuente: Elaboración propia en Canva con datos del DSM-V.

2.4. Trastornos depresivos

Los trastornos depresivos constituyen un grupo de condiciones psicopatológicas caracterizadas principalmente por la presencia de un estado de ánimo persistentemente bajo o irritable, pérdida de interés o placer en la mayoría de las actividades, alteraciones cognitivas y somáticas, y un deterioro significativo en el funcionamiento diario. Aunque se manifiestan con intensidades y formas diversas, estos trastornos comparten un núcleo emocional de tristeza profunda, vacío o desesperanza, acompañados muchas veces por síntomas físicos y cognitivos. La depresión no se reduce a una simple reacción emocional ante eventos negativos, sino que constituye una alteración clínica que puede afectar de manera grave el bienestar, las relaciones interpersonales y la funcionalidad en cualquier ámbito.

A pesar de las variaciones entre los distintos trastornos depresivos, existen algunos criterios diagnósticos fundamentales que suelen estar presentes en la mayoría de los casos:

- Ánimo deprimido o irritable persistente, gran parte del día y durante varios días.
- Pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, incluso aquellas que anteriormente resultaban placenteras.
- Síntomas físicos o cognitivos como alteraciones del sueño, apetito, energía, concentración o movimientos psicomotores.
- Malestar clínicamente significativo o deterioro funcional en áreas como el trabajo, la vida social o el autocuidado.
- Duración prolongada, en general de al menos dos semanas para los episodios agudos, y hasta años en los trastornos crónicos.
- No atribuible a sustancias ni a otros trastornos médicos o psiquiátricos.

Las manifestaciones o sintomatología de un posible trastorno depresivo pueden incluir:

- Tristeza o irritabilidad persistente, incluso sin causa aparente.
- Abandono de actividades cotidianas o placenteras.
- Aislamiento social progresivo y disminución del rendimiento escolar o laboral.
- Quejas físicas frecuentes (dolores, fatiga, alteraciones del sueño o apetito).
- Cambios en la conducta: lentitud, apatía, descuido personal o llanto frecuente.
- Expresiones de desesperanza, inutilidad o pensamientos de muerte.

2.4.1. Clasificación:

A continuación, se recoge, en forma de tabla, información sobre los trastornos de depresión y su clasificación propuestos en el DSM-V:

Figura 3. Tabla resumen de Trastornos depresivos

Trastorno	Descripción clínica	Señales de alerta	Comorbilidad frecuente	Riesgo suicida
Trastorno Depresivo Mayor (TDM)	Se presenta con uno o más episodios de intensa tristeza, pérdida de interés, y disminución general del funcionamiento, sin historia de episodios maníacos. Los síntomas duran al menos 2 semanas e impactar gravemente la vida cotidiana.	Expresiones de desesperanza, retraimiento social, disminución de la energía, insomnio o hipersomnia, autolesiones o verbalizaciones de muerte.	Es frecuente junto a trastornos de ansiedad, uso de sustancias, TOC, trastornos de personalidad y enfermedades crónicas.	Elevado. La presencia de ideación suicida es muy común y pueden presentarse intentos serios, especialmente si no hay tratamiento.
Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)	Estado crónico de ánimo bajo, con síntomas menos intensos que el TDM, pero persistentes durante años. La persona suele considerarse “naturalmente triste” o desmotivada.	Personas que normalizan su malestar, muestran pesimismo constante, fatiga crónica, retraimiento social y baja autoestima.	Puede coexistir con TDM (“doble depresión”), ansiedad generalizada, trastornos de personalidad, y abuso de sustancias.	Moderado. Aunque no tan agudo como en el TDM, el riesgo aumenta con la duración del trastorno y la falta de respuesta terapéutica.
Trastorno Disfórico Premenstrual	Afecta cíclicamente a mujeres en edad fértil, con síntomas emocionales intensos en los días previos a la menstruación, como irritabilidad, tristeza o ansiedad, acompañados de molestias físicas.	Cambios emocionales severos antes del periodo, estallidos de llanto, conflictos interpersonales, sensación de desesperanza breve, junto con síntomas físicos cíclicos.	Puede coexistir con depresión mayor, trastornos de ansiedad y, en algunos casos, con trastorno bipolar.	Moderado a alto. Durante los días más sintomáticos pueden aparecer ideaciones suicidas o autolesiones transitorias.
Depresión por Condición Médica o Sustancias	Se diagnostica cuando los síntomas depresivos surgen claramente tras una enfermedad médica (como un cáncer) o el uso/abuso de sustancias psicoactivas, y no son explicables por otro trastorno.	Inicio depresivo luego de una enfermedad o medicación, pérdida de interés sin causa emocional evidente, aparición de tristeza en contextos médicos graves.	Común en enfermedades neurológicas, endocrinas, consumo de sustancias, dolor crónico y deterioro físico prolongado.	Alto. El sufrimiento físico, la pérdida de autonomía y la desesperanza ante enfermedades terminales elevan considerablemente el riesgo.

Fuente: Elaboración propia en Canva con datos del DSM-V.

2.5. Análisis de la prevalencia de TCA, ansiedad y depresión en adolescentes

Los trastornos comentados en este trabajo representan actualmente un problema de gran relevancia social, especialmente más pronunciado entre adolescentes y con más énfasis en los últimos años. Por ejemplo, en esta población, se ha observado un incremento de dos a cinco veces en las cifras de prevalencia de los TCA en las últimas tres décadas.

Pero ocurre con muchos de los trastornos comentados y otros tantos que sufren los adolescentes y que desequilibran su salud mental. A continuación, se recoge un breve análisis de todos estos “números”.

2.5.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Los TCA muestran una incidencia preocupante entre la población adolescente. Según los datos del estudio *Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain)*, el 61% de las chicas y el 35% de los chicos presentan riesgo de desarrollar algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria. Específicamente, dentro del grupo de riesgo alto, un 10,3% de las chicas y un 3,2% de los chicos se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad (Peláez, Labrador, y Raich, 2007). Estas cifras evidencian una marcada desigualdad de género en la afectación de los TCA, siendo las mujeres adolescentes el grupo más afectado.

Se estima que la anorexia nerviosa (AN) afecta al 0,5-1% de la población, la bulimia nerviosa (BN) al 1-3% y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) a aproximadamente un 3%. Asimismo, se señala que la ratio de prevalencia de los TCA entre varones y mujeres es de 1 a 9 (Peláez, Labrador, y Raich, 2007).

2.5.2. Ansiedad

En lo que respecta a los niveles de ansiedad, el estudio indica que un 63,6% de los adolescentes evaluados presentan niveles moderados o graves. La afectación por ansiedad se da con mayor frecuencia entre las chicas, lo cual es consistente con la tendencia general observada en otros estudios que señalan una mayor vulnerabilidad emocional en la población femenina durante la adolescencia (Peláez, Labrador, y Raich, 2007).

En Aragón, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza ha colaborado recientemente con El Justicia de Aragón en la elaboración de un informe especial centrado en la ansiedad y la depresión, reconociendo la creciente preocupación por estos trastornos mentales en la población más joven (El Justicia de Aragón, 2024). Esta colaboración institucional subraya la relevancia del problema y la necesidad de actuar desde múltiples ámbitos para mejorar la atención psicológica y el acceso a los recursos de salud mental.

2.5.3. Depresión

Por otro lado, un 57,8% de los adolescentes presentan niveles moderados o graves de depresión. Al igual que en los casos de TCA y ansiedad, se observa una mayor prevalencia en las chicas. Este dato resalta la necesidad de intervenciones preventivas dirigidas específicamente a esta población, con el objetivo de reducir el impacto psicológico negativo durante esta etapa del desarrollo (Peláez, Labrador, y Raich, 2007).

El informe mencionado, desarrollado con la participación del Colegio de Farmacéuticos de Zaragoza, también pone de manifiesto el papel crucial que pueden desempeñar los profesionales de farmacia en la detección precoz de síntomas depresivos y ansiosos en adolescentes, al ser uno de los primeros puntos de contacto del sistema sanitario (El Justicia de Aragón, 2024).

Tabla 1. Tabla comparativa de prevalencia (%) de TCA, ansiedad y depresión en adolescentes

Trastorno	Población total afectada (%)	Afectación en chicas (%)	Afectación en chicos (%)
Trastornos de Conducta Alimentaria	61% (chicas), 35% (chicos)	61% (10,3% riesgo alto)	35% (3,2% riesgo alto)
Ansiedad	63,6%	Mayor frecuencia	Menor frecuencia
Depresión	57,8%	Mayor frecuencia	Menor frecuencia

Tabla 4. Elaboración propia con datos de Peláez, Labrador, y Raich, 2007

2.5.4. Suicidio

A partir de las cifras de prevalencia mencionadas, algunos estudios han identificado una conexión entre los trastornos mentales y la aparición de conductas autolesivas y suicidas.

En la adolescencia, estas conductas alcanzan una alta prevalencia, con tasas de autolesión que rondan el 17-18%, mientras que aproximadamente el 2% de los adolescentes ha intentado suicidarse.

Los factores de riesgo asociados tanto a las autolesiones no suicidas (ANS) como a los intentos de suicidio suelen coincidir y pueden agruparse en tres categorías principales: problemas crónicos en la vida cotidiana, trastornos mentales graves y reacciones agudas ante eventos vitales significativos (Wang, 2023).

A nivel de Aragón, los datos sobre ideación e intentos suicidas no mejoran. De hecho, los datos numéricos sobre salud mental en adolescentes aragoneses son profundamente alarmantes. Según el estudio realizado por la Universidad de Zaragoza junto con la Asociación de Apoyo al Tratamiento de Ansiedad y Depresión en Aragón (AFDA), el 9,6% del alumnado de Secundaria ha elaborado planes para quitarse la vida en el último año, y un 6,7% lo ha intentado. Además, el 23,6% expresó que sintió que su vida no valía la pena durante ese mismo periodo (Heraldo de Aragón, 2025). Estas cifras muestran que un número significativo de adolescentes experimenta pensamientos suicidas recurrentes, lo que subraya la necesidad urgente de intervenciones preventivas desde edades tempranas.

En la misma línea, el estudio PsiCE (Psicología en Contextos Educativos) revela que casi el 5% de los adolescentes aragoneses ha intentado suicidarse antes de cumplir los 15 años. Además, más del 9% ha pensado seriamente en hacerlo en algún momento. Estas cifras reflejan que los pensamientos e intentos suicidas son más comunes de lo que muchas veces se percibe, y confirman una tendencia preocupante a edades cada vez más tempranas (eldiario.es, 2024).

Un aspecto especialmente significativo es la disminución observada en los indicadores de ideación e intentos suicidas entre los adolescentes aragoneses en el último año. Según el estudio RISCE, durante el curso 2023-2024, el 30,8% del alumnado de ESO manifestó que su vida no valía la pena, el 14,9% elaboró planes para quitarse la vida y el 11,7% llegó a intentarlo. En el curso 2024-2025, estas cifras se redujeron al 23,6%, 9,6% y 6,7%, respectivamente. Esta mejora, que representa una reducción de cerca de cinco puntos porcentuales en cada categoría, podría estar relacionada con la implementación y consolidación de programas de intervención y apoyo psicológico como “Crecer en Bienestar”, cuya aceptación entre los estudiantes ha ido en aumento (Heraldo de Aragón, 2025).

2.5.5. Depresión y ansiedad

El estudio PsiCE también arroja datos contundentes sobre la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos. De acuerdo con este informe, el 26,2% del alumnado presenta síntomas de depresión de intensidad moderada o grave, mientras que un 26,9% muestra síntomas de ansiedad con grados variados de intensidad (eldiario.es, 2024). Estos trastornos mentales afectan directamente al rendimiento académico, la motivación personal, las relaciones sociales y la autoestima de los adolescentes. Además, se sabe que la combinación de depresión y ansiedad puede potenciar las conductas de riesgo, como la autolesión o el abandono escolar.

2.5.6. Factores de riesgo y protección

Entre los principales factores de riesgo identificados por los estudios destacan el acoso escolar, la violencia en relaciones afectivas, el uso problemático de redes sociales y la presión académica. Estos elementos contribuyen a la aparición y agravamiento de síntomas emocionales negativos. Por otro lado, se evidencia que el entorno familiar juega un papel fundamental como factor protector. Los adolescentes que cuentan con una estructura familiar estable y un ambiente de diálogo tienen menos probabilidades de desarrollar pensamientos autolíticos o trastornos del estado de ánimo (Heraldo de Aragón, 2025). Promover entornos de confianza, tanto en casa como en el colegio, es clave para mitigar los efectos negativos de estos factores de riesgo.

2.5.7. Intervenciones y apoyo psicológico

La respuesta institucional comienza a tomar forma con iniciativas como el programa “Crecer en Bienestar”, impulsado por AFDA. Durante el curso 2023-2024, el 10,2% del alumnado de Secundaria en Aragón solicitó ayuda psicológica gratuita a través del programa, aunque solo el 15,6% aceptó finalmente recibir atención. Para el curso 2024-2025, el 7,9% ya ha pedido apoyo, y un 47% de ellos ha concertado su primera sesión (Heraldo de Aragón, 2025). Estos datos muestran una mejora en la aceptación del acompañamiento psicológico, aunque todavía queda camino por recorrer en términos de accesibilidad, seguimiento y reducción del estigma.

2.6. Marco normativo e institucional de la salud mental infanto-juvenil en España y Aragón

La atención a la salud mental en la infancia y la adolescencia se ha convertido en una prioridad dentro del sistema sanitario español, como respuesta al alarmante incremento de casos relacionados con trastornos emocionales, ansiedad, depresión y conductas suicidas en esta etapa del desarrollo (Ministerio de Sanidad, 2022a). Esta situación ha impulsado el desarrollo de marcos normativos, planes de acción y protocolos específicos tanto a nivel nacional como autonómico, con el objetivo de garantizar una atención integral, preventiva y centrada en las necesidades reales de niños y adolescentes.

En el ámbito nacional, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece los principios fundamentales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, incluyendo la cobertura de la salud mental. Esta ley reconoce el derecho a la atención en salud mental como parte del derecho general a la protección de la salud, promoviendo la integración de los servicios de salud mental en la red pública sanitaria y su coordinación con los servicios sociales y educativos.

Algunas comunidades autónomas, como Cantabria y La Rioja, han desarrollado además normativas específicas que refuerzan el abordaje de esta problemática desde un enfoque local y contextualizado.

En los últimos años, el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, a través del Comisionado de Salud Mental, ha elaborado dos planes clave para el periodo 2025-2027, que abordan de manera específica la salud mental en edades tempranas:

- El Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027 articula siete líneas estratégicas, entre las que destaca la Línea 6, dedicada a la salud mental perinatal, infantil y adolescente. Esta línea promueve la descentralización de los recursos hospitalarios y fomenta el desarrollo de alternativas comunitarias, con especial énfasis en la prevención y la atención temprana en entornos naturales como la familia o la escuela (Ministerio de Sanidad, 2024a).
- Por su parte, el Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027 pone el foco en el entorno educativo como espacio privilegiado de prevención. Entre sus medidas más destacadas está la incorporación de la figura del “Coordinador/a de Bienestar del Alumnado”, que tiene como objetivo detectar situaciones de vulnerabilidad emocional y articular respuestas adecuadas desde los centros escolares (Ministerio de Sanidad, 2024b).

A nivel autonómico, Aragón cuenta con un sólido marco legal e institucional. La base normativa se encuentra en la Ley de Salud de Aragón 6/2002, del 15 de abril, que reconoce expresamente el derecho a la salud mental y establece principios de actuación para su protección y promoción. A partir de este marco, la comunidad ha desarrollado planes estratégicos y protocolos de actuación específicos dirigidos a la población infantojuvenil.

Dentro de las herramientas institucionales desarrolladas por Aragón, destaca el Plan de Salud Mental 2022-2025, un instrumento estratégico que define las líneas de actuación prioritarias para el periodo actual. En este plan, la Línea Estratégica 3 se enfoca en la salud mental en la infancia y la adolescencia, promoviendo acciones de sensibilización, atención temprana, formación del profesorado y coordinación entre servicios educativos y sanitarios. Por otro lado, la Línea Estratégica 6 aborda específicamente la prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida, lo que refleja una preocupación clara por las manifestaciones más graves del sufrimiento emocional juvenil (Gobierno de Aragón, 2022c).

En cuanto a recursos asistenciales, Aragón dispone de una red de Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil (USMIJ) distribuidas por provincias. En Zaragoza, estas unidades están ubicadas en centros asistenciales como Actur Oeste, Hospital Infantil, Sagasta, Inocencio Jiménez, Ejea de los Caballeros, Tarazona y Calatayud. Además, existen dispositivos especializados como la UCEIJ (Unidad de Corta Estancia Infantojuvenil) y

la UTCA-IJ (Unidad para Trastornos de la Conducta Alimentaria en población infantojuvenil), ambas en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Complementan esta oferta el Centro de Día Movera y el Hospital de Día Parque Goya, destinados a ofrecer atención intensiva sin necesidad de ingreso hospitalario.

En Huesca, las USMIJ se encuentran en los centros de salud de Barbastro, Monzón y Fraga, mientras que en Teruel se localizan en los centros de salud generales y en la localidad de Alcañiz. Asimismo, aunque no específicas para menores, se cuenta con unidades especializadas para el tratamiento de trastornos de la personalidad y de la conducta alimentaria en el Hospital Nuestra Señora de Gracia, además de otros centros hospitalarios, de atención ambulatoria y residencias distribuidas por los distintos sectores sanitarios de la comunidad.

De manera complementaria, se ha implementado en Aragón un recurso de gran relevancia para los centros escolares: la Guía para Centros Escolares y Protocolo de Actuación Inmediata para la Prevención, Detección e Intervención en Casos de Ideación Suicida en el Ámbito Educativo. Este documento proporciona herramientas prácticas a docentes, equipos directivos y orientadores para actuar de forma inmediata ante casos de ideación suicida o riesgo de suicidio en el entorno escolar. El protocolo establece mecanismos claros de identificación, coordinación con los servicios de salud mental y actuación urgente, así como pautas para el acompañamiento emocional del alumnado afectado y de su entorno. Esta guía refuerza la red de protección en torno a los adolescentes en riesgo y convierte al ámbito educativo en un espacio clave para la prevención eficaz del suicidio juvenil (Gobierno de Aragón y Justicia de Aragón, 2023).

En conjunto, estos recursos y normativas reflejan una evolución positiva en el tratamiento institucional de la salud mental infanto-juvenil, avanzando hacia modelos más preventivos, integradores y sensibles al contexto social, familiar y educativo de los adolescentes.

2.7. Marco legal educativo y el Plan de Orientación y Acción Tutorial (POAT)

El sistema educativo español se estructura sobre un marco legal que no solo define principios generales a nivel curricular, sino que regula con precisión aspectos clave como la gestión del alumnado, según el *Decreto 188/2022* (Gobierno de Aragón, 2022b), refiriéndose al aspecto más humano de la educación

Uno de los ejes centrales de este sistema es la atención a la diversidad. Dentro de este ámbito, la detección y respuesta a las Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE) ocupa un lugar destacado. Se considera que un alumno presenta NEAE cuando, tras una evaluación psicopedagógica llevada a cabo por la Red Integrada de Orientación Educativa, se concluye que requiere apoyos o medidas específicas para avanzar adecuadamente. En los casos en que ya existe un diagnóstico previo de necesidades educativas especiales, no es necesario realizar nuevas evaluaciones para confirmar dicha condición (Gobierno de Aragón, 2022b).

El informe psicopedagógico, elaborado por el personal especializado, requiere autorización escrita por parte de las familias o representantes legales. Estas reciben el documento original y deben firmar un justificante de entrega. Las copias se archivan tanto en el centro educativo como en la Red de Orientación, ambas responsables de su custodia. Esta información puede ser requerida por el departamento competente en educación no universitaria (Gobierno de Aragón, 2022b). Las NEAE pueden derivarse de muy diversas situaciones: desde discapacidades o retraso madurativo, hasta altas capacidades, incorporación tardía al sistema, situaciones de protección o adopción, pertenencia a entornos vulnerables, o circunstancias personales como ser deportista de alto nivel. Además, las evaluaciones psicopedagógicas no pueden ser solicitadas por entidades externas al sistema educativo.

En el marco de la evaluación continua, si el alumnado no progresa adecuadamente, deben aplicarse de forma inmediata medidas de intervención educativa general, orientadas a garantizar el aprendizaje de contenidos esenciales (Gobierno de Aragón, 2023b). El profesorado debe observar y registrar de manera constante el desarrollo del aprendizaje, tomando como referencia los objetivos del curso, las competencias específicas y los criterios de evaluación.

La Educación Secundaria Obligatoria se orienta a favorecer el crecimiento personal del alumnado y su preparación para participar de forma activa y responsable en la vida democrática. Esta formación, según el *Real Decreto 217/2022* (Gobierno de España, 2022), se basa en el desarrollo de competencias clave, inspiradas en las recomendaciones europeas sobre el aprendizaje permanente. El perfil de salida establece lo que el alumnado debe ser capaz de hacer al finalizar la etapa, y las enseñanzas mínimas están diseñadas para garantizar que todos los estudiantes lleguen a ese nivel.

El currículo se organiza en torno a competencias específicas, criterios de evaluación y saberes básicos, que integran conocimientos, habilidades y actitudes (Gobierno de España, 2022).

En la línea más humana y personal de la normativa educativa se reconoce la acción tutorial como una parte esencial del proceso educativo y una función inherente al ejercicio docente, especialmente en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria. La Orden ECD/1172/2022 establece que los centros deben prestar especial atención a la orientación educativa, la acción tutorial y la educación emocional y en valores, integrándolas transversalmente en todas las materias y en la organización del centro (Gobierno de Aragón, 2022a). Esta orden también destaca el papel de la persona tutora como figura clave en los procesos de evaluación y seguimiento del alumnado. En este contexto, el Plan de Orientación y Acción Tutorial (POAT) se configura como el documento institucional que articula, de forma planificada y coherente, las actuaciones orientadoras y tutoriales. Aunque la legislación autonómica no lo regula con nombre propio, su contenido se deriva de las competencias que cada centro debe desarrollar para garantizar la atención a la diversidad, la personalización del aprendizaje y el acompañamiento integral del alumnado (Gobierno de Aragón, 2022a).

Además, la Orden ECD/1004/2018 (Gobierno de Aragón, 2018b) regula la Red Integrada de Orientación Educativa en los centros sostenidos con fondos públicos. En su artículo 3, establece que su actuación se organiza en torno a los ejes de prevención, evaluación, intervención, participación, formación, innovación, investigación y asesoramiento. Además, asigna a los departamentos de orientación la función de colaborar en la planificación y desarrollo de las actuaciones de orientación educativa y acción tutorial que se integren en la programación general del centro. Aunque no se menciona el POAT como documento oficial en la orden, estas funciones lo fundamentan como herramienta organizativa.

En definitiva, el marco legal que sustenta el sistema educativo español abarca desde la organización curricular hasta la atención individualizada del alumnado (Gobierno de Aragón, 2022b). Este marco no solo define protocolos claros para identificar y atender necesidades educativas específicas, estructura el currículo alrededor de competencias esenciales, establece el papel de cada materia en el desarrollo de capacidades clave y garantiza una gestión cuidadosa y segura de los datos personales (Gobierno de España, 2022); si no que también cuida la parte más personal del alumnado desde la acción tutorial.

2.8. Papel de la escuela: POAT, acción tutorial y ODS

2.8.1. POAT: concepto y fundamentos

El Plan de Orientación y Acción Tutorial (POAT) es una herramienta educativa y didáctica cuyo propósito es coordinar, a mediano y largo plazo, todas las intervenciones de un centro escolar relacionadas con la tutoría y la orientación (Junta de Andalucía, 2007). Este plan se plantea como un recurso de acompañamiento para que los estudiantes puedan avanzar tanto en lo académico como en lo personal, siendo clave para asegurar una educación que atienda de forma completa e individualizada los conocimientos, habilidades y valores del alumnado. La tutoría y la orientación forman parte natural del proceso educativo, buscando estructurar el aprendizaje y la enseñanza de forma holística y adaptada a cada estudiante (I.E.S. Universidad Laboral, 2019).

El trabajo tutorial se considera una función propia del profesorado, con el objetivo de lograr un desarrollo armónico de las competencias del estudiante y favorecer su integración social. El POAT debe estar alineado con el Proyecto Educativo del centro y los Proyectos Curriculares por etapa. Para que sea eficaz, debe considerar el contexto del centro, así como sus principales desafíos y necesidades, con la finalidad de solventarlos (Erlés, 2014).

Los principios metodológicos del POAT se comparten con la docencia, destacando la atención personalizada y el trabajo colaborativo (I.E.S. Universidad Laboral, 2019). Según la guía para la elaboración del plan de orientación y acción tutorial en los institutos de educación secundaria, los tres pilares del POAT son: Acción Tutorial, Orientación Académica y Profesional, y Atención a la Diversidad, los cuales deben integrarse dentro del plan (Junta de Andalucía, 2007).

La Acción Tutorial representa la base de la intervención orientadora, siendo apoyada técnicamente por el Departamento de Orientación. Todos los docentes tienen asignadas tareas de tutoría y orientación, de modo que cada maestro también cumple el rol de tutor. En la educación secundaria, cada grupo cuenta con un tutor designado por el director a propuesta del jefe de estudios (I.E.S. Universidad Laboral, 2019).

2.8.2. Prevención y salud mental

Aunque el término "salud mental" no siempre aparece de manera explícita en las fuentes revisadas, el POAT y las actividades tutoriales incluyen muchas acciones preventivas que favorecen directamente el bienestar emocional y psicológico del alumnado. Un caso destacado es la implementación del POAT para prevenir situaciones de acoso escolar, como lo demuestra (Erlés, 2014). Se trata de un enfoque preventivo

primario que puede desarrollarse a lo largo de una etapa educativa para evitar la aparición de conductas de bullying.

El abordaje de temas como el acoso, la violencia escolar y la mejora de la convivencia se encuadra dentro del ámbito de desarrollo personal, escolar y social, asumido desde la tutoría (Erlés, 2014). Además, el POAT abarca otras áreas importantes para la prevención en salud mental, tales como la orientación profesional, la integración escolar, el fortalecimiento de las habilidades sociales y la resolución pacífica de conflictos. También se consideran aspectos como el hábito de estudio, la inclusión y el respeto a la diversidad (I.E.S. Universidad Laboral, 2019).

Se incluyen iniciativas concretas como campañas contra el consumo de drogas, actividades por el Día Internacional contra la Violencia de Género, y el entrenamiento en habilidades sociales (I.E.S. Universidad Laboral, 2019). En el caso del alumnado universitario, también se busca reducir el estrés y las dificultades asociadas al proceso de inserción en el mundo laboral (Marín, 2024).

Un principio esencial de la tutoría es la atención individualizada, cuyo fin es anticiparse a las dificultades, reduciendo su aparición (Junta de Andalucía, 2007). Las acciones tutoriales promueven el fortalecimiento de la autoestima, la exploración de intereses, la educación emocional y sexual, así como hábitos saludables de alimentación e higiene. Se pretende también que el alumnado aprenda a manejar emociones como la frustración o la confusión que pueden surgir al tomar decisiones académicas o profesionales (I.E.S. Universidad Laboral, 2019).

Algunos centros incluyen en la evaluación del POAT la valoración de programas enfocados en la formación en valores, como "Escuela: espacio de paz" y "Educación emocional" (I.E.S. Universidad Laboral, 2019). Estas prácticas contribuyen a establecer un entorno escolar emocionalmente seguro y protector del bienestar mental de los estudiantes.

2.8.3. Escuela como agente de salud: implicación en la salud mental

El entorno escolar, mediante el POAT y la acción tutorial, actúa como un agente clave en la promoción del bienestar emocional y en la prevención de problemáticas que pueden afectar la salud mental del alumnado. La educación debe cimentarse en valores como el respeto, la convivencia y la tolerancia, siendo el docente una figura esencial en esta labor. El trabajo tutorial implica acompañar a los estudiantes en su desarrollo integral, guiando sus pasos desde la infancia (Erlés, 2014).

La orientación y la tutoría son consideradas procesos educativos integrados que permiten estructurar la enseñanza de forma individualizada y completa (I.E.S. Universidad Laboral, 2019). Esta orientación, tanto educativa como académica y profesional, es responsabilidad del profesorado, frecuentemente con el apoyo del Departamento de Orientación.

Entre las tareas fundamentales de la escuela están la integración del alumnado, la personalización de la enseñanza, el seguimiento académico individual y grupal, así como la detección temprana de dificultades de aprendizaje. También se implementan medidas preventivas ante conflictos escolares y problemas de convivencia, como los programas de acogida en la transición a la secundaria (I.E.S. Universidad Laboral, 2019).

La colaboración con las familias forma parte esencial de esta tarea, facilitando el intercambio de información y estrategias para acompañar el proceso educativo de los estudiantes (Erlés, 2014). Las intervenciones relacionadas con la salud mental, aunque no siempre nombradas explícitamente, abarcan el seguimiento de casos conflictivos, la atención a situaciones familiares complejas y el control del absentismo escolar (Junta de Andalucía, 2007).

Además, el POAT fomenta actividades que promueven la reflexión personal, la toma de decisiones, el conocimiento del entorno laboral y el desarrollo de habilidades emocionales y sociales, todos ellos factores protectores en salud mental (Erlés, 2014). De esta manera, la escuela asume un rol fundamental en la creación de un entorno propicio para el crecimiento integral del alumnado.

2.8.4. Formación y prevención

La capacitación del profesorado, especialmente de quienes ejercen funciones tutoriales, resulta esencial para llevar a cabo acciones preventivas eficaces en el marco del POAT. El Plan Anual de Orientación y Acción Tutorial contempla principios como la atención personalizada tanto a estudiantes como a familias y docentes (I.E.S. Universidad Laboral, 2019).

Uno de los ejes de actuación es ofrecer formación básica a los tutores sobre temas vinculados con la orientación académica y profesional, a través de reuniones periódicas con la jefatura y el Departamento de Orientación (I.E.S. Universidad Laboral, 2019). Para atender a la diversidad y prevenir problemáticas, se ha propuesto un protocolo de formación docente orientado al seguimiento académico de estudiantes con necesidades específicas de apoyo educativo (NEAE) (I.E.S. Universidad Laboral, 2019). Este incluye

nociones sobre terminología, detección temprana, medidas educativas, guías y funciones del personal especializado.

En relación con la prevención del acoso escolar, se destaca la importancia de capacitar al profesorado mediante cursos específicos y jornadas de sensibilización (Erlés, 2014). Un ejemplo concreto es un trabajo académico que propone un protocolo de intervención docente frente a situaciones de acoso, lo que evidencia la necesidad de contar con conocimientos y formación específicos (Erlés, 2014).

Las reuniones de coordinación entre tutores, jefatura y orientadores son fundamentales para poner en común recursos, compartir materiales y programar tanto las tutorías lectivas como las intervenciones individualizadas con el alumnado y sus familias. Durante estos encuentros, el orientador brinda asesoramiento sobre metodologías adaptadas, estrategias de atención a la diversidad y acciones para mejorar el clima escolar (Junta de Andalucía, 2007).

Este tipo de asesoramiento continuo y coordinado representa una forma de formación práctica que fortalece las competencias del profesorado y mejora su capacidad para actuar de forma preventiva en el entorno educativo.

Dado el peso que esta problemática tiene hoy en día, la frecuencia con la que se manifiesta entre adolescentes y las consecuencias que conlleva si no se aborda a tiempo, resulta evidente que no puede pasarse por alto en el ámbito escolar. Las normativas no solo reconocen la importancia de actuar, sino que insisten en el papel clave que deben asumir los centros para prevenir, detectar y acompañar este tipo de situaciones. Por todo ello, y considerando que la escuela es un agente activo y un entorno privilegiado para intervenir de forma temprana, se propone este proyecto educativo específico que, desde una perspectiva innovadora y realista, pretende dar respuesta a esta necesidad urgente

3. Proyecto de innovación educativa.

3.1. Descripción general del Proyecto a modo introductorio.

Este proyecto de innovación educativa propone el diseño e implementación de un programa lúdico basado en Escape Rooms educativos como herramienta para la promoción de la salud mental en adolescentes. Partiendo de la preocupación creciente por el aumento de problemas emocionales como la ansiedad, la depresión o los trastornos de conducta alimentaria en el alumnado de secundaria, este proyecto se sitúa como una intervención preventiva que combina el aprendizaje activo, la gamificación y el desarrollo de competencias socioemocionales.

La dinámica del Escape Room permite generar un entorno seguro, cooperativo y motivador, donde los estudiantes trabajan en equipo para resolver enigmas relacionados con el bienestar psicológico, la gestión emocional, el autoconocimiento y el apoyo entre iguales. Esta metodología pretende fomentar no solo el aprendizaje cognitivo, sino también el desarrollo de soft skills como la empatía, la resiliencia, la comunicación efectiva y la autoestima.

El proyecto se enmarca en un enfoque educativo integral, centrado en el desarrollo emocional y social del alumnado como pilares fundamentales del proceso de enseñanza-aprendizaje. Además, se adapta al contexto actual de la educación postpandemia, donde las secuelas emocionales de los adolescentes requieren una respuesta pedagógica específica. A través de una narrativa inmersiva y actividades cooperativas, los Escape Rooms permiten abordar contenidos curriculares desde una perspectiva transversal, favoreciendo el aprendizaje significativo y la prevención del malestar emocional. Se trata, en definitiva, de ofrecer una propuesta innovadora, realista y sostenible que contribuya a mejorar el clima del aula y a reforzar la salud mental como parte esencial del éxito educativo.

3.2. Diagnóstico/viabilidad del Proyecto.

La salud mental de los adolescentes es una preocupación creciente en los ámbitos educativo y sanitario. El aumento de trastornos como la ansiedad o la depresión en esta etapa del desarrollo ha llevado a explorar metodologías innovadoras que puedan contribuir a mejorar su calidad de vida desde el entorno escolar.

Entre estas estrategias emergen los *Escape Rooms* como una propuesta pedagógica lúdica, capaz de promover el aprendizaje activo, el trabajo colaborativo y el fortalecimiento de habilidades socioemocionales. Estas experiencias inmersivas permiten a los estudiantes enfrentarse a desafíos en un entorno seguro y controlado, generando beneficios tanto cognitivos como emocionales.

Con el propósito de evaluar la viabilidad de implementar un programa basado en *Escape Rooms* enfocado en la promoción de la salud mental adolescente, se diseñó un estudio con enfoque metodológico mixto, combinando herramientas cuantitativas y cualitativas. Tal como proponen Creswell (2008) y Corbetta (2003), este tipo de enfoque permite abordar fenómenos complejos desde distintas perspectivas, integrando datos estadísticos con valoraciones subjetivas. En este caso, se elaboró un cuestionario estructurado como instrumento principal para la recolección de datos, diseñado para captar tanto percepciones generales como opiniones detalladas sobre el impacto del programa propuesto.

El cuestionario, distribuido de forma digital mediante la plataforma Microsoft Forms, fue enviado a profesionales de la educación (docentes y orientadores de secundaria) seleccionados mediante muestreo intencional y la técnica de “bola de nieve”. Esta metodología permitió alcanzar una muestra diversa, estimada en al menos 40 participantes (30 docentes y 10 orientadores), lo cual incrementa la representatividad y fiabilidad de los resultados. La encuesta incluyó preguntas cerradas —algunas formuladas en escalas Likert— para obtener datos cuantitativos, y preguntas abiertas para explorar aspectos cualitativos como las fortalezas, debilidades o recomendaciones sobre la propuesta.

El contacto con expertos en gamificación y salud mental adolescente fue intencionado, ya que su experiencia técnica y práctica aporta mayor validez y aplicabilidad a los resultados. Según Creswell (2008), las respuestas obtenidas de informantes clave no solo enriquecen la calidad del análisis, sino que permiten anticipar posibles dificultades en la implementación del programa. Además, el diagnóstico se realizó cumpliendo los principios éticos establecidos por el Comité de Ética y aprobados por la directora del trabajo: anonimato, consentimiento informado y confidencialidad fueron respetados en todo momento.

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante estadística descriptiva, utilizando herramientas como Excel para graficar los resultados cuantitativos, y análisis temático para codificar los datos cualitativos.

Finalmente, los resultados obtenidos reflejan una alta viabilidad del programa. La mayoría de los expertos consultados consideran que, siempre que se dispongan los recursos adecuados (como los *Escape Rooms*), existe una posibilidad real y factible de implementar esta iniciativa en el contexto escolar. Este estudio, por tanto, no solo confirma el interés y la aceptación de la propuesta, sino que también sienta las bases para su desarrollo futuro como herramienta educativa para la promoción del bienestar psicológico en adolescentes.



3.2.1. Análisis de datos

A continuación, se presenta la recogida de datos a través de un cuestionario de Microsoft Forms, la autogeneración de diagramas y el análisis exhaustivo apoyando en bibliografía sobre el uso de la gamificación (en concreto Escape Rooms educativos).

Ha sido un cuestionario el cual han completado 32 personas las cuales han rellenado la casilla dando su permiso y consentimiento a participar en el cuestionario de manera anónima, como se observa en la figura 4.

Figura 4. Consentimiento de participación de forma anónima

1. ¿Está de acuerdo en participar de forma anónima en este diagnóstico de viabilidad?

 Sí, estoy de acuerdo y quiero participar.	32
 No, preferiría no hacerlo	0

Fuente: Microsoft Forms

Los resultados de la encuesta en la pregunta 2 muestran que la gran mayoría de los participantes está vinculada a la educación formal, representando el 82% del total, mientras que un 18% trabaja en contextos de educación informal o no formal. Esto indica que la mayoría de los encuestados desempeña su labor dentro del sistema educativo reglado.

En cuanto a las etapas educativas en las que trabajan o han trabajado, pregunta número 3, se observa una fuerte concentración en los niveles de educación obligatoria. Las etapas con mayor presencia son Educación Secundaria Obligatoria, Primaria e Infantil, seguidas por Bachillerato y Universidad en menor medida. La educación especial, tanto en edades tempranas como en jóvenes, está representada por un número muy reducido de participantes. Esto sugiere que los encuestados tienen mayor experiencia en el trabajo con niños y adolescentes, principalmente en contextos escolares formales ordinarios.

Respecto al rol que desempeñan, la mayoría afirma ser tutor, docente o especialista, lo que reafirma el carácter pedagógico del conjuntos de los encuestados. También hay presencia de orientadores y monitores de tiempo libre, aunque en menor proporción. Los cargos directivos y otras funciones son muy minoritarios.

La pregunta número 5 analiza si los encuestados creen que el programa es factible de implementar en el entorno educativo actual. El 97% del profesorado considera que sí es factible implementar el programa. Este amplio consenso sugiere una percepción de

viabilidad organizativa y metodológica. La gamificación se adapta a diferentes entornos escolares al promover aprendizajes significativos sin exigir grandes inversiones económicas o cambios estructurales complejos (Navarro, Mora y Pérez, 2023). Al fin y al cabo, muchas veces lo más fundamental es la predisposición de los docentes y buenas referencias de buenas prácticas. El tiempo y los recursos llegan más tarde.

En la línea de ejemplos de buenas prácticas anteriores va la pregunta 6 ya que el 94% afirma haberlo utilizado anteriormente actividades lúdicas como herramienta de aprendizaje en su aula hecho. Esto indica una familiaridad previa con metodologías activas, lo cual facilitaría la integración del programa de Escape Rooms.

Hablando de esa familiaridad, se cuestiona la involucración del alumnado según los encuestados en la pregunta número 7. Esta es que si se considera que los alumnos de su nivel educativo se involucrarían activamente en este tipo de actividades lúdicas como son los Escape Room. El 91% considera que sí, destacando la afinidad entre la propuesta lúdica y los intereses del alumnado. La participación activa frecuentemente es clave para desarrollar competencias socioemocionales y cognitivas (Violero, Segovia, Redondo-Tébar, Sánchez-López, Bermejo-Cantarero, Navarro-Martínez y Visier-Alfonso, 2025).

En la pregunta número 8 que busca saber si el profesorado considera que el uso de Escape Rooms puede mejorar la salud mental de los adolescentes o servir como vía de aprendizaje preventivo. La totalidad de las respuestas apunta a su utilidad, independientemente si es correctivo o preventivo (72% piensa que sirve como método preventivo y correctivo y un 25% piensa que sí es preventivo, pero no correctivo).

Este consenso refleja la creciente aceptación de estrategias educativas que promueven el bienestar emocional desde un enfoque lúdico. En entornos escolares, actividades como los Escape Rooms pueden funcionar como herramientas para trabajar la gestión emocional, la autoestima y las relaciones interpersonales (Freire-Palacios, Jaramillo-Galarza, Quito-Calle y Orozco-Cantos, 2023). Al crear contextos seguros y motivadores, se facilita la expresión emocional de los adolescentes, lo que es clave para el desarrollo de habilidades socioemocionales y para la prevención de problemas de salud mental.

En la pregunta número 9 se puede observar la gráfica con los distintos grados de afinidad respecto a afirmaciones clave relacionadas con el programa y el uso de Escape Rooms como herramienta educativa para la salud mental. Una de las afirmaciones que mayor respaldo recibe es aquella que plantea que el programa tendría buena acogida por parte del alumnado: un 80.6% del profesorado se muestra completamente de acuerdo. Este dato, junto con el 79% que también considera que el alumnado disfrutaría del programa, sugiere una percepción generalizada sobre el atractivo y la capacidad motivadora de esta propuesta. Estas valoraciones reflejan una alta predisposición del

profesorado a innovar metodológicamente mediante herramientas lúdicas, reconociendo su potencial para fomentar implicación activa, motivación y conexión emocional con los contenidos (Navarro Mateos et al., 2023; Violero Mellado et al., 2025).

Además, un 67.7% de los encuestados está de acuerdo con que los adolescentes podrían expresar con mayor facilidad sus emociones a través de este tipo de dinámicas.

Este resultado apunta a la confianza del profesorado en el valor emocional y preventivo de las experiencias lúdicas, una visión respaldada por investigaciones que destacan el juego como medio eficaz para la expresión emocional y la prevención de malestares (Freire-Palacios et al., 2023).

Sin embargo, un 29% del profesorado considera que el programa sería más útil únicamente para alumnado con necesidades emocionales específicas, lo que podría denotar una percepción limitada del enfoque universal que estas herramientas permiten. Frente a ello, la literatura especializada insiste en que los beneficios de las metodologías activas deben extenderse a todo el alumnado, promoviendo una intervención emocional integral e inclusiva (Navarro Mateos et al., 2023).

Finalmente, también se valora la necesidad de implicación institucional, especialmente desde los departamentos de orientación y los equipos directivos. Este consenso revela una creciente conciencia de que el bienestar emocional no debe gestionarse solo desde el aula, sino desde una perspectiva transversal e integrada en todas las estructuras del centro educativo (Navarro Mateos et al., 2023).

También se cuestionó, en la pregunta 10, si este programa o similares podrían tener un impacto positivo en adolescentes. El 100% de las respuestas fueron afirmativas, lo cual es un respaldo contundente a la propuesta. Esta unanimidad indica que el profesorado considera que las dinámicas tipo Escape Room pueden trascender lo lúdico y convertirse en herramientas educativas transformadoras. Su impacto positivo no solo se relaciona con la motivación, sino también con la mejora de la autoestima, la cohesión grupal y el desarrollo emocional, aspectos especialmente relevantes en etapas adolescentes (*Violero et al., 2025*).

Los docentes anticipan un impacto alto en aspectos como la motivación, el trabajo en equipo y la expresión emocional, tal y como se puede observar en la undécima pregunta. En problemáticas más complejas como el acoso escolar o el aislamiento social, se percibe un impacto medio o alto. Este resultado demuestra que los participantes reconocen el potencial del programa para incidir en factores clave del bienestar estudiantil (Navarro et al., 2023). Incorporar estas actividades en el entorno educativo puede ser una forma eficaz de atender tanto al desarrollo cognitivo como al emocional.

Además, el 87.5% del profesorado cree que el programa podría ayudar directa o indirectamente en la detección de problemas como el estrés, la ansiedad o el aislamiento

(pregunta 12). Esta percepción refuerza la idea de que las metodologías activas pueden actuar como herramientas de screening emocional informal, permitiendo a los docentes detectar señales tempranas en un ambiente menos clínico y más accesible para los adolescentes (Freire-Palacios et al., 2023).

En cuanto a las áreas de mayor beneficio, en la pregunta número 13, destacan especialmente el desarrollo de habilidades socioemocionales (23 votos) y el aumento de la motivación (12 votos). Estos datos evidencian un enfoque integral por parte del profesorado, que percibe el programa no solo como una estrategia académica, sino como una intervención psicoeducativa que fortalece competencias esenciales para la vida (Violero et al., 2025). En contextos escolares, este enfoque integral es cada vez más valorado.

Las preguntas número 14 y 15 eran para conocer el perfil laboral del encuestado (orientador/docente) con el fin de obtener en las siguientes preguntas, opiniones centradas solo en profesionales de la educación de centros educativos de educación formal. La mayoría de los encuestados son docentes o tutores (25), lo que indica que la validación del programa debería centrarse en ellos ya que son los principales ejecutores. Este dato sugiere la necesidad de diseñar estrategias de formación y acompañamiento dirigidas específicamente al cuerpo docente, de forma que puedan liderar la implementación con confianza y eficacia (Freire-Palacios et al., 2023).

De los orientadores que han contestado, todos consideran necesaria o útil la formación específica en estrategias lúdicas, aunque un 33% también piensa que algunos docentes ya tienen formación en ello. Este consenso muestra una apertura por parte del profesorado a formarse en metodologías activas (Navarro, 2023). A su vez, refleja la conciencia de que la aplicación adecuada de este tipo de estrategias requiere un conocimiento técnico y pedagógico sólido.

En la siguiente pregunta, sobre si esa formación debería impartirla orientación, los orientadores encuestados se muestran dispuestos a liderar la formación, lo que sugiere una estructura interna de capacitación viable. Este enfoque colaborativo entre orientación y profesorado puede mejorar significativamente la implementación, permitiendo una adaptación contextualizada al centro educativo (Navarro et al. 2023).

Todos los orientadores consideran que el programa sería un apoyo importante en su labor de prevención y manejo de problemas emocionales (pregunta 18). Esto refuerza el papel de las metodologías lúdicas como complemento a las intervenciones tradicionales, promoviendo un enfoque más inclusivo y accesible para los adolescentes.

Los datos de las respuestas de la pregunta 19 sugieren una implicación alta o moderada del equipo de orientación. La colaboración entre docentes y orientadores se

perfila como clave para garantizar la sostenibilidad y coherencia del programa. Esta coordinación refuerza la idea de que el bienestar emocional debe abordarse de manera integral, no como una tarea aislada (Freire-Palacios et al., 2023).

Ahora, centrándonos en las preguntas a docentes, solo 7 encuestados se sienten completamente preparados para aplicar un programa de este calibre, mientras que la mayoría indica la necesidad de más formación (pregunta 20). Esta respuesta apunta a la necesidad urgente de diseñar planes de habilitación progresivos, con recursos adaptados a distintos niveles de experiencia docente. Una implementación efectiva pasa por una formación sólida (Navarro et al., 2023).

Además, gran parte del profesorado indica que podría implementar el programa en momentos puntuales (un 48%), como al final del trimestre. Este dato muestra la importancia de diseñar una estructura flexible que se adapte a los diferentes contextos curriculares y horarios, permitiendo que el programa no interfiera con los contenidos académicos tradicionales (Violero et al., 2025).

En cuanto a la pregunta 22 sobre el tipo de apoyo necesario para aplicar el programa, las necesidades más destacadas son materiales listos para usar (33%), formación específica (27%) y tiempo dentro del horario escolar (24%). Esta información es clave para el diseño del programa, ya que permite identificar los recursos necesarios para garantizar su éxito. Una implementación eficaz depende no solo de la metodología, sino también del entorno logístico que la acompaña.

3.3. Objetivos concretos del proyecto de innovación educativa.

3.3.1. Objetivo general

Diseñar un programa educativo basado en Escape Rooms que promueva la salud mental del alumnado de Educación Secundaria, mediante dinámicas lúdicas y cooperativas que integren la gamificación con el aprendizaje significativo.

3.3.2. Objetivos específicos

- a. Fomentar la participación activa del alumnado a través de dinámicas cooperativas, con el fin de favorecer un clima de aula colaborativo y la cohesión grupal, favoreciendo la comunicación efectiva, el trabajo en equipo y la resolución pacífica de conflictos durante la resolución de retos compartidos.

- b. Desarrollar en el alumnado habilidades de pensamiento crítico y toma de decisiones mediante retos y situaciones simuladas que les inviten a reflexionar sobre sus propias conductas, emociones y actitudes ante los problemas de salud mental.
- c. Impulsar la implicación del profesorado en actividades preventivas relacionadas con la salud mental del alumnado, proporcionándoles herramientas pedagógicas accesibles, estructuradas y motivadoras.
- d. Trabajar la prevención y detección temprana de la ansiedad, la depresión y los trastornos de la conducta alimentaria a través de actividades educativas que permitan al alumnado identificar señales de alerta, comprender estos trastornos desde una perspectiva informada y conocer recursos de apoyo disponibles en su entorno.

3.4. Metodología DOCENTE.

3.4.1. Gamificación: definición, tipos, beneficios y su vínculo con los Escape Rooms educativos

La gamificación, o ludificación, es una estrategia pedagógica que incorpora elementos y dinámicas propias del juego en contextos educativos con el objetivo de potenciar la motivación, el compromiso y el aprendizaje significativo de los estudiantes. Esta metodología ha ganado relevancia en los últimos años debido a su capacidad para transformar experiencias de aprendizaje tradicionales en procesos más interactivos y atractivos (Gaitán, 2022).

Existen diversas tipologías de gamificación en el ámbito educativo. La gamificación estructural se centra en la organización del contenido mediante niveles o misiones, sin modificar el contenido en sí. La gamificación de contenido integra narrativas o desafíos que convierten el material en una experiencia inmersiva. La gamificación de habilidades se enfoca en desarrollar competencias como la resolución de problemas o el pensamiento crítico con dinámicas de juego. Por último, la gamificación de evaluación transforma las pruebas en actividades más interactivas y menos estresantes, utilizando cuestionarios o retroalimentación inmediata (Sánchez, 2019).

Los beneficios de la gamificación en la educación son múltiples. Diversos estudios han demostrado que esta estrategia puede aumentar la motivación intrínseca, mejorar la retención del conocimiento y fomentar la participación activa del alumnado (Alarcón y Tejero, 2025). Además, se ha observado que la gamificación puede reducir la ansiedad asociada al aprendizaje y promover un ambiente más colaborativo y positivo (Sánchez, 2019). Sin embargo, es importante considerar que su efectividad puede variar según las características individuales de los estudiantes y la calidad del diseño de las actividades gamificadas.

Cabe señalar que el valor del juego no solo se limita al ámbito educativo, sino también al bienestar emocional. Organismos como UNICEF han resaltado cómo el juego, especialmente cuando es compartido con los padres, ayuda a reducir el estrés y mejora la salud mental infantil (UNICEF, 2023). Asimismo, se ha afirmado que el juego puede actuar como un bálsamo protector ante situaciones adversas (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2023).

En este contexto, los Escape Rooms educativos emergen como una aplicación innovadora de la gamificación. Estos juegos de escape adaptados al entorno educativo combinan narrativas envolventes y motivantes, resolución de enigmas y trabajo en equipo para abordar contenidos curriculares de manera lúdica y significativa. Al integrar elementos de gamificación en un formato experiencial, los Escape Rooms fomentan habilidades cognitivas y socioemocionales, ofreciendo una alternativa dinámica y motivadora al aprendizaje tradicional.

3.4.2. Definición de Escape Room educativo

Un Escape Room, también llamado juego de escape es una experiencia lúdica en la que un grupo de personas, trabajando en equipo, debe resolver acertijos, enigmas o misiones dentro de un entorno temático (real o virtual) que tiene como objetivo completar una tarea concreta, normalmente en un tiempo limitado (Lozano-Monterrubio, Cuartiellas, Carrillo-Pérez y Montagut, 2024). El reto puede ir desde escapar de una habitación hasta resolver un misterio complejo.

Durante esta actividad, se ponen en juego habilidades como la observación, la memoria, la comunicación, el pensamiento lógico y creativo, así como el trabajo en equipo (Salvador-Gómez et al., 2022). En esta línea, el éxito no solo depende del ingenio individual, sino de la cooperación y la forma en que se gestionan el estrés y la frustración dentro del grupo.

En el ámbito educativo, el Escape Room se transforma en una herramienta didáctica muy potente que fomenta el aprendizaje a través del juego (García-Tudela et al., 2020). A diferencia de los escape rooms comerciales, cuyo principal objetivo es el entretenimiento, los Escape Rooms educativos tienen un objetivo formativo: introducir o repasar contenidos, o bien trabajar competencias concretas (Salvador-Gómez et al., 2022). Se trata de una de las metodologías activas que hoy en día promueven un aprendizaje significativo.

Según una experiencia de aula en matemáticas, su implementación promovió significativamente la adquisición de competencias académicas y sociales en estudiantes de primaria, destacando un aumento de la motivación y la mejora del ambiente cooperativo (Moreno-Lozano, Quílez-Robres y Matesanz, 2023).

3.4.3. Relación con la gamificación

En esta línea, el Escape Room es una de las formas más completas de gamificación educativa (Salvador-Gómez et al., 2022). Se enmarca en el Aprendizaje Basado en el Juego (ABJ). A diferencia de la gamificación tradicional, que introduce elementos de juego en contextos serios, el ABJ implica jugar para aprender, y el Escape Room cumple plenamente con esta filosofía (García-Tudela et al., 2020).

Este tipo de actividades combina contenidos curriculares con dinámicas propias del juego (como pistas, puzzles, recompensas y narrativas) para crear una experiencia inmersiva que motiva al alumnado. El objetivo es generar lo que se conoce como experiencia de flujo, es decir, un estado de concentración tan intenso que se aprende casi sin darse cuenta, simplemente por la atracción del reto (Lozano-Monterrubio et al., 2024).

3.4.4. Aplicación en educación

El Escape Room se ha consolidado en los últimos años como una estrategia educativa innovadora y dinámica. Su implementación ha sido especialmente frecuente en niveles escolares, donde se ha demostrado eficaz para fomentar la motivación, la participación activa del alumnado y el aprendizaje significativo. Esta herramienta lúdica permite al profesorado plantear situaciones problemáticas en las que el estudiantado debe utilizar el razonamiento lógico, el trabajo en equipo y los conocimientos previos para avanzar. A pesar de su popularidad en contextos escolares, su incorporación en entornos de educación superior aún es limitada y emergente (Lozano-Monterrubio et al., 2024). Sin embargo, existe un creciente interés en explorar su potencial en universidades y otras instituciones de formación avanzada, ya que se adapta bien a múltiples disciplinas y promueve competencias transversales.

El Escape Room puede utilizarse tanto para introducir nuevos contenidos como para reforzar o repasar conocimientos ya abordados (Lozano-Monterrubio et al., 2024). Esta flexibilidad lo convierte en una herramienta versátil dentro del aula, permitiendo al docente diseñar experiencias que conecten con los intereses del alumnado y respondan a objetivos curriculares específicos. Además, el componente lúdico favorece la implicación emocional del estudiantado, aspecto clave para un aprendizaje duradero.

3.4.5. Propósito y objetivos

La finalidad principal de un Escape Room en el ámbito educativo es claramente didáctica: presentar contenidos de manera divertida, creativa y eficaz, haciendo del proceso de enseñanza-aprendizaje una experiencia más atractiva y significativa para el alumnado (García-Tudela et al., 2020). Esta metodología busca transformar la pasividad

del estudiante en una actitud activa y participativa, estimulando habilidades como la resolución de problemas, la toma de decisiones, la colaboración y la gestión del tiempo.

3.4.6. Tipos de Escape Room educativo

Existen múltiples variantes de Escape Rooms diseñadas con fines pedagógicos (Salvador-Gómez et al., 2022). Originalmente eran juegos físicos en espacios reales, pero con el tiempo han surgido versiones digitales que se pueden aplicar tanto en plataformas online como dentro del aula.

Estas experiencias suelen estructurarse como juegos en vivo en los que los participantes interactúan para superar desafíos en un tiempo concreto (Lozano-Monterrubio et al., 2024)]. Algunos tienen como objetivo "escapar" de una sala; otros implican resolver casos o desbloquear cajas misteriosas mediante códigos (versiones conocidas como breakouts o escape boxes). Esto permite que varios grupos participen simultáneamente en el aula, cada uno resolviendo su propia caja o desafío (Salvador-Gómez et al., 2022).

También pueden organizarse a gran escala, con diferentes rutas para distintos equipos o seguir una estructura lineal en la que cada reto desbloquea el siguiente (García-Tudela et al., 2020). Esta última es muy útil en contextos educativos, ya que obliga al grupo a colaborar en la resolución conjunta de cada desafío. La dificultad de los retos suele ir en aumento. Otras variantes siguen estructuras abiertas (sin orden definido) o híbridas (Lozano-Monterrubio et al., 2024).

Un ejemplo interesante es el proyecto Learn to Escape, diseñado para fomentar la Alfabetización Mediática e Informativa (AMI) y luchar contra la desinformación entre estudiantes de primaria y secundaria (Salvador-Gómez et al., 2022).

3.4.7. Ventajas y desventajas

Los principales beneficios que, según (García-Tudela et al., 2020), aportan este tipo de gamificación son:

- Aumenta la motivación y el interés por aprender.
- Fomenta el trabajo colaborativo y el aprendizaje entre pares.

Los resultados observados son prometedores ya que, según (Lozano-Monterrubio et al., 2024), los Escape Room a nivel educativo:

- Desarrollan el pensamiento crítico y la resolución de problemas.
- Mejoran la retención de conocimientos y el rendimiento académico.
- Ayudan a gestionar el estrés y mejora competencias transversales.

- Promueven el aprendizaje por descubrimiento, la creatividad y el uso de habilidades cognitivas complejas (García-Tudela et al., 2020)
- Permiten repasar temarios y detectar puntos débiles del alumnado.
- Son útiles para captar la atención de estudiantes con poco interés por ciertas materias.

En el estudio de Moreno-Lozano et al. (2023), los docentes observaron cómo los estudiantes desarrollaban competencias matemáticas clave, como la representación, razonamiento y comunicación, además de una mejora en la interacción social, reforzada por la estructura colaborativa del juego.

Pero no todo es tan sencillo. Hay algunos desafíos e inconvenientes que tiene este formato de gamificación en el ámbito educativo, según Salvador-Gómez et al., (2022), ya que la implementación de un Escape Room educativo implica:

- Una gran inversión de tiempo y esfuerzo para diseñarlo.
- Limitaciones logísticas (espacios, materiales, apoyo técnico).
- Dificultad para gestionar grupos grandes.
- Riesgo de que el alumnado se enfoque más en “ganar” que en aprender, llegando incluso a hacer trampas sin intención real.
- El fenómeno del “efecto remolque”, donde algunos alumnos se apoyan en el trabajo del grupo sin implicarse.
- Dependencia del interés y la formación del docente para que la actividad funcione bien.

Además, en esta línea pueden surgir posibles situaciones de estrés, sobre todo por la presión del tiempo, incluyéndose como un desafío más al que estar alerta en su ejecución (García-Tudela et al., 2020).

También tienen los Escape Room un elemento competitivo que, si no se gestiona bien, puede generar actitudes contraproducentes en los jugadores mermando la utilidad y aprendizaje (Lozano-Monterrubio et al., 2024).

De hecho, en la experiencia de aula documentada por Moreno-Lozano et al. (2023), se detectaron momentos de tensión entre estudiantes por la presión del tiempo y el deseo de terminar primero, lo que afectó temporalmente la colaboración. Estos aspectos resaltan la importancia del diseño cuidadoso y la moderación docente durante la actividad.

Para que todo esto no ocurra, las principales claves para diseñar un Escape Room educativo de manera exitosa según Lozano-Monterrubio et al., (2024) pasan por:

- Tener claros los objetivos de aprendizaje desde el inicio.
- Diseñar una narrativa inmersiva que enganche al alumnado.
- Plantear retos adecuados al nivel del grupo.
- Ofrecer pistas (de ayuda o desbloqueo) para evitar bloqueos frustrantes .
- Establecer un tiempo límite realista.

- Incluir una sesión final de reflexión para asentar lo aprendido.
- Dar instrucciones claras antes de comenzar.
- Incorporar elementos inmersivos, como imágenes, sonidos o materiales interactivos, y apoyarse en herramientas digitales si es necesario.

En resumen, los Escape Rooms educativos son una estrategia didáctica basada en el juego que puede transformar el aprendizaje: lo vuelve más dinámico, cooperativo, motivador y efectivo (García-Tudela et al., 2020). Pero para que funcionen bien, requieren planificación, creatividad y compromiso docente.

3.5. Características del centro para el cuál se propone el proyecto:

El proyecto se plantea para ser implementado en un colegio concertado urbano que acoge a estudiantes procedentes de familias de nivel socioeconómico y sociocultural medio. El centro se encuentra ubicado en un entorno urbano consolidado y cuenta con una infraestructura adecuada para el desarrollo de propuestas educativas innovadoras. Dispone de aulas dotadas con recursos TIC, espacios polivalentes para la realización de actividades grupales y una organización flexible que favorece la puesta en marcha de metodologías activas.

Además, el centro promueve un enfoque pedagógico inclusivo, con una planificación docente orientada a la atención a la diversidad y al desarrollo socioemocional del alumnado. Cuenta con un departamento de orientación psicopedagógica que colabora estrechamente con los equipos docentes, especialmente en iniciativas que abordan el bienestar emocional y la prevención de dificultades psicológicas. Asimismo, el centro participa en programas educativos de innovación promovidos por la administración, lo cual demuestra su interés por mantenerse actualizado e implicado en mejoras metodológicas.

El colegio se caracteriza por una línea pedagógica centrada en el desarrollo integral del alumnado, promoviendo valores como la cooperación, la empatía, la responsabilidad y el bienestar emocional. Además, mantiene un clima escolar positivo y seguro, que facilita el aprendizaje y la participación activa de todos los miembros de la comunidad educativa. La atención a la diversidad y el acompañamiento emocional del alumnado son ejes prioritarios en su plan educativo, lo que lo convierte en un contexto idóneo para el desarrollo de un programa basado en Escape Rooms orientado a mejorar la salud mental en la adolescencia.

3.5.1. Características del equipo docente implicado.

El equipo docente implicado en la implementación del proyecto se caracteriza por su compromiso con la innovación pedagógica y la mejora continua de los procesos de enseñanza-aprendizaje. Se trata de un grupo interdisciplinar con experiencia en el trabajo colaborativo y en la aplicación de metodologías activas, como el aprendizaje basado en proyectos, el aprendizaje cooperativo y el uso de tecnologías digitales. Además, muestra una clara disposición a la formación permanente y a la reflexión crítica sobre la práctica educativa, aspectos que han sido fundamentales en la planificación y desarrollo del proyecto.

Muchos de los docentes han recibido formación específica en educación emocional, gestión del aula y dinámicas participativas, lo cual les capacita para abordar temáticas sensibles relacionadas con la salud mental. Este equipo ha participado previamente en experiencias de innovación educativa que han involucrado al alumnado de forma activa y creativa. Su actitud abierta al cambio y su interés por la mejora del clima escolar son elementos clave para garantizar el éxito de la propuesta. Además, mantienen una comunicación fluida con las familias y otros agentes educativos, lo que refuerza la cohesión del proyecto.

No obstante, para que el proyecto pueda ser de una calidad excelente y obtener los resultados educativos que persigue, se propone desde la creación del proyecto unas sesiones formativas para el profesorado, con el fin de dar cabida a todos aquellos docentes y centros representados en el diagnóstico de viabilidad (fiel reflejo de nuestra diversidad de centros educativos), que no implantan algunos proyectos por no sentirse suficientemente formados.

3.5.2. Características específicas de los estudiantes.

Los estudiantes participantes en el proyecto pertenecen a un centro urbano concertado, con un nivel socioeconómico y sociocultural medio. Son alumnos de varias clases de Educación Secundaria con un desarrollo evolutivo acorde a su edad y con un nivel de competencias curriculares medio (la media de la clase). Presentan una alta motivación hacia las actividades dinámicas e interactivas, y una buena disposición hacia el trabajo en equipo. Asimismo, se observa una diversidad en los estilos de aprendizaje, lo que ha sido tenido en cuenta en el diseño del proyecto, garantizando la atención a la diversidad y la inclusión educativa. Se ha detectado en algunos casos la presencia de síntomas leves de ansiedad académica y dificultades en la gestión emocional, manifestadas en el entorno escolar. Esto refuerza la necesidad de aplicar un enfoque

preventivo centrado en el desarrollo de habilidades socioemocionales. Los estudiantes se muestran especialmente receptivos a propuestas innovadoras y lúdicas, como la gamificación, y valoran positivamente la posibilidad de aprender a través de retos y dinámicas grupales. Esta disposición representa una oportunidad para mejorar su bienestar emocional a través del enfoque vivencial del proyecto.

El alumnado al que va especialmente dirigido el programa es el de 3º y 4º de la ESO. Se trata, como muchos grupos de su edad, de una sociedad fuertemente influenciada por el uso del teléfono móvil, con acceso constante a información sin filtros, que tiende a idealizar la vida de los demás a través de redes sociales y que, debido a su etapa adolescente, experimenta inseguridades, dificultades para gestionar sus emociones y una sensación recurrente de no ser suficiente. Este contexto hace aún más relevante el desarrollo de propuestas que fomenten el pensamiento crítico, la autoestima, la gestión emocional y las relaciones saludables.

3.5.3. Características de la comunidad educativa y las estrategias para su vinculación al proyecto si fuera necesario.

La comunidad educativa del centro se muestra participativa y colaboradora, lo que facilita la vinculación al proyecto. Las familias mantienen una implicación activa en las actividades escolares, lo que favorece la construcción de una red de apoyo al proceso educativo. Para fortalecer este vínculo, se plantean estrategias como la realización de jornadas de puertas abiertas, la organización de talleres conjuntos y la difusión de los avances del proyecto mediante medios digitales y boletines informativos.

El AMPA del centro participa habitualmente en iniciativas escolares y muestra interés por formarse en temáticas de salud emocional y crianza positiva, lo que refuerza la posibilidad de colaboración directa. Asimismo, el equipo directivo fomenta la participación de todos los sectores de la comunidad escolar, incluyendo las figuras de coordinación de bienestar y protección del alumnado.

En caso de ser necesario, se prevé la colaboración con entidades del entorno como asociaciones vecinales, ONG locales, centros de salud y la junta de distrito. Estas instituciones pueden aportar recursos, espacios y experiencias que enriquecen el desarrollo del proyecto, además de fomentar una educación más conectada con el entorno social inmediato del alumnado. De esta manera, se establece una red de apoyo comunitaria que puede servir como marco sostenible para futuras intervenciones similares.

3.6. Diseño:

3.6.1. Materias o asignaturas que están relacionadas con el Proyecto .

Este proyecto se enmarca en el ámbito del Plan de Orientación y Acción Tutorial (POAT) del centro, concretamente en el eje de atención al desarrollo personal y emocional del alumnado, así como en la promoción del bienestar psicológico en el entorno escolar. Alineado con los objetivos del POAT, esta propuesta busca reforzar las competencias socioemocionales del alumnado de Educación Secundaria a través de una metodología innovadora y motivadora como es la gamificación mediante *Escape Rooms*, que permite abordar de forma lúdica temáticas sensibles relacionadas con la salud mental en la adolescencia.

La iniciativa se desarrolla en un centro concertado urbano con infraestructura y recursos adecuados, un equipo docente comprometido con la innovación metodológica y la educación emocional, y un alumnado receptivo a dinámicas participativas. Se integra dentro de la acción tutorial como una herramienta preventiva, inclusiva y vivencial, adaptada a la diversidad del grupo. Además, cuenta con el respaldo de la comunidad educativa y la posibilidad de colaboración con entidades del entorno, favoreciendo una intervención integral y sostenible.

3.6.2. Competencias clave y específicas por desarrollar en el alumno.

Este proyecto, centrado en el uso educativo de *Escape Rooms* para la promoción de la salud mental en adolescentes, se alinea estrechamente con las competencias clave definidas en la LOMLOE (Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes, s.f.), que son fundamentales para garantizar una formación integral del alumnado. A continuación, se detallan las competencias clave que se desarrollarán y su justificación:

1. Competencia personal, social y de aprender a aprender (CPSAA). Es el eje central del proyecto. A través del diseño de retos enfocados en el autoconocimiento, la gestión emocional y el trabajo cooperativo, se fomenta la resiliencia, la empatía, el pensamiento crítico, el manejo del estrés y la autoestima. Las dinámicas vivenciales propias del *Escape Room* ofrecen un entorno seguro para practicar estas habilidades de forma significativa y duradera.
2. Competencia en conciencia y expresiones culturales (CCEC). Se potencia mediante el uso de narrativas inmersivas vinculadas a los intereses de los adolescentes. Esto facilita la reflexión sobre su entorno cultural y la expresión de emociones e identidades personales y colectivas a través de recursos simbólicos y creativos.

3. Competencia ciudadana (CC). El proyecto favorece la participación activa, la responsabilidad compartida, la resolución pacífica de conflictos y el respeto a la diversidad, todo ello mediante la necesidad de cooperación, escucha activa y toma de decisiones conjuntas que exige el Escape Room.
4. Competencia digital (CD). Se trabaja porque el proyecto incorpora elementos tecnológicos como vídeos, códigos QR o retos interactivos, lo cual permite desarrollar habilidades digitales básicas y responsables dentro de un enfoque actual e innovador.
5. Competencia en comunicación lingüística (CCL). Se ve reforzada a través de la interpretación de instrucciones, la expresión de ideas y emociones, y la resolución de conflictos por medio del lenguaje oral y escrito, en un contexto colaborativo y motivador.

3.6.3. Recursos previstos en el proyecto: recursos humanos, materiales educativos que se han considerado y recursos TIC que se van a incorporar.

3.6.3.1. Recursos humanos

El desarrollo y la implementación del proyecto requerirán la implicación activa de distintos perfiles profesionales del entorno educativo, cuya colaboración resulta esencial para garantizar tanto su viabilidad como su impacto:

- Tutores o docentes encargados de la implementación de los Escape Rooms y capacitados para su integración transversal en el currículo y para el acompañamiento pedagógico al alumnado mientras y después del juego.
- Orientador/a del centro cuya función será asesorar en la incorporación de competencias socioemocionales, así como colaborar en la evaluación del bienestar emocional del alumnado y en la detección de posibles señales de alerta y / o mejoras del programa.
- Equipo directivo quién facilitarán la coordinación institucional, asegurando que el proyecto se articule de forma coherente con las líneas de acción del centro, especialmente dentro del Plan de Orientación y Acción Tutorial (POAT).
- Estudiantes participantes que asumirán un rol activo, no solo como destinatarios, sino también como agentes creadores, implicándose en la elaboración de algunos de los retos y recursos del Escape Room.
- Colaboradores externos puntuales (profesionales del ámbito psicológico, entidades sociales o expertos en dinámicas de gamificación, que podrían intervenir de forma puntual para enriquecer el proyecto).

3.6.3.2. Recursos materiales

Para el desarrollo del Escape Room educativo será necesario contar con materiales físicos que faciliten tanto el carácter lúdico como la resolución activa de retos y que se proporcionan en el Anexo B de este trabajo. No obstante, para la preparación de este programa serán necesarios:

- Cajas cerradas con mecanismos variados (candados numéricos, cerraduras con llaves o sistemas de combinación, que permitan plantear retos de tipo secuencial).
- Tarjetas, fichas de actividades, sobres y mapas (contendrán pistas, enigmas o fragmentos narrativos que los equipos deberán descifrar para avanzar en el juego).
- Material de papelería diverso (papel, bolígrafos, rotuladores, tijeras, cintas adhesivas, pegatinas u otros elementos que permitirán personalizar las pruebas).
- Elementos escenográficos (carteles, decorados o luces ambientales, diseñados para recrear el entorno narrativo en el que se enmarca la historia del juego).
- Temporizadores o relojes digitales (para delimitar el tiempo de juego y aumentar la tensión narrativa durante la dinámica).
- Dispositivo electrónico (Tablet u ordenador para dar parte de la información de la historia).

Para la reflexión posterior, se ha creado una Guía para el profesorado con el fin de ayudar y complementar sus habilidades docentes para enriquecer lo máximo posible el dialogo, reflexión y aprendizaje.

3.6.3.3. Recursos TIC

La dimensión tecnológica del proyecto no solo facilitará el acceso a contenidos interactivos (mencionados anteriormente), sino que permitirá diseñar experiencias más inmersivas y adaptadas a la realidad digital del alumnado:

- Dispositivos tecnológicos disponibles en el centro (tabletas, portátiles o pizarras digitales interactivas, que serán empleados tanto en la preparación como en la ejecución de las distintas fases del Escape Room).
- Códigos QR, hipervínculos y recursos multimedia (permitirán acceder a vídeos, grabaciones de audio o formularios en línea, etc.)
- Plataformas de creación digital (Genially, Canva o Forms, que se utilizarán para elaborar enigmas interactivos, presentaciones visuales o tableros colaborativos).
- Herramientas de edición gráfica y audiovisual (facilitarán la producción de materiales propios por parte del alumnado, promoviendo la competencia digital y el pensamiento creativo).
- Sistemas de proyección o reproducción sonora (para presentar las instrucciones, ambientar el espacio o compartir los avances colectivos de forma motivadora).

3.7. Desarrollo:

En este apartado se recogen tanto las actividades del proyecto como el cronograma y las fases de este. Además, se recogen también guías y un planteamiento de distribución del proyecto propios y originales solo de este trabajo.

3.7.1. Descripción de las actividades que componen el proyecto.

Por un lado, los Escape Rooms están propuestos como actividades para poner en práctica de forma física a partir de numerosos descargables y con una ambientación del lugar físico de acorde a la temática. Cada uno de ellos lleva una explicación de cómo se propone que sea la ambientación para conseguir impresionar o motivar más al alumnado.

No obstante, para que su planteamiento y presentación a docentes y centros educativos sea de mayor calidad se ha generado uno de ellos en formato digital también para poder acceder a lo que podría ser una puesta en escena del proyecto. Esta parte del proyecto se puede encontrar en el siguiente link: <https://view.genially.com/6831be84ee1b621ab550f0b9/interactive-content-escape-t>.

Todas estas actividades (y su plan educativo), descargables e imprimibles pueden encontrarse en el Anexo B de este documento o en una carpeta drive habilitada para ello: https://drive.google.com/drive/folders/1uWy2lyhiOYhVOF5N5HdKY8bfiYMK5n84?usp=drive_link

También, se ha creado una guía para facilitar que los docentes se acomoden con el programa y orientar de manera más breve y visual algunos aspectos clave del proyecto (figura 5).

Figura 5. Esquema del proyecto

GUÍA PARA EL PROFESORADO

Esquema del proyecto



Escape Room TCA
“La desaparición de Sofía” es un Escape Room centrado en los trastornos de la conducta alimentaria. El alumnado investiga el caso de Sofía, una chica que ha empezado a mostrar señales de alarma: deja de comer, se obsesiona con su imagen y se aísla. A través de pistas escondidas en su habitación, deben descubrir qué ocurre, cómo se siente Sofía y cómo pueden ayudarle.

Escape Room Ansiedad
Los estudiantes son técnicos que deben arreglar el "Sistema Lucas 3.0", que representa la mente de un adolescente enfrentándose a la ansiedad. El sistema está sobrecargado. Su misión es reparar el sistema resolviendo cuatro circuitos que les enseñarán qué es la ansiedad, sus señales de alerta, estrategias y formas de ayuda. Cada prueba desactiva un cortocircuito y les otorga un "código de reparación" para estabilizar el sistema.

Escape Room Depresión
Los estudiantes son enviados a un acantilado brumoso que representa el mundo emocional de Laura, una adolescente atrapada en la depresión. La niebla oscurece el paisaje, y el sonido del mar refleja su aislamiento. La misión es despejar la niebla resolviendo cuatro pruebas que iluminan el camino. Cada prueba otorga un "eco de luz" (código) que lleva al faro de la esperanza, donde se restaura la claridad de Laura.

CONCLUSIÓN:
Esta propuesta busca combinar aprendizaje significativo con prevención en salud mental, dentro de un entorno educativo comprometido y consciente. El juego es una excusa para abrir temas complejos de forma segura, cercana y adaptada a la realidad adolescente. No sustituye a la intervención profesional, pero sí ayuda a visibilizar, cuestionar, acompañar y generar espacios de diálogo donde antes había silencio.

¿CÓMO USAR ESTA GUÍA?
Cada Escape Room está diseñado para realizarse en una sesión de clase (50-60 min) y debe ir seguida de una tutoría de reflexión guiada (ese día o días cercanos). El profesorado cuenta con materiales imprimibles, instrucciones y una guía de preguntas para facilitar el diálogo posterior. Se recomienda adaptar el ritmo según el grupo y coordinarse con orientación si es necesario.

Fuente: Elaboración propia con Canva

Por otro lado, además de las formaciones dirigidas a todo el profesorado incluidas en la segunda fase del cronograma (figura 8), el proyecto incorpora una guía de apoyo para docentes (figuras 6 y 7). Esta guía está pensada como un recurso complementario que acompaña tanto la preparación como el seguimiento de los *Escape Rooms*, ofreciendo claves prácticas para su aprovechamiento pedagógico y para el desarrollo posterior de las tutorías. Incluye, por un lado, una representación visual de los pasos que conforman la estructura de la tutoría (figura 6), lo que permite a los docentes seguir una secuencia clara y ordenada en el acompañamiento al alumnado. Por otro lado, presenta un listado de preguntas orientadoras para la tutoría (figura 7), diseñadas para facilitar la reflexión, el análisis de la experiencia vivida durante la actividad y la conexión con los objetivos educativos del proyecto. Ambos elementos constituyen un soporte útil para asegurar la coherencia del proceso y fomentar una intervención educativa más significativa.

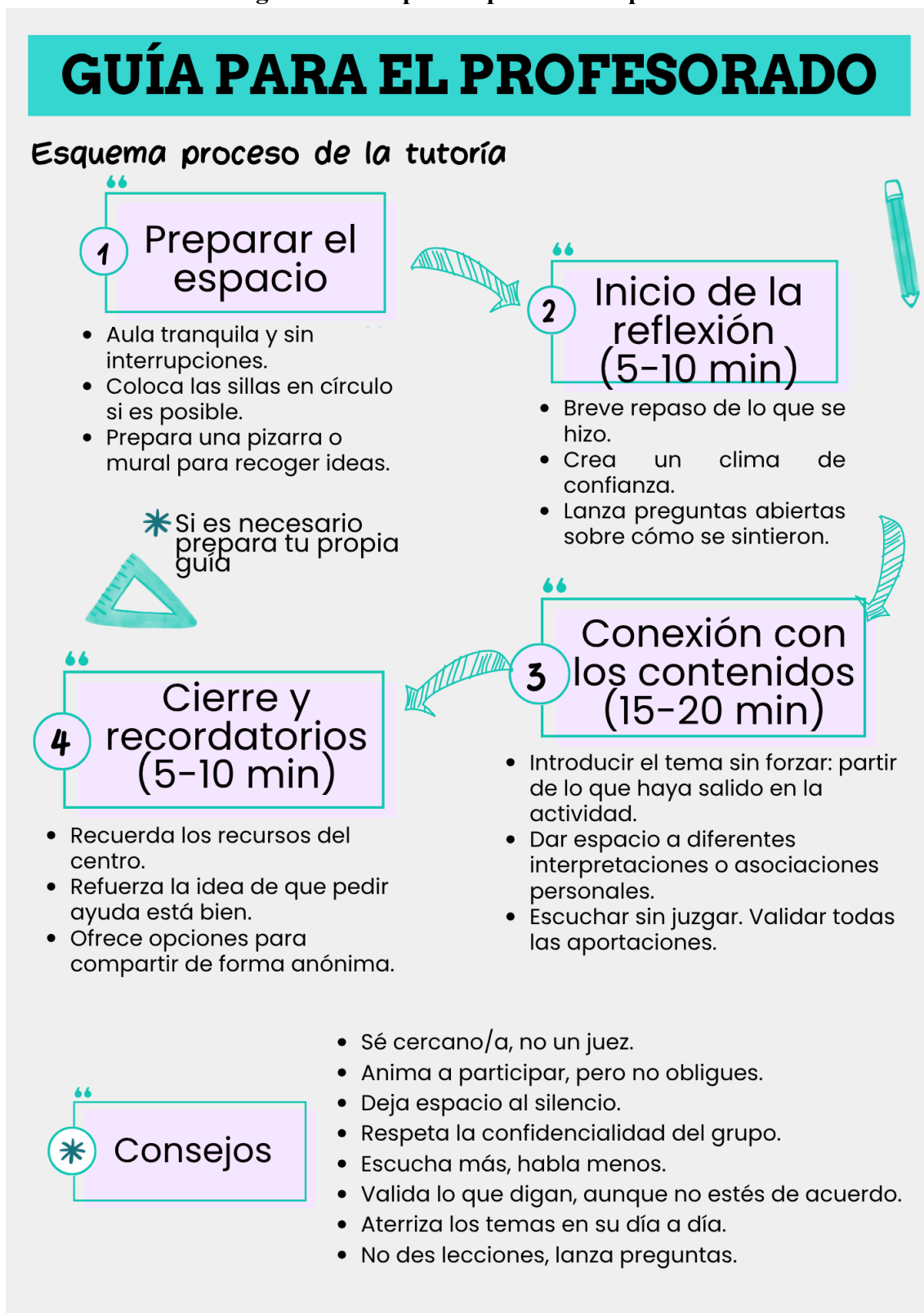
Con un enfoque accesible y práctico, esta guía proporciona al profesorado las herramientas necesarias para implementar y acompañar las sesiones de Escape Room centradas en salud mental. Su contenido está diseñado para facilitar la reflexión grupal, detectar temáticas emergentes y generar espacios de diálogo respetuosos y educativos. En ella se incluyen:

- Un esquema claro del proceso de tutoría tras cada Escape Room, paso a paso.
- Dinámicas y preguntas estructuradas para guiar la reflexión con el grupo.
- Consejos prácticos para facilitar el diálogo de forma segura, empática y efectiva.
- Resúmenes de cada Escape Room (TCA, ansiedad, depresión).
- Recomendaciones para coordinarse con orientación y reforzar el acompañamiento educativo.

Los Escape Rooms no solo tienen una función lúdica, sino que se conciben como experiencias significativas que permiten abordar temas esenciales como la salud mental en la adolescencia, el autocuidado, la gestión emocional o la detección de señales de alerta. Por ello, la guía también incluye orientaciones específicas para que el profesorado pueda acompañar al alumnado en su proceso de reflexión y detectar posibles indicadores de malestar emocional.

Esta propuesta busca ofrecer al profesorado herramientas versátiles que enriquezcan el espacio de tutoría, favoreciendo un acompañamiento más consciente, cercano y alineado con los retos emocionales y sociales que enfrentan los adolescentes hoy en día.

Figura 6. Guía para el profesorado parte 1



Fuente: Elaboración propia con Canva

Figura 7. Guía para el profesorado parte 2

GUÍA PARA EL PROFESORADO

Preguntas para la tutoría: reflexión tras el Escape Room

Esta recopilación de preguntas está pensada para facilitar la reflexión grupal tras la actividad del Escape Room, dentro de una sesión de tutoría o en un diálogo tranquilo.

No es necesario hacer todas las preguntas ni seguir un orden rígido.

SOBRE EL ESCAPE ROOM

Ayudarles a reflexionar sobre cómo vivieron la actividad.

- ¿Qué papel tomaste en el grupo? ¿Lideraste, escuchaste?
- ¿Qué os funcionó bien como equipo? ¿Y qué os costó?
- ¿Os organizasteis de forma natural o alguien asumió el mando?
- ¿Cambiarías algo si lo repitieras? ¿Qué harías diferente?

EMOCIONES Y TOMA DE DECISIONES

Explorar cómo se sintieron o gestionaron situaciones bajo presión.

- ¿Hubo momentos de tensión o nervios? ¿Cómo lo afrontasteis?
- ¿Sentiste frustración en algún momento? ¿Qué hiciste con eso?
- ¿Te sorprendiste con tu forma de actuar? ¿Y con la de otros?
- ¿Hubo momentos en los que tuviste que decidir rápido? ¿Cómo lo llevaste?
- ¿Hubo alguien que ayudó mucho sin destacar? ¿Lo habéis notado?

CONEXIÓN CON CONTENIDOS

Conectar la narrativa con los temas reales: ansiedad, depresión y TCA.

- ¿Qué mensaje crees que intentaba transmitir?
- ¿Te recordó a alguna situación que hayas visto o vivido?
- ¿Qué señales de alerta viste en los personajes o retos del juego?
- ¿Crees que esas situaciones ocurren en la vida real?

ENTORNO CERCANO

Promover la empatía y la identificación con situaciones reales.

- ¿Conoces a alguien que haya vivido algo parecido a la historia del Escape Room?
- ¿Sabes qué hacer si alguien de tu entorno empieza a mostrar señales de ansiedad o malestar emocional?
- ¿Tú te sentirías cómodo/a pidiendo ayuda si lo necesitaras?

PARA CERRAR Y PENSAR A LARGO PLAZO

Cerrar con conciencia y con la idea de que esto no termina aquí.

- ¿Qué te llevas de esta actividad, más allá del juego?
- ¿Crees que es útil hablar de estas cosas? ¿Qué más te gustaría hacer?

Fuente: Elaboración propia con Canva

3.7.2. Descripción de las fases del proyecto, temporalización y planificación general (cronograma).

3.7.2.1. Cronograma y fases

Este cronograma (figura 8) muestra de forma visual cómo se plantea desarrollar, a lo largo del curso escolar, el proyecto de este trabajo: un programa educativo centrado en la salud mental de adolescentes de 3º y 4º de ESO, utilizando los Escape Rooms como herramienta pedagógica innovadora y dinámica. Como se puede observar, se trata de una propuesta que combina juego, reflexión, formación del profesorado y evaluación, todo ello integrado de manera progresiva y adaptada al ritmo real de los centros educativos.

Cada fase del proyecto ha sido diseñada para tener impacto y coherencia, no solo en la vivencia del alumnado, sino también en el acompañamiento docente. Por eso, el profesorado recibe formación específica al inicio del curso y cuenta con recursos prácticos para guiar las sesiones, especialmente en los espacios de tutoría donde se puede llegar a trabajar tanto los Escape Rooms como la reflexión posterior.

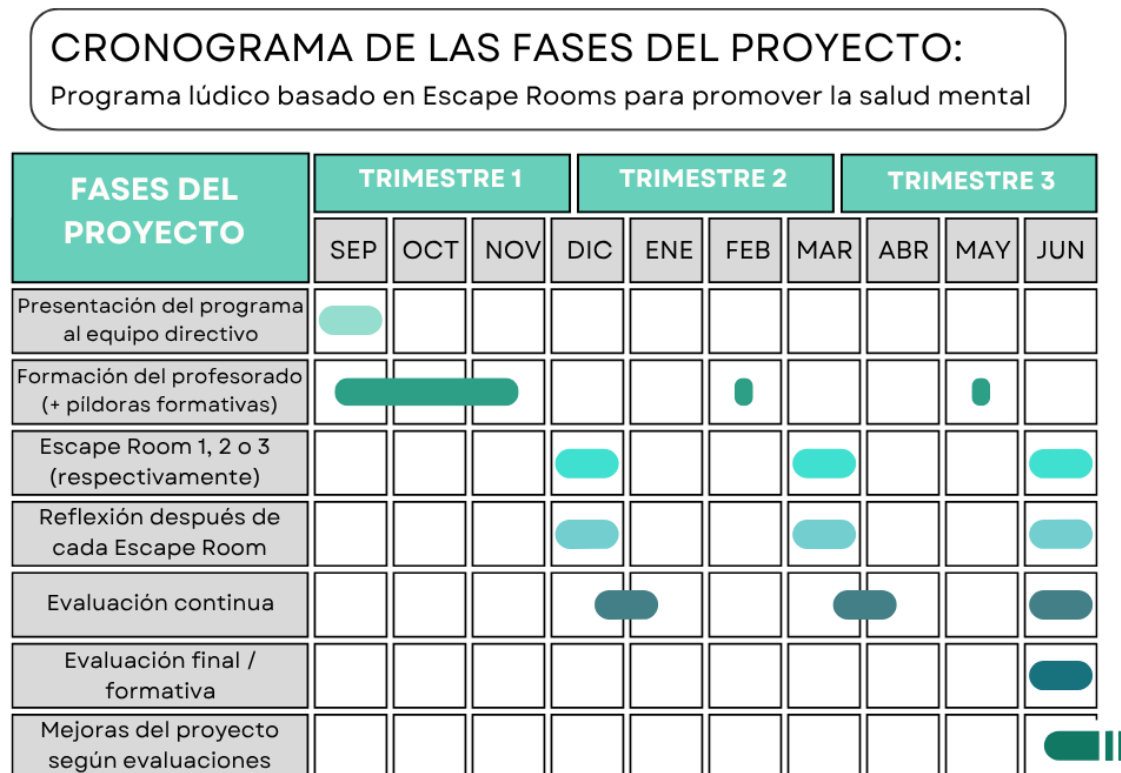
Gracias a este enfoque experiencial, los Escape Rooms se convierten en una vía segura y motivadora para hablar de salud mental con adolescentes, en un lenguaje que, según el diagnóstico de viabilidad y Violero et al., (2025), les resulta cercano y accesible.

La temporalización del cronograma permite que cada bloque se desarrolle con el tiempo necesario para consolidar aprendizajes, crear un espacio cómodo en según qué momentos del curso (al acabar trimestres), facilitando que el programa se integre de forma orgánica en la vida del centro y sea acogido con motivación y sin distracciones o evaluaciones entremedio.

Como se puede observar en el siguiente cronograma (figura 8) existen varias fases del proyecto con su temporalización a lo largo de un curso escolar. Las fases son las siguientes:

- 1) Presentación del programa al equipo directivo.
- 2) Formación del profesorado (+ cápsulas formativas)
- 3) Escape Room 1, 2 o 3 (respectivamente)
- 4) Reflexión después de cada Escape Room
- 5) Evaluación continua
- 6) Evaluación final/formativa
- 7) Mejoras del proyecto según evaluaciones

Figura 8. Cronograma



Fuente: Elaboración propia con Canva

La primera fase, que tiene lugar en septiembre, consiste en la presentación del programa al equipo directivo, asegurando así su conocimiento y respaldo desde el inicio del curso. Esta reunión inicial permite contextualizar el proyecto, explicar sus objetivos vinculados a la salud mental en adolescentes, y resolver dudas antes de ponerlo en marcha.

En los meses de octubre y noviembre comienza la formación del profesorado, una etapa clave para preparar al equipo docente que participará en el desarrollo del programa. Esta formación incluye contenidos sobre salud mental en la adolescencia, estrategias de acompañamiento emocional y uso pedagógico de los Escape Rooms en el aula. Además, se ofrecen cápsulas formativas complementarias en marzo y mayo, que refuerzan y actualizan los recursos metodológicos de cara a los siguientes tramos del programa.

Los Escape Rooms se realizan de forma escalonada al final de cada uno de los trimestres académicos, concretamente en diciembre, marzo/abril y mayo/junio. Cada uno de ellos aborda una temática vinculada a la salud mental a través de dinámicas participativas y simbólicas que conectan con la realidad adolescente. Se diseñan para vivirse en grupo, y permiten que el alumnado explore, cuestione y reflexione desde una experiencia lúdica e inmersiva.

Después de cada Escape Room, se lleva a cabo una sesión de tutoría reflexiva, prevista en enero, abril y junio. Estas sesiones están guiadas por una propuesta pedagógica que incluye preguntas clave, recursos audiovisuales y dinámicas para facilitar la expresión emocional y fomentar la escucha activa entre iguales. El objetivo es consolidar lo vivido en la experiencia lúdica, llevarlo al plano personal y generar aprendizajes significativos.

La evaluación continua acompaña el proyecto durante el segundo y tercer trimestre, con momentos de observación, recogida de impresiones y valoración cualitativa de la experiencia por parte del profesorado. Esta información resulta fundamental para ajustar el programa en función de las necesidades detectadas.

En junio se realiza la evaluación final del proyecto, que permite revisar el impacto de este en el aula, analizar los logros alcanzados y valorar los puntos de mejora. A partir de esa información, se desarrolla una fase final de ajustes y revisión, con el objetivo de mejorar el diseño de futuras ediciones y asegurar la sostenibilidad del proyecto a largo plazo.

3.7.2.2. Distribución de los Escape Rooms según el curso escolar

El programa se estructura en tres Escape Rooms, cada uno centrado en una problemática concreta vinculada a la salud mental en la adolescencia: depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Esta distribución no es aleatoria: responde a un análisis del calendario escolar y de los momentos evolutivos que atraviesan los y las adolescentes de 3º y 4º de ESO, buscando que cada temática se trabaje en el momento más oportuno para maximizar el impacto educativo y emocional.

En diciembre, al finalizar el primer trimestre, se lleva a cabo el Escape Room centrado en la depresión. Esta fase del curso suele venir acompañada de cierto agotamiento acumulado, un descenso generalizado de energía y un clima emocional más apagado, tanto por el contexto académico como por el cambio estacional (menos horas de luz, más tiempo en interiores). Es un momento clave para detectar señales de malestar psicológico que, en la adolescencia, a menudo se manifiestan en forma de apatía, irritabilidad o retraimiento. Abordar la depresión en este punto permite prevenir y sensibilizar, antes de que estos síntomas se profundicen a lo largo del curso.

Durante el segundo trimestre, en el mes de marzo, el alumnado participa en el Escape Room sobre ansiedad. Este periodo es conocido por ser uno de los más exigentes académicamente: se acumulan entregas, exámenes y decisiones importantes relacionadas con el futuro académico. La presión por obtener buenos resultados, encajar socialmente

y mantener un rendimiento constante puede generar elevados niveles de ansiedad. Por ello, trabajar esta temática justo en este momento ayuda a que el alumnado se reconozca en las situaciones planteadas, y aprenda estrategias para identificar y gestionar esos estados de tensión y preocupación.

En el tercer trimestre, en el mes de mayo, se propone el Escape Room vinculado a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Esta elección responde a una realidad habitual en adolescentes: con la llegada del calor y el verano, se intensifica la exposición corporal y aparecen con más fuerza los discursos sociales sobre la apariencia, los cuerpos normativos y la llamada “operación bikini”. Estos mensajes, reforzados por redes sociales y medios de comunicación, pueden desencadenar o acentuar conductas de riesgo relacionadas con la imagen corporal, especialmente en jóvenes con baja autoestima o inseguridades previas. Abordar esta problemática justo en ese momento permite trabajar desde la prevención crítica, el autocuidado y la aceptación corporal.

Aunque esta distribución está pensada en función del calendario y del contexto emocional habitual del alumnado, cabe señalar que también podría contemplarse la posibilidad de intercambiar el orden de los Escape Rooms de ansiedad y depresión. Iniciar el programa con el Escape Room de ansiedad podría facilitar una entrada más accesible y reconocible para el alumnado, ya que muchas y muchos adolescentes identifican fácilmente síntomas como el nerviosismo, la presión académica o el miedo a fallar. Posteriormente, en el segundo trimestre, se podría profundizar en la depresión, una temática que exige una mayor madurez emocional y que el alumnado podría estar más preparado para abordar tras haber trabajado la gestión emocional básica. Ambas opciones son válidas y su elección dependerá del enfoque del centro, el contexto del grupo y los objetivos específicos del equipo educativo.

3.7.3. Evaluación: estrategias, instrumentos y criterios de evaluación.

El desarrollo del proyecto, ante la imposibilidad de llevarlo a cabo en este curso escolar, se plantea desde un punto de vista teórico, así como el proceso de evaluación el cual queda pautado a continuación.

Con el objetivo de valorar de manera clara, objetiva y equitativa el desarrollo de un proyecto educativo, se han diseñado los siguientes instrumentos de evaluación, categorizándolos a continuación dependiendo de la persona que evalúa o el qué se evalúa.

3.7.3.1. Rúbrica de evaluación del proyecto

En primer lugar, y con el objetivo de valorar la calidad pedagógica del proyecto propuesto, se ha diseñado una rúbrica específica orientada a evaluar los elementos fundamentales del diseño didáctico. Esta herramienta está dirigida al profesorado o al profesional educativo que realice el proyecto y permite analizar con objetividad la coherencia metodológica del programa, así como su adecuación a los objetivos establecidos.

La rúbrica contempla cinco criterios principales de evaluación, que incluyen la coherencia entre los objetivos del proyecto y su desarrollo metodológico, la calidad estructural de las actividades propuestas, la adecuación de estas al nivel educativo al que se dirigen, el grado de innovación metodológica, y la proyección del impacto en el alumnado. Cada uno de estos aspectos se valora en una escala de 1 a 4, siendo 4 un desempeño excelente y de alto impacto, 3 un cumplimiento adecuado con aspectos destacables, 2 una ejecución básica con áreas de mejora, y 1 un nivel insuficiente.

Este instrumento contribuye a asegurar que el proyecto esté alineado con el objetivo general de promover la salud mental en el alumnado mediante estrategias cooperativas, gamificadas y basadas en el aprendizaje significativo. Asimismo, permite verificar que se cumplen los objetivos específicos, tales como fomentar la participación activa y la cohesión grupal, implicar al profesorado en acciones preventivas, y trabajar la detección temprana de problemas relacionados con la salud mental. Además, esta rúbrica facilita la retroalimentación constructiva y permite valorar tanto la planificación como el alcance educativo del proyecto; así como la mejora continua.

A continuación, en la figura 9 se presenta esta rúbrica para evaluar los aspectos estructurales y pedagógicos del proyecto:

Figura 9. Rúbrica de evaluación del proyecto

RÚBRICA EVALUACIÓN DEL PROYECTO				
Criterio	4 - Excelente	3 - Bueno	2 - Adecuado	1 - Insuficiente
Diseño del programa	Diseño innovador, bien estructurado y alineado con los objetivos del proyecto.	Diseño claro y funcional, con buena alineación a los objetivos.	Diseño básico con aspectos a mejorar; cumple parcialmente con los objetivos.	Diseño poco claro, desorganizado y sin alineación con los objetivos.
Implementación	Ejecución eficaz, fluida y con alta participación del alumnado.	Buena implementación con participación activa.	Implementación con dificultades que afectan la participación.	Implementación deficiente, con mínima o nula participación estudiantil.
Relevancia de contenidos	Contenidos muy pertinentes y estrechamente ligados a la salud mental.	Contenidos en su mayoría relevantes y relacionados con la temática.	Contenidos parcialmente conectados con el tema; algunos poco relevantes.	Contenidos poco o nada relacionados con la temática central.
Innovación y creatividad	Propuesta original con métodos innovadores y gran creatividad.	Buena creatividad con elementos innovadores.	Propuesta funcional, pero con escasa innovación o creatividad.	Sin elementos innovadores ni creativos en la propuesta.
Evaluación de resultados	Evaluación completa, clara y bien estructurada de los resultados del proyecto.	Evaluación adecuada con resultados comprensibles.	Evaluación parcial con limitaciones en el análisis.	Evaluación deficiente o inexistente.
TOTAL:	_____ /20 → _____ /10			
COMENTARIO O SUGERENCIA:				

Fuente: Elaboración propia con Canva

3.7.3.2. Rúbrica de evaluación del desempeño del alumnado

En segundo lugar, como parte esencial del sistema de evaluación, se ha diseñado una segunda rúbrica destinada a valorar el desempeño del alumnado durante la realización de la propuesta educativa. Esta herramienta, también dirigida al profesorado, tiene un carácter formativo y se centra en observar el desarrollo de competencias personales, sociales y cognitivas del alumnado en el contexto de los Escape Rooms educativos y las reflexiones posteriores.

Los criterios que componen esta rúbrica incluyen la participación activa dentro del grupo, la capacidad para resolver problemas de forma colaborativa, el manejo de habilidades socioemocionales, la actitud y motivación durante la actividad, así como la capacidad de reflexión y autoevaluación. Cada uno de estos aspectos se formula desde una perspectiva positiva, iniciando con “El alumno es capaz de...”, lo que facilita la evaluación de comportamientos observables y promueve una visión general del aprendizaje.

La aplicación de esta rúbrica (figura 10) permite no solo valorar el cumplimiento de objetivos académicos, sino también reconocer avances en aspectos clave como la comunicación, el pensamiento crítico, la toma de decisiones y la gestión emocional. De esta forma, se da respuesta directa a los objetivos específicos del proyecto, especialmente a aquellos que buscan fomentar dinámicas cooperativas, reflexionar sobre conductas y emociones, y generar espacios seguros para el aprendizaje emocional. Esta herramienta contribuye a una evaluación más humana, centrada en el proceso y en el crecimiento integral del alumnado.

A continuación, se presenta la rúbrica para evaluar el desempeño personal y social del alumnado en el proyecto:

Figura 10. Rúbrica para evaluar al alumnado

RÚBRICA ESCAPE ROOM: _____				
ALUMNO: _____		FECHA: _____		
Criterio	4 - Excelente	3 - Bueno	2 - Adecuado	1 - Insuficiente
Participación en grupo	El alumno es capaz de participar constantemente y contribuir de manera significativa y colaborativa al grupo.	El alumno es capaz de participar frecuentemente con aportes claros y útiles.	El alumno es capaz de participar ocasionalmente, con contribuciones limitadas o poco consistentes.	El alumno rara vez o nunca participa y no realiza contribuciones relevantes.
Resolución de problemas	El alumno es capaz de resolver problemas y enigmas con rapidez, precisión y autonomía.	El alumno es capaz de resolver problemas adecuadamente, aunque requiere apoyo ocasional.	El alumno es capaz de resolver problemas de forma básica, pero presenta dificultades recurrentes.	El alumno no logra resolver problemas, incluso con apoyo constante.
Habilidades socio emocionales	El alumno es capaz de demostrar empatía, comunicarse claramente y gestionar sus emociones de forma constante.	El alumno es capaz de aplicar habilidades socioemocionales con regularidad y efectividad.	El alumno es capaz de mostrar habilidades socioemocionales de manera esporádica o poco efectiva.	El alumno no demuestra habilidades socioemocionales, o lo hace de forma inadecuada.
Actitud y motivación	El alumno es capaz de mantener una actitud altamente positiva y motivada durante toda la actividad.	El alumno es capaz de mostrar actitud positiva y motivación en la mayoría de las situaciones.	El alumno es capaz de mostrar motivación intermitente, con actitud variable.	El alumno muestra frecuentemente una actitud negativa o desmotivación persistente.
Reflexión y autoevaluación	El alumno es capaz de reflexionar y autoevaluarse profundamente al finalizar cada actividad o etapa.	El alumno es capaz de reflexionar con claridad sobre su aprendizaje en momentos clave.	El alumno es capaz de reflexionar de forma superficial o parcial, con análisis limitado.	El alumno no realiza reflexión ni autoevaluación de forma visible o significativa.
TOTAL:	_____ /20 → _____ /10			
COMENTARIO:				

Fuente: Elaboración propia con Canva

3.7.3.3. Rutina de pensamiento KWL adaptada

En tercer lugar, como estrategia complementaria a las herramientas de evaluación anteriores, se propone la utilización de una rutina de pensamiento del tipo KWL (*Know, Want to Know, Learn*), adaptada al nivel de madurez del alumnado de Educación

Secundaria. Esta dinámica se implementaría en dos momentos clave: antes del inicio del Escape Room y una vez finalizado.

En la primera fase, el alumnado identifica lo que ya sabe sobre salud mental o sobre cada uno de los trastornos por separado (a elección del docente), así como lo que le gustaría aprender o conocer con más profundidad, primera y segunda columna respectivamente. Esta parte permite al docente reconocer los conocimientos previos, los intereses y las posibles lagunas de comprensión. Tras la actividad, se completa la tercera columna, en la que el alumnado recoge los aprendizajes adquiridos, conectándolos con la experiencia vivida y los retos superados durante el Escape Room; y de manera opcional el rectángulo de abajo donde se invita al alumnado que pueden cambiar o mejorar para enriquecer su salud mental o la de sus compañeros.

Se considera que esta rutina de pensamiento, propuesta originalmente por Donna Ogle (1986), contribuye a la construcción de un aprendizaje significativo, promoviendo el pensamiento crítico y la capacidad de autorreflexión. Además, permite visibilizar el impacto cognitivo y emocional de la propuesta, al tiempo que hace al alumnado consciente de su propio proceso formativo. Este instrumento (figura 11) se relaciona especialmente con los objetivos que buscan fomentar la reflexión sobre actitudes ante la salud mental y trabajar desde la prevención y la educación emocional. Su incorporación en el diseño del proyecto aporta una dimensión metacognitiva que refuerza la calidad del aprendizaje y la personalización de los contenidos.

Figura 11. Rutina de pensamiento KWL

RUTINA KWL: Exploramos la salud mental

<p style="text-align: center;">KNOW: Qué sé</p> <p>¿Qué sabes sobre salud mental? Escribe al menos dos ideas que ya conoces o crees conocer sobre la salud mental. Pueden ser hechos, experiencias, etc.</p>	<p style="text-align: center;">WANT: Qué quiero saber</p> <p>¿Qué quieres entender o aprender? Piensa en una o dos preguntas o dudas que te gustaría resolver con la actividad.</p>	<p style="text-align: center;">LEARNING: Qué he aprendido</p> <p>¿Qué he aprendido y me parece útil para mi vida? Después de la actividad, escribe lo que hayas aprendido y consideres importante o útil.</p>
<p style="text-align: center;">CHANGE: Qué quiero cambiar</p> <p>(Opcional) ¿Hay algo que quieras cambiar o cuidar más a partir de hoy? Reflexiona sobre si esta experiencia te ha motivado a hacer algún cambio.</p>		

Fuente: Elaboración propia con Canva

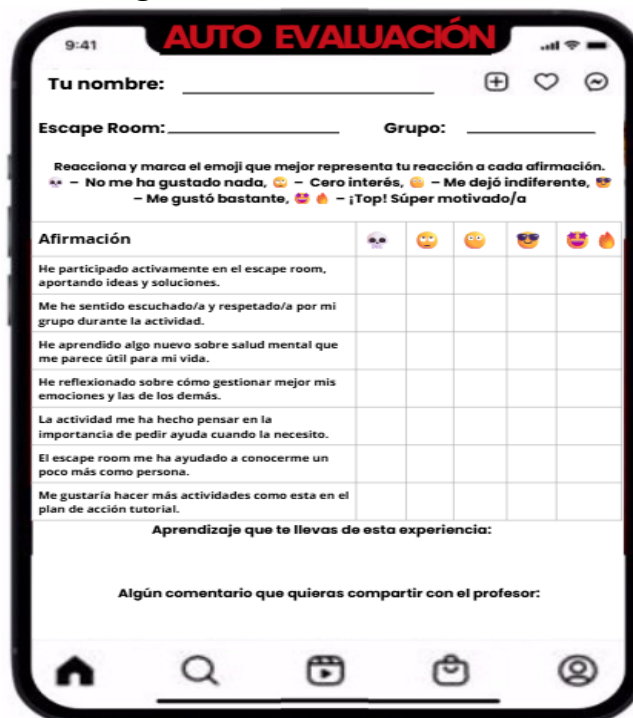
3.7.3.4. Autoevaluación del alumnado: instrumento complementario

En cuarto lugar, y en relación con la propuesta metodológica del proyecto, con el fin de otorgar protagonismo al alumnado en su propio proceso de aprendizaje, se ha incorporado un instrumento complementario de evaluación basado en la autoevaluación reflexiva. Este recurso, que se presenta en forma de “pantalla de Instagram o similar”, permite recoger de manera accesible y significativa la percepción del alumnado tras participar en cada Escape Room.

La plantilla de autoevaluación incluye una serie de afirmaciones relacionadas con diferentes dimensiones de la experiencia: la participación activa, el trabajo cooperativo, el aprendizaje sobre salud mental, la gestión emocional durante la dinámica y el interés por repetir actividades similares en el futuro. Para expresar su grado de acuerdo con cada afirmación, el alumnado selecciona un emoji que representa sus sensaciones, desde los más negativos hasta los más positivos, facilitando así una evaluación emocional adaptada al lenguaje que utilizan hoy en día los adolescentes.

Esta autoevaluación (figura 12) también contiene espacios de respuesta abierta para que, si quieren, compartan de manera libre y confidencial, comentarios dirigidos al profesorado y expresen con sus propias palabras el principal aprendizaje que se lleva de la experiencia. De este modo, se favorece la reflexión personal y su aprendizaje.

Figura 12. Plantilla de autoevaluación



AUTO EVALUACIÓN

Tu nombre: _____

Escape Room: _____ Grupo: _____

Reacciona y marca el emoji que mejor representa tu reacción a cada afirmación.

☹️ - No me ha gustado nada, 😐 - Cero interés, 😐 - Me dejó indiferente, 😊 - Me gustó bastante, 🤩 - ¡Top! Súper motivado/a

Afirmación	🙄	😐	😐	😊	🤩
He participado activamente en el escape room, aportando ideas y soluciones.					
Me he sentido escuchado/a y respetado/a por mi grupo durante la actividad.					
He aprendido algo nuevo sobre salud mental que me parece útil para mi vida.					
He reflexionado sobre cómo gestionar mejor mis emociones y las de los demás.					
La actividad me ha hecho pensar en la importancia de pedir ayuda cuando la necesito.					
El escape room me ha ayudado a conocerme un poco más como persona.					
Me gustaría hacer más actividades como esta en el plan de acción tutorial.					

Aprendizaje que te llevas de esta experiencia:

Algún comentario que quieras compartir con el profesor:

Fuente: Elaboración propia con Canva

Junto con las rúbricas docentes, esta autoevaluación aporta una visión integral del impacto del proyecto en el alumnado, fortaleciendo el carácter formativo del proceso de evaluación.

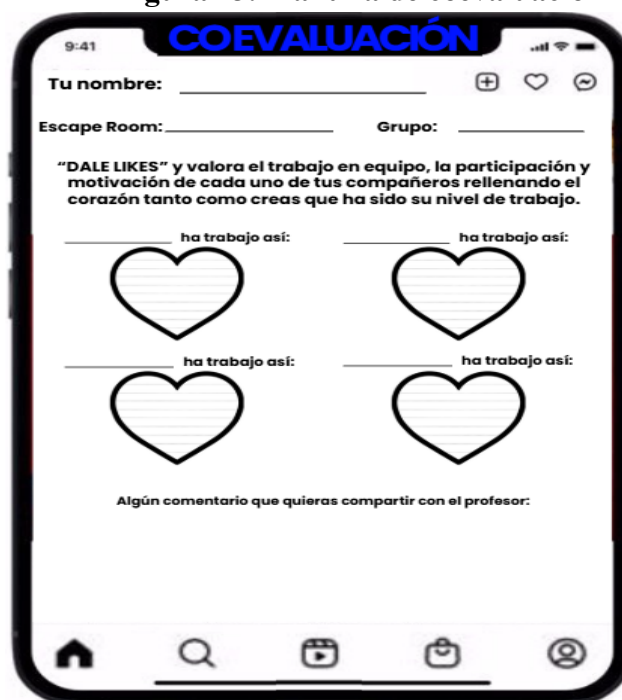
3.7.3.5. Coevaluación entre compañeros: mirada compartida sobre el trabajo en equipo

En quinto lugar, como complemento a los instrumentos de evaluación individual y docente, se propone una actividad de coevaluación entre compañeros que permita al alumnado valorar, de forma sencilla y respetuosa, la implicación de los miembros de su equipo durante el Escape Room. Esta herramienta fomenta la reflexión crítica sobre el trabajo en grupo, fortaleciendo el sentido de responsabilidad compartida y el reconocimiento mutuo.

El formato de la coevaluación incluye una pequeña ficha en la que cada participante valora aspectos como la participación, la actitud, la escucha activa y la colaboración de sus compañeros. De forma opcional, se puede añadir un comentario breve, positivo o constructivo, que sirva como retroalimentación entre iguales.

Este instrumento (figura 13) está alineado principalmente con el objetivo de fomentar dinámicas cooperativas y un clima de aula colaborativo, y enriquece el proceso de evaluación al integrar la mirada del alumnado como parte activa del aprendizaje.

Figura 13. Plantilla de coevaluación



Fuente: Elaboración propia con Canva

3.7.4. Conclusión del proceso de evaluación

Por último, todos estos instrumentos han sido diseñados con la intención de dar respuesta a los distintos niveles de análisis y evaluación que requiere un proyecto educativo de estas características. Lejos de centrarse únicamente en el rendimiento académico, el sistema de evaluación planteado busca valorar de forma integral tanto la calidad del diseño pedagógico como el impacto real de la propuesta en el alumnado.

Mediante el uso de rúbricas, autoevaluaciones, rutinas de pensamiento y coevaluaciones, se propone una evaluación plural, continua y formativa. Esta perspectiva responde al compromiso del proyecto con la educación emocional, la promoción de la salud mental y la innovación metodológica al servicio de un aprendizaje más significativo, humano y contextualizado.

En resumen, en este caso, la evaluación deja de ser un acto meramente calificativo para convertirse en una oportunidad de crecimiento, análisis y mejora, tanto para el alumnado como para el profesorado implicado. En definitiva, se apuesta por una evaluación que acompaña, orienta y transforma, en coherencia con los valores y objetivos que sustentan esta intervención educativa.

4. Conclusiones y prospección futura del proyecto.

Este proyecto parte de una necesidad detectada en el entorno educativo: la creciente prevalencia de trastornos mentales entre adolescentes, en especial los relacionados con la ansiedad, la depresión y los trastornos de la conducta alimentaria. Ante esta realidad se plantea una intervención educativa innovadora que, a través de dinámicas basadas en Escape Rooms, permite abordar estos temas de forma indirecta pero eficaz dentro del aula. La propuesta no pretende sustituir la labor de profesionales clínicos ni ofrecer soluciones terapéuticas, sino actuar desde la prevención, la sensibilización y la alfabetización en salud mental desde las aulas.

En primer lugar, se considera que los objetivos del proyecto, tanto el general como los específicos, han sido abordados de manera coherente y completa. Se ha logrado diseñar una propuesta realista, bien estructurada y viable dentro del contexto escolar, que responde a una problemática concreta. Este resultado da cumplimiento al objetivo general: diseñar un programa educativo basado en Escape Rooms que promueva la salud mental del alumnado mediante dinámicas lúdicas y cooperativas que integren la gamificación con el aprendizaje significativo. El enfoque lúdico no ha restado profundidad al contenido, sino que se espera que sirva como puente para facilitar la participación del alumnado y generar espacios de diálogo en torno a cuestiones que a menudo resultan difíciles de tratar de forma directa. El uso de la narrativa, los retos y el trabajo en equipo permiten plantear los contenidos desde una perspectiva atractiva, sin trivializar la seriedad de los temas tratados.

En esta línea, el desarrollo del proyecto ha estado guiado por una planificación clara, que ha permitido integrar dinámicas cooperativas orientadas a fomentar la participación activa del alumnado. Estas actividades contribuyen a crear un ambiente de aula colaborativo, promoviendo la comunicación, el trabajo en equipo y la resolución pacífica de conflictos, aspectos esenciales en la estructura del Escape Room.

Además, se plantean retos que invitarán a los estudiantes a reflexionar sobre sus propias emociones, actitudes y comportamientos en torno a la salud mental, lo que favorece tanto el pensamiento crítico como la toma de decisiones informadas.

El profesorado, por su parte, cuenta con recursos didácticos accesibles y bien organizados que facilitan su implicación en el desarrollo del programa, incluso sin una formación previa especializada, lo que permite que la propuesta pueda implementarse con facilidad en distintos contextos educativos.

Las actividades han sido diseñadas para que el alumnado pueda identificar señales de alerta relacionadas con trastornos como la ansiedad, la depresión o los problemas de conducta alimentaria, promoviendo una comprensión más profunda y consciente de estas realidades, así como el conocimiento de los recursos de apoyo disponibles en su entorno.

En segundo lugar, el diseño metodológico ha sido uno de los puntos fuertes y costosos del proyecto. La temporalización, los recursos propuestos y la secuencia de actividades están pensados para facilitar su implementación por parte del profesorado sin requerir una formación excesivamente específica (a parte de la que se proporciona). Asimismo, la propuesta contempla mecanismos útiles de evaluación que permiten medir tanto la participación como la comprensión del alumnado, lo cual resulta clave para valorar su efectividad en el ámbito educativo. El respaldo teórico que sustenta el proyecto, junto con el diagnóstico previo de viabilidad, contribuye a reforzar su aplicabilidad en centros reales.

En tercer lugar y en cuanto a las perspectivas futuras, existen diversas líneas de desarrollo que podrían enriquecer la propuesta. Una de ellas sería la adaptación del programa a otros niveles educativos, especialmente en los últimos cursos de Primaria o en Bachillerato, ajustando el lenguaje y la complejidad de los contenidos. También se valora positivamente la posibilidad de integrar la figura de orientadores u otros profesionales externos que puedan acompañar determinadas sesiones, enriqueciendo la experiencia desde una visión interdisciplinar. Otra línea interesante sería la creación de una versión digital del Escape Room con algunas funciones de pago, lo que permitiría ampliar su puesta en escena e impresión, cautivando y sirviendo a todo el alumnado.

Por último, este proyecto sugiere que futuras investigaciones analicen de forma empírica los efectos del programa en el alumnado, a través de cuestionarios, entrevistas u observaciones sistemáticas. Esta evaluación permitiría ajustar, mejorar y validar el proyecto con base en datos concretos. En definitiva, se trata de una propuesta que apuesta por transformar la forma en que se abordan ciertos temas en los centros educativos, utilizando el juego y elementos de este como herramienta educativa sin renunciar al rigor ni a la responsabilidad que implica tratar la salud mental en la adolescencia.

5. Referencias bibliográficas (formato APA, 7ª edición).

Alarcón, V., y Tejero, B. (2025). Beneficios de la gamificación educativa como técnica de aprendizaje en el área de las Ciencias Formales. *European Public and Social Innovation Review*, 10(1), 1–17. <https://doi.org/10.31637/epsir-2025-1847>

American Psychiatric Association. (2014). *DSM – 5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.

Antona, A., Madrid, J., y Aláez, M. (2003). Adolescencia y salud. *Papeles del Psicólogo*, (84), 45–53. <http://www.papelesdelpsicologo.es>
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808405>

Casares García, M. de los Á. (2024). *Evaluación de la depresión y ansiedad en adolescentes en contextos educativos*. [Tesis doctora] Universidad de La Rioja. <https://publicaciones.unirioja.es>

Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. McGraw-Hill.

Creswell, J. W. (2008). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Third Edition. SAGE Publications.

El Justicia de Aragón. (2024). El Colegio de Farmacéuticos de Zaragoza colabora con el Justicia de Aragón en la elaboración del informe especial sobre ansiedad y depresión. <https://eljusticiadearagon.es/el-colegio-de-farmaceuticos-de-zaragoza-colabora-con-el-justicia-de-aragon-en-la-elaboracion-del-informe-especial-sobre-ansiedad-y-depresion/>

Erlés, S. (2014). *POAT: Prevención del acoso escolar* [Trabajo de Fin de Grado]. Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación.

Escalona-Zorita, P., Moreno-Mayós, Á., Bellido-Zanin, G., Vilagrà-Ruiz, R., Junyent-Freixenet, N., Franco, J. J., y Teixidó, M. (2021). La reorganización de un servicio comunitario de salud mental infantil y juvenil ante la pandemia de COVID-19. *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*, 42(3), 215–221. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2973>

Fernández, A., y Gómez, M. (Coords.). (2009). *Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Ministerio de Sanidad y Política Social. (Cuadernos Técnicos, Nº 14). <https://www.aen.es>

Freire-Palacios, V., Jaramillo-Galarza, K., Quito-Calle, J., y Orozco-Cantos, L. (2023). La inteligencia artificial en la gamificación para promover la salud mental de los estudiantes universitarios: una revisión de alcance. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 3, 639. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023639>

Gaitán, V. (2022). *Gamificación: el aprendizaje divertido*. Educativa. <https://www.educativa.com/blog-articulos/gamificacion-el-aprendizaje-divertido/>

García-Tudela, P. A., Solano-Fernández, I. M., y Sánchez-Vera, M. M. (2020). *Análisis de una Escape Room educativa en clase de matemáticas de educación primaria*. REDIMAT – Journal of Research in Mathematics Education, 9(3), 273–297. <https://doi.org/10.17583/redimat.2020.4437>

Gobierno de Aragón y Justicia de Aragón. (2023). Guía para centros escolares. Protocolo de actuación inmediata: Prevención, detección e intervención en casos de ideación suicida en el ámbito educativo. https://eljusticiadearagon.es/wp-content/uploads/2023/11/GUIA_SUICIDIO_EDUCACION-1.pdf

Gobierno de Aragón. (2018a). Orden ECD/1004/2018, de 7 de junio, por la que se regula la Red Integrada de Orientación Educativa en los centros docentes no universitarios sostenidos con fondos públicos de la Comunidad Autónoma de Aragón. Boletín Oficial de Aragón, 116. https://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VERDOCyBASE=BZHTyPIECE=BOLEyDOCR=8ySEC=BUSQUEDA_AVANZADA

Gobierno de Aragón. (2022a). Orden ECD/1172/2022, de 2 de agosto, por la que se aprueba el currículo y las características de la evaluación de la Educación Secundaria Obligatoria en Aragón. Boletín Oficial de Aragón, nº 157. <https://www.boa.aragon.es>

Gobierno de Aragón. (2022b). *Decreto 188/2022, de 14 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la Red Integrada de Orientación Educativa*. Boletín Oficial de Aragón, nº 249. <https://www.boa.aragon.es>

Gobierno de Aragón. (2022c). *Plan de Salud Mental 2022-2025*. Departamento de Sanidad.

Gobierno de Aragón. (2023a). *Orden ECD/1005/2023, de 3 de agosto, por la que se regula la respuesta educativa al alumnado que presenta necesidad específica de apoyo educativo derivada de dificultades de aprendizaje, trastornos del desarrollo y condiciones personales o de historia escolar*. Boletín Oficial de Aragón, 160, 26141–26156. <https://www.boa.aragon.es>

Gobierno de Aragón. (2023b). *Orden ECD/1763/2023, de 5 de diciembre, por la que se regulan los documentos oficiales de evaluación en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria*. Boletín Oficial de Aragón, nº 241. <https://www.boa.aragon.es>

Gobierno de España. (2022, 29 de marzo). *Real Decreto 217/2022, de 29 de marzo, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Secundaria Obligatoria*. Boletín Oficial del Estado, núm. 76, de 30 de marzo de 2022, páginas 41963 a 42062. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2022/03/29/217>

I.E.S. Universidad Laboral. (2019). *Plan de orientación y acción tutorial (POAT). Curso 2019–2020*. Consejería de Educación, Junta de Andalucía.

Junta de Andalucía. (2007). *Guía para la elaboración del Plan de Orientación y Acción Tutorial en los Institutos de Educación Secundaria*. Consejería de Educación. Dirección General de Participación y Solidaridad en la Educación. ISBN: 978-84-690-7127-4.

Kaltsas, A. (2021). *Mejorar la salud mental y el bienestar de los docentes de secundaria mediante enfoques integrales*. En Libro de Actas / Proceedings / Llibre d'actes. III International Congress: Humanities and Knowledge (p. 154). Universidad del País Vasco.

Lozano-Monterrubio, N., Cuartielles, R., Carrillo-Pérez, N., y Montagut, M. (2024). Escape Rooms como metodología educativa para combatir la desinformación en alumnos de primaria y secundaria: el caso de Learn to Escape. *Revista Latina de Comunicación Social*, 82, 1–21. <https://doi.org/10.4185/rlds-2024-2243>

Marín, M. I., García, M., y García, C. (2024). *Plan de orientación y acción tutorial (POAT). Facultad de Derecho. Curso 2024–2025*. [Documento institucional] Universidad de Sevilla.

Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes. (s.f.). *Educación Secundaria Obligatoria. Competencias Clave* <https://educagob.educacionfpydeportes.gob.es/curriculo/curriculo-lomloe/menu-curriculos-basicos/ed-secundaria-obligatoria.html>

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2023). *Importancia del juego para la salud física y mental*. <https://www.mspbs.gov.py/portal/23266/importancia-del-juego-para-la-salud-fisica-y-mental.html>

Ministerio de Sanidad. (2024a). *Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027*. Gobierno de España.

Ministerio de Sanidad. (2024b). *Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027*. Gobierno de España.

Moreno-Lozano, I., Quílez-Robres, A., y Matesanz, J. M. (2023). *El Escape Room en el ámbito educativo: análisis de una práctica de aula en Matemáticas*. *Revista Educación*, 47(2). <https://doi.org/10.15517/revedu.v47i2.51661>

Navarro, C., Mora, J., y Pérez, I. J. (2023). La gamificación favorece el bienestar psicológico de los estudiantes universitarios. *Canal UGR*. Recuperado de <https://canal.ugr.es/noticia/un-estudio-de-la-ugr-demuestra-que-la-gamificacion-favorece-el-bienestar-psicologico-de-los-estudiantes/>

Organización Mundial de la Salud (2022). *Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático*. Organización Mundial de la Salud.

Peláez, M., Labrador, F. J., y Raich, R. M. (2007). *Trastornos de la conducta alimentaria: Manual clínico y de tratamiento psicológico*. Madrid: Pirámide.

Regidor, L. J., y Casado, A. (s.f.). *La salud mental de los adolescentes desde la orientación educativa*. En Libro de Actas / Proceedings / Llibre d'actes. III International Congress: Humanities and Knowledge (p. 188). Colegio Sagrado Corazón.

Salvador-Gómez, A., Escrib-Tena, A. B., Beltrán-Martín, I., y García-Juan, B. (2022). El Escape Room virtual: herramienta docente universitaria para el desarrollo de competencias transversales y para la retención del conocimiento. *Tecnología, Ciencia y Educación*, 21, 7–48. <https://doi.org/10.51302/tce.2022.664>

Sánchez, C. L. (2019). Gamificación en la educación: ¿Beneficios reales o entretenimiento educativo? *Revista Docentes 2.0*, 1(1), 1–10. <https://ojs.docentes20.com/index.php/revista-docentes20/article/download/5/5>

UNICEF. (2023). *Por qué el juego refuerza la salud mental de tu hijo*. <https://www.unicef.org/parenting/es/desarrollo-infantil/por-que-juego-refuerza-salud-mental-de-tu-hijo>

Violero, J., Segovia, C., Redondo-Tébar, D., Sánchez-López, F., Bermejo-Cantarero, C., Navarro-Martínez, R., y Visier-Alfonso, M. (2025). Escape Room: ¡Sé inteligente, Muévete!: Una propuesta didáctica para conocer los efectos del ejercicio físico en la salud mental y cerebral en Educación Primaria. *Retos*, 63, 191–205. <https://doi.org/10.47197/retos.v63.109017>

Wang, P. (2023). Perfil biopsicosocial de las autolesiones no suicidas y los intentos de suicidio en la adolescencia. [Tesis doctoral] Universidad Autónoma de Madrid.

6. Anexos de este Trabajo Fin de Máster:

A continuación, se recoge la información detallada del marco teórico, las actividades y evaluación comentados a lo largo del trabajo.

6.1. Anexo A: Información detallada de elaboración propia del marco teórico

En este apartado se recoge un resumen de cada uno de los trastornos que aparecen en el marco teórico-. Este resumen es de elaboración propia basado en información obtenida del DSM-V.

6.1.1. TCA

6.1.1.1. Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

Este trastorno se distingue por una alteración de la conducta alimentaria y de la ingesta de ciertos alimentos (p. ej., falta de interés, evitación por características organolépticas (percibidas con los sentidos), preocupación por las consecuencias repulsivas de comer) que se evidencia en una incapacidad constante para satisfacer de manera adecuada las necesidades nutricionales y/o energéticas. Este fracaso se asocia a uno o varios de estos síntomas: pérdida importante de peso, falta de nutrientes esenciales, necesidad de alimentación especial o suplementos, o problemas que afectan mucho la vida social y emocional.

La sintomatología de este trastorno, según el DSM-V, destaca la falta de interés aparente por comer o alimentarse, así como la evitación de la ingesta basada en características organolépticas de los alimentos, como su apariencia, olor, textura, temperatura o gusto. Esta evitación puede presentarse como un rechazo hacia determinadas marcas o como intolerancia hacia el olor de los alimentos que consumen otros.

Otro rasgo distintivo es la preocupación excesiva por las consecuencias negativas de comer, como el miedo a atragantarse o vomitar. En los lactantes, pueden observarse signos como mostrarse excesivamente somnolientos, angustiados o agitados durante la alimentación, además de una falta de interacción con el cuidador o una ausencia de señales claras de hambre.

Estas características permiten identificar el trastorno y diferenciarlo de otros trastornos de la conducta alimentaria que comparten criterios comunes como la pérdida de peso o la malnutrición.

Los trastornos comórbidos más frecuentes con el trastorno de evitación incluyen los trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo y diversas alteraciones del neurodesarrollo, como el trastorno del espectro autista, el trastorno por déficit de atención

con hiperactividad y la discapacidad intelectual. También puede asociarse a problemas emocionales generalizados.

6.1.1.2. Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa se caracteriza a través de una ingesta energética insuficiente en relación con los requerimientos nutricionales, lo que conlleva a un peso corporal considerablemente inferior al apropiado para la edad, el sexo, el desarrollo y el estado físico general. A esto se suma un miedo intenso a ganar peso o a engordar, o bien la presencia de conductas persistentes que interfieren con el aumento de peso, incluso cuando este ya es peligrosamente bajo. También es común una percepción alterada del propio cuerpo, una autoevaluación excesivamente influida por el peso o la figura corporal, o una falta constante de reconocimiento sobre la gravedad que implica el bajo peso actual.

A nivel de nomenclatura, se especifica la gravedad actual en función del IMC en adultos y el percentil del IMC en niños y adolescentes (leve, moderado, grave, extremo).

Los signos de alerta de la anorexia nerviosa, según el *DSM-V*, se identifican a partir de la restricción de la ingesta energética que conduce a un peso corporal significativamente bajo en relación con la edad, el sexo, el desarrollo y la salud física de la persona.

Un rasgo fundamental es el miedo intenso a ganar peso o a engordar, que persiste incluso ante una pérdida de peso evidente. Además, suele presentarse una alteración profunda en la percepción del peso y la constitución corporal; las personas afectadas pueden verse a sí mismas con sobrepeso o estar excesivamente preocupadas por áreas específicas de su cuerpo. La autoestima se encuentra marcadamente influenciada por la percepción del peso y la figura, y es frecuente la negación de la gravedad del estado de delgadez.

Entre los signos físicos y psicológicos específicos se encuentran la amenorrea, alteraciones de las constantes vitales, y la presencia de síntomas depresivos como ánimo bajo, aislamiento social, irritabilidad, insomnio y disminución del interés sexual. También se observan síntomas obsesivo-compulsivos, a menudo centrados en la comida, así como una preocupación excesiva por comer en público, sentimientos de ineficacia, necesidad de control y un estilo de pensamiento inflexible.

Otros signos característicos incluyen la actividad física excesiva, el uso inadecuado de medicamentos para controlar el peso como la manipulación de dosis de insulina en personas diabéticas y manifestaciones físicas visibles como emaciación, aparición de lanugo, edema periférico y un tono amarillento en la piel.

Estas características permiten establecer un diagnóstico preciso de anorexia nerviosa, distinguiéndola de otros trastornos de la conducta alimentaria que comparten señales comunes como la pérdida de peso o la malnutrición.

Los individuos con trastornos de ansiedad o rasgos obsesivos en la infancia tienen mayor riesgo. Es importante considerar la influencia de la cultura y los entornos que valoran la delgadez. La recuperación del peso y la solución de las complicaciones médicas pueden requerir hospitalización. La rehabilitación nutricional es fundamental. El tratamiento debe abordar el miedo a ganar peso y la alteración de la autopercepción.

Los trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares concurren frecuentemente con la anorexia. También se ha descrito comorbilidad con el TOC y trastornos por consumo de sustancias, especialmente en el tipo con atracones/purgas. El riesgo de suicidio es elevado.

6.1.1.3. Bulimia nerviosa

Este trastorno se caracteriza por episodios recurrentes de consumo excesivo de alimentos en un tiempo breve, acompañados por una sensación de pérdida de control durante la ingesta. Posteriormente, la persona recurre de forma repetida a métodos inadecuados para evitar el aumento de peso, como provocarse el vómito, utilizar laxantes o diuréticos de manera incorrecta, restringir severamente la alimentación o realizar ejercicio físico de forma excesiva. La autovaloración está influida de manera desproporcionada por el peso y la apariencia corporal. Para que se considere presente, estos episodios deben ocurrir al menos una vez por semana durante un periodo de tres meses. Esta conducta no se da exclusivamente en el contexto de la anorexia nerviosa.

No hay una clasificación como tal, pero si se puede especificar la gravedad actual según la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados: leve, moderado, grave, extremo.

La sintomatología de la bulimia nerviosa, según el DSM-V, se observa en acciones repetidas y poco saludables que se usan para intentar evitar subir de peso, siendo el vómito autoinducido la estrategia más común, aunque también pueden utilizarse otros métodos como el uso indebido de laxantes.

Para el diagnóstico, se requiere que tanto los episodios de ingesta descontrolada como las acciones destinadas a contrarrestarlos deben presentarse, en promedio, una vez por semana como mínimo, y mantenerse durante un lapso de tres meses. Otro rasgo distintivo es que la autoevaluación del individuo se encuentra excesivamente influenciada por el peso y la forma corporal.

Además de estos criterios nucleares, en la bulimia pueden observarse sentimientos de vergüenza y secretismo respecto a los problemas alimentarios, así como manifestaciones físicas específicas. Entre ellas se incluyen posibles irregularidades menstruales o amenorrea, alteraciones hidroelectrolíticas, y complicaciones poco frecuentes pero graves como desgarros esofágicos o arritmias cardíacas. También pueden presentarse signos físicos como pérdida del esmalte dental, aumento de caries, agrandamiento de las glándulas salivales y la aparición de callos en los nudillos debido al acto repetido de inducirse el vómito.

Estos elementos específicos permiten diferenciar la bulimia nerviosa de otros TCA que comparten criterios generales como el malestar psicológico o el impacto en la salud física.

La presencia de inseguridades relacionadas con el peso, una autoestima disminuida, señales de depresión, así como ansiedad social o generalizada durante la infancia, se vincula con una mayor probabilidad de desarrollar este tipo de problemas. La interiorización de un ideal de cuerpo delgado y haber sufrido abusos también aumentan el riesgo. El tratamiento se centra en reducir los atracones y los comportamientos compensatorios, así como en abordar la preocupación por el peso y la imagen corporal. La terapia psicológica (p. ej., terapia cognitivo-conductual) es fundamental.

Suelen coexistir alteraciones del estado de ánimo, como la depresión y el trastorno bipolar, además de distintos tipos de ansiedad. El uso de sustancias es igualmente común. También es habitual encontrar rasgos de personalidad que encajan con trastornos específicos, siendo el trastorno límite de la personalidad el más prevalente. Este cuadro conlleva un riesgo elevado de mortalidad, tanto por suicidio como por otras causas médicas.

6.1.1.4. Trastorno de atracones

El trastorno de atracones, según el DSM-V, se define por la repetición de episodios en los que la persona consume una cantidad excesiva de comida en un corto periodo de tiempo

Estos episodios se asocian a malestar intenso y al menos tres de los siguientes:

- comer mucho más rápido de lo normal,
- comer hasta sentirse desagradablemente lleno,
- comer grandes cantidades sin hambre,
- comer solo por vergüenza, y
- sentirse luego a disgusto, deprimido o avergonzado.

Los episodios de ingesta excesiva se presentan, en promedio, al menos una vez por semana durante un periodo de tres meses. A diferencia de la bulimia nerviosa, no van

acompañados de conductas compensatorias inadecuadas y tampoco se dan únicamente en el contexto de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

El trastorno provoca un malestar intenso en quien lo padece, y para su diagnóstico los atracones deben producirse, en promedio, con una frecuencia mínima semanal a lo largo de tres meses. Además, es habitual que las personas intenten ocultar sus episodios debido al sentimiento de vergüenza que les genera este comportamiento.

Estos elementos específicos permiten identificar el trastorno de atracones y diferenciarlo de otros TCA que comparten criterios generales como la alteración de patrones alimentarios o el impacto nutricional.

El trastorno por atracones suele ir acompañado de otros problemas de salud mental, como depresión, ansiedad y, en menor medida, consumo de sustancias. Esta comorbilidad se asocia con una mayor gravedad de los episodios. Aunque en el DSM – V no se expone explícitamente el riesgo de suicidio para este trastorno, es una preocupación potencial debido a la comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y ansiedad,

6.1.1.5. Otros trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado

Esta clasificación se aplica a los síntomas característicos de otros TCA que causan malestar o deterioro significativo, pero no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos anteriores.

Dentro de este trastorno se engloban:

- Anorexia nerviosa atípica: Se observan todos los síntomas propios de la anorexia nerviosa, salvo que, a pesar de una notable pérdida de peso, la persona mantiene un peso dentro de los rangos normales o incluso superiores.
- Bulimia nerviosa (de baja frecuencia o corta duración): Se presentan los criterios diagnósticos de la bulimia, pero los episodios de atracones y las conductas compensatorias ocurren con menor frecuencia —menos de una vez por semana— o durante un período inferior a tres meses.
- Trastorno de atracones (de baja frecuencia o corta duración): Se cumplen las condiciones del trastorno por atracones, aunque los episodios se producen con una frecuencia menor a la establecida clínicamente o por un tiempo reducido.
- Trastorno por purgas: Consiste en la realización reiterada de conductas de purga (como inducirse el vómito o usar laxantes, diuréticos u otros fármacos de forma inadecuada) con el objetivo de modificar el peso o la figura, sin que haya episodios de atracones.
- Síndrome de ingesta nocturna de alimentos: Implica el consumo repetido de alimentos durante la noche, lo cual genera un malestar significativo en la persona.

Las señales de alerta varían según la especificación, pero implican la presencia de síntomas de TCA que causan malestar o deterioro significativo sin cumplir todos los criterios de un trastorno específico.

La comorbilidad de ellos dependerá de la presentación específica. El riesgo de suicidio debe evaluarse según el caso individual, por lo que no se puede especificar si hay riesgo o no.

6.1.1.6. Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado

Esta categoría abarca los casos en los que se presentan síntomas propios de un trastorno de la conducta alimentaria, con un impacto notable en el bienestar o el funcionamiento de la persona, pero que no encajan completamente con los criterios de un diagnóstico específico. En estos casos, el profesional decide no detallar la razón por la cual no se cumplen todos los criterios o bien no cuenta con la información suficiente para establecer un diagnóstico más concreto.

Esta es una categoría residual utilizada cuando no se puede realizar un diagnóstico más específico. La presencia de síntomas de TCA que causan malestar o deterioro significativo, pero sin información suficiente o sin cumplir todos los criterios para un trastorno específico.

La comorbilidad y el riesgo de suicidio son difíciles de determinar sin un diagnóstico más específico. Se requiere una evaluación clínica completa.

6.1.2. ANSIEDAD

6.1.2.1. Trastorno de ansiedad por separación

El trastorno de ansiedad por separación ocurre cuando una persona siente un miedo muy fuerte e inapropiado para su edad al alejarse de quienes le generan seguridad emocional, como sus padres o cuidadores. Esta ansiedad puede expresarse de muchas formas: sentirse angustiado solo con pensar en separarse, estar constantemente preocupado por que algo malo le pase a esas personas, negarse a salir de casa o a quedarse solo, tener pesadillas sobre separaciones o incluso experimentar malestares físicos como dolores de cabeza o de estómago cuando ocurre la separación.

Para que se considere un trastorno, estos síntomas deben durar al menos cuatro semanas en niños y adolescentes, y seis meses si se trata de adultos. Además, deben interferir de forma notoria con la vida diaria de la persona, ya sea en lo social, en la escuela o en el trabajo.

Entre las señales de alerta específicas destacan la negativa continua a asistir a la escuela, la necesidad constante de saber dónde están los cuidadores y quejas somáticas frecuentes justo antes o durante la separación. Es común que estos niños presenten comportamientos de vigilancia, como seguir a sus padres de habitación en habitación.

Este trastorno suele coexistir con otros trastornos de ansiedad, como la fobia específica y el trastorno de ansiedad generalizada, así como con trastornos depresivos. El riesgo de suicidio está incrementado, sobre todo cuando hay desesperanza, retraimiento social severo o una fuerte dependencia emocional no tratada.

6.1.2.2. Fobia Específica

La fobia específica se da cuando una persona siente un miedo muy intenso y sin justificación real hacia algo concreto, como ciertos animales, estar en lugares altos, volar en avión, recibir inyecciones o ver sangre. Esta reacción aparece de forma casi automática al enfrentar ese objeto o situación, y suele ser mucho más fuerte de lo que el peligro real justifica. Por eso, quien la padece suele evitar a toda costa aquello que le genera temor, o lo enfrenta con un gran malestar.

Los criterios diagnósticos incluyen la persistencia del miedo durante seis meses o más y una afectación significativa en áreas importantes del funcionamiento, como la vida social, académica o laboral. La persona suele reconocer que su miedo es excesivo, aunque esto no siempre se observa en niños.

Entre las señales de alerta específicas se encuentran la evitación rígida e invariable de la situación fóbica, respuestas de pánico o malestar extremo ante la exposición, e incluso reacciones fisiológicas intensas como desmayos en el caso de las fobias relacionadas con sangre o inyecciones. Estos síntomas pueden limitar seriamente la vida cotidiana de la persona.

En cuanto a la comorbilidad, es frecuente que la fobia específica coexista con otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico, y con trastornos del estado de ánimo, como la depresión mayor. Aunque por sí sola la fobia específica no conlleva un alto riesgo de suicidio, este puede aumentar si se acompaña de depresión u otros trastornos comórbidos no tratados.

6.1.2.3. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

El trastorno de ansiedad generalizada (en adelante, TAG) se caracteriza por una preocupación crónica y excesiva sobre múltiples aspectos de la vida diaria, como el rendimiento académico o laboral, la salud, la economía o problemas menores de la rutina. Esta preocupación se presenta de forma persistente durante al menos seis meses, la mayor parte del tiempo, y resulta difícil de controlar por parte del individuo. Las personas con TAG suelen anticipar constantemente que algo malo ocurrirá, incluso cuando no existe una amenaza real.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se presenta cuando una persona se preocupa de forma constante y excesiva casi todos los días durante seis meses o más. Esta preocupación viene acompañada de al menos tres síntomas (o uno en el caso de los niños), como sentirse inquieto o nervioso, cansarse con facilidad, tener problemas para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, estar irritable, tener los músculos tensos o dormir mal. Para que se considere TAG, estas molestias deben afectar de manera notable la vida diaria y no estar causadas por otra enfermedad o por el consumo de medicamentos o sustancias.

A nivel de señales de alerta, según el DSM-V, serán observables manifestaciones como una constante necesidad de controlar todo, inseguridad ante decisiones menores, búsqueda excesiva de certeza, dolores físicos sin explicación médica (contracturas, cefaleas), y deterioro progresivo de la calidad del sueño. Además, es común observar conductas de evitación para prevenir situaciones inciertas y estados emocionales de agotamiento y sobrecarga mental.

Este trastorno presenta comorbilidad frecuente con trastornos depresivos y otros trastornos de ansiedad, y el riesgo de suicidio es moderado, aumentando significativamente si hay episodios depresivos mayores asociados.

6.1.2.4. Trastorno de Pánico

El trastorno de pánico se caracteriza por la aparición repetida y sin aviso previo de ataques de pánico, que son momentos en los que la persona siente un miedo o angustia muy intensos, los cuales aumentan rápidamente y llegan a su punto más fuerte en cuestión de minutos. Estos ataques suelen estar acompañados de síntomas físicos severos, como palpitaciones, sudoración, temblores, dificultad para respirar, mareo o miedo a perder el control o a morir. Aunque los ataques pueden surgir sin un desencadenante claro, generan una preocupación persistente sobre la posibilidad de que se repitan, así como un cambio significativo en el comportamiento para evitarlos.

El diagnóstico (los criterios diagnósticos) requiere ataques de pánico inesperados y recurrentes, junto con al menos un mes de preocupación persistente por su reaparición y/o cambios conductuales mal adaptativos (como evitar esfuerzos físicos o salir de casa). Los ataques deben incluir al menos cuatro síntomas entre: palpitaciones, sudoración, temblores, dificultad para respirar, opresión torácica, mareo, escalofríos, miedo a perder el control o a morir, entre otros. Los ataques no deben estar inducidos por sustancias ni ser atribuibles a otro trastorno mental.

Según la sintomatología, la persona puede experimentar temor extremo a sensaciones corporales como taquicardia o mareos, que asocia con peligro inminente. También pueden observarse cambios de comportamiento como evitar salir solo, dejar el trabajo o actividades sociales, o acudir de forma reiterada a emergencias médicas. Es común el miedo a “volverse loco” o a sufrir un colapso físico en público, lo que deteriora la calidad de vida de forma severa.

Este trastorno suele coexistir con agorafobia, trastornos depresivos y consumo de sustancias. El riesgo suicida es alto, especialmente si el individuo percibe una pérdida total de control o sufre ataques muy frecuentes e incapacitantes.

6.1.2.5. Fobia específica

La fobia específica se caracteriza por un miedo intenso, persistente y desproporcionado hacia un objeto, animal o situación específica, que genera una respuesta inmediata de ansiedad o incluso ataques de pánico al entrar en contacto con el estímulo temido. Esta respuesta puede desencadenarse tanto ante la presencia directa del objeto fóbico como ante la anticipación de encontrarse con él, lo que lleva a conductas evitativas importantes.

Para cumplir con los criterios del DSM-V, el miedo o ansiedad deben estar relacionados con un objeto o situación específica (como volar, alturas, animales, inyecciones, ver sangre, etc.). La exposición provoca una respuesta inmediata de ansiedad, que puede llegar a un ataque de pánico. El individuo reconoce que el miedo es excesivo o irracional (en adultos), y evita activamente la situación o la soporta con gran malestar. La duración mínima debe ser de seis meses y debe interferir significativamente en la vida cotidiana. No se debe a otra condición médica ni a otro trastorno mental.

Las señales de alerta específicas irán encabezadas por la evitación activa del estímulo fóbico puede interferir con la vida diaria (por ejemplo, negarse a subir a un avión, evitar parques por temor a perros, rechazar exámenes médicos por miedo a agujas). Se pueden observar también reacciones físicas inmediatas como palpitaciones,

sudoración, dificultad para respirar, o incluso desmayos (en la fobia a la sangre/inyecciones). Además, puede haber distorsión cognitiva, como sobreestimar el peligro del estímulo o su frecuencia en la vida cotidiana.

Las fobias específicas suelen comenzar en la infancia o adolescencia y, aunque muchas personas logran convivir con ellas, pueden volverse altamente incapacitantes si afectan aspectos importantes de la vida (por ejemplo, fobia a conducir). La comorbilidad más frecuente es con otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo. El riesgo de suicidio es bajo, aunque puede aumentar en presencia de depresión comórbida.

6.1.2.6. Fobia social (Trastorno de Ansiedad Social)

La fobia social o trastorno de ansiedad social implica un miedo marcado y persistente a una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible escrutinio de otras personas. El temor se centra en actuar de manera embarazosa o ser juzgado negativamente, lo cual genera una gran ansiedad anticipatoria y comportamientos evitativos. Este trastorno afecta especialmente el ámbito académico, laboral y relacional.

Según el DSM-V, el diagnóstico requiere miedo o ansiedad intensa en situaciones sociales en las que la persona pueda ser observada, como hablar en público, mantener conversaciones, asistir a reuniones o comer delante de otros. La persona teme actuar de manera que sea humillante. Estas situaciones casi siempre provocan ansiedad inmediata y son evitadas o soportadas con gran malestar. El miedo debe ser desproporcionado, persistente (mínimo seis meses) y causar deterioro funcional. En adolescentes y adultos jóvenes, puede manifestarse como mutismo selectivo o aislamiento marcado.

A nivel de sintomatología, se destacan signos como nerviosismo excesivo en reuniones, dificultad para hablar en grupos, evasión del contacto visual, ruborización, temblores o bloqueo del habla. Muchos evitan situaciones sociales cotidianas como comer fuera de casa, participar en clases o responder preguntas en público. También puede haber deterioro académico o laboral debido a la evitación. En casos severos, se produce un aislamiento social progresivo y dependencia de familiares o cuidadores.

Este trastorno suele iniciarse en la adolescencia y puede coexistir con trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por consumo de alcohol y trastornos de personalidad (como evitativa o dependiente). El riesgo suicida es moderado a alto, especialmente si hay humillaciones sociales frecuentes, baja autoestima o comorbilidad con depresión.

6.1.2.7. Agorafobia

La agorafobia consiste en un miedo intenso a encontrarse en situaciones o lugares de los que escapar podría resultar difícil, embarazoso o en los que no se podría disponer de ayuda en caso de presentar síntomas de pánico u otras sensaciones incapacitantes. Estas situaciones son activamente evitadas, requieren compañía o se soportan con un gran malestar, y provocan una limitación importante en la autonomía personal.

El DSM-V establece que para el diagnóstico de agorafobia deben existir miedos o ansiedad en al menos dos de las siguientes cinco situaciones: uso de transporte público, estar en espacios abiertos (plazas, puentes), estar en sitios cerrados (tiendas, teatros), hacer fila o estar en medio de una multitud, o estar fuera de casa solo. Estas situaciones desencadenan una respuesta de ansiedad debido a la percepción de estar atrapado o indefenso, y suelen evitarse. La ansiedad debe ser persistente (mínimo seis meses), causar deterioro significativo y no deberse a otras condiciones.

Entre las señales de alerta más claras se encuentran la evitación sistemática de salir de casa solo, necesidad constante de compañía, desarrollo de rutas “seguras” o lugares “refugio”, miedo a desmayarse o sufrir una crisis en público sin ayuda. También es común el aislamiento domiciliario progresivo, con dependencia creciente de otros para tareas cotidianas como ir al supermercado o trabajar.

La agorafobia frecuentemente aparece junto al trastorno de pánico, pero también puede presentarse de forma independiente. Se asocia con trastornos depresivos, fobia social y, en algunos casos, trastornos por uso de sustancias. El riesgo de suicidio es alto, especialmente si hay confinamiento en el hogar, ataques de pánico severos o pérdida de funcionalidad general.

6.1.3. DEPRESIÓN

6.1.3.1. Trastorno Depresivo Mayor (TDM)

Este trastorno se caracteriza por uno o varios episodios depresivos mayores, sin antecedentes de episodios maníacos o hipomaníacos. Es una condición psiquiátrica caracterizada por la aparición de uno o más episodios depresivos intensos que afectan profundamente el estado de ánimo, la cognición y el funcionamiento diario. Durante estos episodios, la persona experimenta una tristeza persistente, una marcada pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, así como otros síntomas como alteraciones del sueño, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, y pensamientos recurrentes de

muerte o suicidio. Estos episodios deben durar al menos dos semanas y representar un cambio notable respecto al funcionamiento previo. El TDM puede ser episódico o recurrente, y su impacto puede ir desde una afectación leve hasta una discapacidad grave.

Los criterios diagnósticos para este trastorno, según el DSM-V, se requiere al menos cinco síntomas durante un mínimo de dos semanas, incluyendo obligatoriamente estado de ánimo deprimido o anhedonia. Otros síntomas incluyen: fatiga, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de inutilidad o culpa, enlentecimiento motor o agitación, dificultades cognitivas, y pensamientos suicidas. Los síntomas deben interferir significativamente con la vida del individuo.

Las señales de alerta específicas que se pueden observar en este trastorno son el uso de expresiones de desesperanza, incapacidad de disfrutar, pensamientos suicidas, aislamiento severo, pérdida de funcionalidad en actividades cotidianas, e incluso conductas de autolesión o tentativas de suicidio.

La comorbilidad con trastornos de ansiedad, trastornos por uso de sustancias, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos de personalidad es bastante alta. También puede coexistir con enfermedades médicas crónicas como diabetes o enfermedades cardiovasculares. El riesgo de suicidio es elevado. Se estima que hasta el 60% de los pacientes con TDM tienen ideación suicida y alrededor del 15% puede llegar a realizar intentos serios o consumar el suicidio.

6.1.3.2. Trastorno depresivo persistente (distimia)

Se trata de un estado crónico de ánimo depresivo que persiste la mayor parte del día durante al menos dos años (un año en niños y adolescentes). Es menos intenso que el TDM, pero más duradero y debilitante.

El trastorno depresivo persistente, anteriormente conocido como distimia, se caracteriza por un estado de ánimo deprimido persistente acompañado de síntomas como fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse, alteraciones del apetito y del sueño, y sentimientos de desesperanza. Las personas con este trastorno suelen describirse como "tristes por naturaleza" y pueden pasar desapercibidas debido a la normalización del malestar. El impacto acumulado en la funcionalidad puede ser igual o incluso superior al de la depresión mayor, especialmente debido a su duración prolongada.

El diagnóstico se puede determinar en base a criterios diagnósticos como la presencia de ánimo deprimido durante al menos dos años, acompañado de al menos dos síntomas como baja energía, insomnio, baja autoestima, desesperanza o dificultades cognitivas. Además, no deben existir periodos libres de síntomas de más de dos meses.

Las señales de alerta que caracterizan a este trastorno son observar a personas que se perciben a sí mismas como inherentemente tristes, negativas o “sin esperanza”. Conductas de aislamiento, desmotivación crónica, y escasa respuesta emocional. Puede pasar desapercibido por su curso lento y silencioso.

La comorbilidad es frecuente la coexistencia con trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad (especialmente evitativa o dependiente), abuso de sustancias y TDM (en el caso de una "doble depresión"). El riesgo de suicidio es moderado, y aunque los episodios no suelen ser tan agudos, el riesgo se incrementa con la duración de los síntomas y la falta de respuesta al tratamiento.

6.1.3.3. Trastorno disfórico premenstrual

Este trastorno, que afecta exclusivamente a mujeres, es una forma grave de alteración del estado de ánimo que se presenta de forma cíclica en la fase lútea del ciclo menstrual, desapareciendo tras la menstruación. Involucra síntomas afectivos y físicos severos. Se manifiesta a través de síntomas emocionales intensos como irritabilidad, labilidad afectiva, tristeza profunda, ansiedad o desesperanza, los cuales se acompañan frecuentemente de cambios físicos y conductuales como fatiga, insomnio, dificultad para concentrarse, dolor mamario o hinchazón abdominal.

Para poder diagnosticar este trastorno se requiere la presencia cíclica de al menos cinco síntomas nombrados anteriormente. Uno debe ser del grupo afectivo: labilidad emocional, irritabilidad, tristeza o ansiedad, además de otros como fatiga, alteraciones del sueño, apetito, tensión física y dificultades para concentrarse. Debe haber interferencia funcional significativa en su vida cotidiana y confirmación durante al menos dos ciclos menstruales.

La sintomatología que concuerda con este trastorno es: explosiones emocionales cíclicas, irritabilidad extrema, llanto fácil, desesperanza temporal, distensión abdominal o hipersensibilidad mamaria, junto con conflictos relacionales durante los días previos a la menstruación.

La comorbilidad puede coexistir con TDM o trastornos de ansiedad. También hay cierta relación con el trastorno bipolar en mujeres predispuestas. El riesgo de suicidio va de moderado a alto durante los días premenstruales. Puede haber episodios breves de ideación suicida o autolesiones, especialmente si el trastorno no es reconocido ni tratado adecuadamente.

6.1.3.4. Trastorno depresivo debido a otra afección médica / inducido por sustancias

Este trastorno se define por ser una depresión inducida externamente. Se diagnostica cuando los síntomas depresivos se consideran una consecuencia directa de una condición médica general (como Parkinson, cáncer, accidentes cerebrovasculares) o del uso, abuso o abstinencia de sustancias (alcohol, fármacos, drogas). También se caracteriza por la presencia de un síndrome depresivo completo que ocurre en un contexto temporal y causal con la enfermedad médica o la sustancia implicada. Debe demostrarse que el cuadro depresivo no se explica mejor por otra causa primaria.

Los síntomas incluyen tristeza profunda, apatía, pérdida de energía, alteraciones del apetito o sueño, y disminución del interés por las actividades. Este diagnóstico requiere una evaluación clínica que establezca claramente la relación causal entre la afección médica o sustancia y los síntomas depresivos.

Las señales de alerta específicas de este trastorno son la aparición de depresión en pacientes sin historia previa, aparición tras un diagnóstico grave, síntomas que se intensifican con el uso de medicamentos o drogas, pensamientos de muerte en enfermos crónicos o terminales, pérdida de funcionalidad sin causa médica suficiente.

La comorbilidad es común con enfermedades neurológicas, endocrinas, enfermedades terminales, trastornos por consumo de sustancias y deterioro cognitivo. Es frecuente en el contexto geriátrico. Además, el riesgo de suicidio es alto, especialmente en enfermedades crónicas o debilitantes, y en pacientes que presentan dolor, pérdida de autonomía o deterioro funcional significativo.

6.2. Anexo B: Escape Rooms (materiales y contexto)

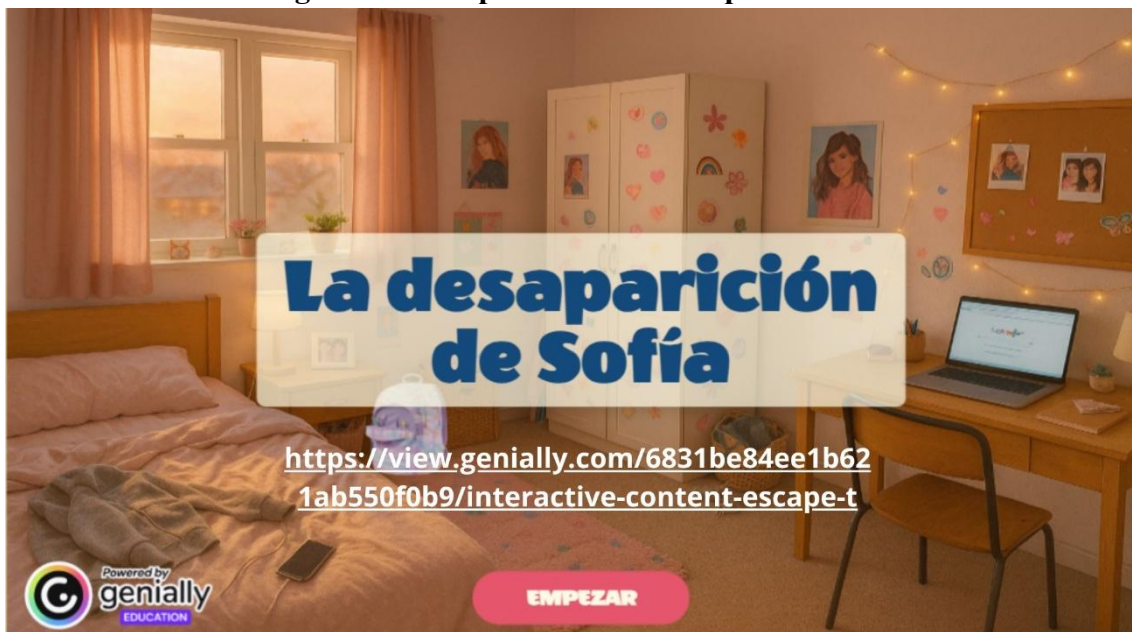
En este anexo, se encuentran los diferentes planes educativos de los Escape Rooms, así como su historia y contexto, sus pruebas, etc.

El diseño de las pruebas y Escape Rooms se encuentran en la siguiente carpeta online ya que el peso de los archivos dificulta la presentación de este: https://drive.google.com/drive/folders/1uWy2lyhiOYhVOF5N5HdKY8bfYMK5n84?usp=drive_link

6.2.1. Escape Room sobre TCA

A continuación, se presenta la portada del Escape Room, el contexto para poder ambientar mejor la sala, la narrativa introductoria y la guía de pruebas, pistas y soluciones.

Figura 14. Escape Room: La desaparición de Sofía



Fuente: Elaboración propia con Genially y propuesta de Grok

6.2.1.1. Contexto:

Los estudiantes son investigadores de la policía y se les pide ayuda en la habitación personal de Sofía, un espacio que refleja su mundo adolescente y en ese momento marcado por los trastornos de la conducta alimentaria con pequeños detalles. La misión es investigar su móvil y su diario, descifrar pistas ocultas en su ordenador, armario y mochila y resolver algunos enigmas que revelan su historia: comprender los trastornos alimentarios, identificar sus señales de alerta, entender sus emociones y encontrar a Sofía

para promocionarle la ayuda que necesita. Cada enigma permite avanzar hacia su localización secreta (fin de la desaparición).

6.2.1.2. Historia inicial – Introducción narrativa (tutor o audio):

Sofía lleva semanas comportándose de forma extraña. Sus amigas han notado que ya no come en los recreos, evita los espejos y cada vez parece más débil y distante. Siempre habla de su "peso ideal" y, aunque antes era muy sociable, ahora se aísla cada vez más del grupo. Un día, Sofía no aparece en clase.

Poco después, os llaman desde la policía para que podáis hacer vuestro trabajo de investigadores y saber lo que ha pasado. Es así como llegáis a la casa de Sofía y sus padres os dejan entrar en su habitación buscando respuestas. Allí encontráis su diario personal cerrado y una serie de pistas escondidas entre sus cosas. Algo va mal desde hace meses, pero aún podéis estar a tiempo de intervenir.

Encima del diario aparece la siguiente nota con un mensaje inquietante:

“Si quieres ayudarme, tendrás que entenderme.”

6.2.1.3. Guía de pruebas del Escape Room: *La desaparición de Sofía*

Objeto	Tipo de prueba	Pista principal	Solución	Contenido desbloqueado
Diario	Código numérico	“Mi peso ideal es lo único que me da control. Suma lo que veo en el espejo: mi altura, mi edad, mi talla de ropa, mi día favorito... (hay una nota en el espejo)	224	Pensamientos obsesivos con el peso. La obsesión con la imagen corporal y el control puede señalar un TCA.
	Cifrado César + 3	Tienen que descifrar 3 frases las cuales les llevarán al armario.	La última: Busca donde guardo mis trapos más oscuros	
Armario	Puzle de letras a través de etiquetas.	Ropa con etiquetas en dos colores (rosa y verde) en degradado. Lleva hacia el ordenador.	Con las iniciales se forma: GOFI (ordenador) y PECA (nada).	Notas sobre el cuerpo, conductas alimentarias, etc. La vergüenza por el cuerpo y el aislamiento son señales comunes de TCA.

Móvil	Conversación y vídeos “TikTok”	Información base sobre Sofía, sus gustos, aficiones y todo lo que le rodea últimamente. Es empezarla a conocer de verdad		Mensajes donde Sofía evade cualquier pregunta y evita salir. Vídeos en los que busca dietas extremas. Las conductas evitativas y la búsqueda de dietas extremas son señales de alarma. Las redes sociales pueden distorsionar la percepción del cuerpo. Es importante desarrollar pensamiento crítico.
Espejo	Rompecabezas visual	Mensaje oculto: “La ayuda está en el número 024” que se consigue ver con una luz roja y que abre el candado de la mochila.	024	Información clara y precisa para conocer las ayudas viables. Buscar apoyo profesional es esencial para superar un TCA.
Ordenador	Lectura de varias noticias	En una nota en el escritorio, “tengo que aprender a que los números son algo más, son una realidad”		Información veraz en varias lecturas y sitios u organismos de ayuda.
Mochila escolar	Papel oculto	Una hoja arrugada en medio de la mochila dice: “Me escondo en la biblioteca para no comer. Mis notas y mi cuerpo lo son todo. Todo tiene que ser perfecto.”	No tiene código – solo encontrarla	Un boletín de calificaciones excelente, una carta de autoexigencia y una revista o similar sobre influencers, cuerpo y verano. La presión académica y el perfeccionismo también pueden estar ligados a TCA.

6.2.2. Escape Room sobre ansiedad

A continuación, se presenta la portada del Escape Room, el contexto para poder ambientar mejor la sala, la narrativa introductoria y la guía de pruebas, pistas y soluciones.

Figura 15. Escape Room: Sistema Lucas 3.0



Fuente: Elaboración propia con Canva y propuesta de Grok

6.2.2.1. Contexto:

Los estudiantes son "técnicos emocionales" enviados al "Sistema Lucas 3.0", que representa la mente de un adolescente enfrentándose a la ansiedad. El sistema está sobrecargado. La misión de los adolescentes es reparar el sistema resolviendo cuatro pruebas que les enseñarán sobre la ansiedad: qué es, sus señales de alerta, estrategias de afrontamiento y opciones de ayuda. Cada prueba desactiva un cortocircuito y les otorga un "código de reparación" para avanzar hacia el núcleo del sistema, donde estabilizarán el sistema.

6.2.2.2. Introducción narrativa (narrada por el tutor/a o por audio):

"¡Bienvenidos, técnicos emocionales! Habéis sido conectados al Sistema Lucas 3.0, la mente de un adolescente que está sufriendo un cortocircuito por ansiedad. Los indicadores muestran picos de estrés, pensamientos acelerados y alertas rojas por todo el sistema. Vuestra misión es reparar cuatro circuitos clave resolviendo pruebas que os darán códigos de reparación. Tenéis 45 minutos antes de que el sistema colapse. ¡Salvad el Sistema Lucas 3.0!"

6.2.2.3. Guía de pruebas del Escape Room: *La desaparición de Sofía*

Objeto	Tipo de prueba	Pista principal	Solución	Contenido desbloqueado	Contenidos educativos que se trabajan
Prueba 1A	Criptograma (Cifrado César +3)	"Ph srqjr wdq qhuylrvr, txh qr vh hqwhqghuph"	"Me pongo tan nervioso, que no sé entenderme"	Archivo oculto ORIGEN_A	Comprensión de los pensamientos automáticos y cómo identificar emociones
Prueba 1B	Cuestionario con opciones	Preguntas sobre síntomas y gestión de ansiedad	Clave numérica: 3 8 7 1 → candado numérico	Código 1 del sistema Lucas 3.0	Identificación de síntomas de ansiedad y estrategias para gestionarla
Prueba 2	Crucigrama con letras rojas	Letras rojas extraídas del crucigrama	Clave de letras: PITAD → candado letras	Código 2 del sistema Lucas 3.0	Vocabulario emocional y asociaciones relacionadas con la ansiedad

Prueba 3A	Puzle de piezas + técnica de respiración	Unir piezas escondidas + colores según técnica de respiración	Código numérico: 4 7 8	Acceso a vídeo QR sobre Lucas	Técnicas de respiración para la regulación emocional
Prueba 3B	Ver vídeo y extraer número	Técnica de respiración permite acceso al vídeo	Número azul mencionado por Lucas en el vídeo de ayuda	Código 3 del sistema Lucas 3.0	Empatía y escucha activa al conocer el testimonio de Lucas
Prueba 4A	Código Morse oculto con linterna UV	Texto: “Para el cuarto código estabilizar, los organismos de ayuda deberás COORDEN4R”	Clave: 004 (para coordenadas)	Acceso a coordenadas con organizaciones de ayuda	Valoración de los recursos de ayuda externos y trabajo en equipo
Prueba 4B	Coordenadas y conteo de repeticiones	Palabras formadas con coordenadas; buscar la más repetida	Ej.: A1 la más repetida → Código 1	Código 4 del sistema Lucas 3.0	Conocimiento de redes de apoyo y asociaciones de salud mental

6.2.3. Escape Room sobre depresión

A continuación, se presenta la portada del Escape Room, el contexto para poder ambientar mejor la sala, la narrativa introductoria y la guía de pruebas, pistas y soluciones.

Figura 16. Escape Room: La Luz de Laura



Fuente: Elaboración propia con Canva y propuesta de Grok

6.2.3.1. Contexto:

Los estudiantes son "Guardianes de la Luz", enviados a un acantilado brumoso que representa el mundo emocional de Laura, una adolescente de 15 años atrapada en la depresión. La niebla densa oscurece el paisaje, y el sonido del mar refleja su aislamiento. La misión es despejar la niebla resolviendo cuatro pruebas que iluminan el camino: entender la depresión, reconocer sus señales, encontrar estrategias de afrontamiento y conectar con ayuda. Cada prueba otorga un "eco de luz" (código) que lleva al faro de la esperanza, donde se restaura la claridad de Laura.

6.2.3.2. Introducción narrativa (narrada por el tutor/a o por audio):

"¡Bienvenidos, Guardianes de la Luz! Estáis en el acantilado de los pensamientos de Laura, una adolescente de 15 años perdida en una niebla que apaga su luz interior. El mar ruga, las rocas susurran sus luchas, y el faro está apagado. Vuestra misión es resolver cuatro pruebas para recolectar ecos de luz y encender el faro. Tenéis 45 minutos para despejar la niebla y devolverle la esperanza a Laura. ¡Escuchad el viento y comenzad!"

6.2.3.3. Guía de pruebas del Escape Room: *La luz de Laura*

Objeto	Tipo de prueba	Pista principal	Solución	Contenido desbloqueado	Contenidos educativos que se trabajan
Roca de los Susurros (hecha en cartón o similar)	Definición – Candado numérico	Identificar 4 síntomas clínicos entre varios que aparecen escritos en la roca. Incluir palabras para confundir.	31 (ej.: sumar las letras de esos síntomas)	Caja con varias fotos y un trozo de puzle del faro con color.	Qué es la depresión. Diferencias con tristeza.
Cueva de las Olas	Señales – Código alfabético	Se presentan 8 imágenes (viñetas) que representan distintas conductas. Se deben elegir 4 que sean señales reales de alerta. Las letras en la	FARO	Varias botellas con etiquetas con palabras. Solo una coincide con la palabra y tiene dentro un mensaje oculto y un trozo de puzle del faro con color.	Señales de alarma de la depresión.

		esquina de cada imagen elegida forman un código.			
Botellas con mensajes	Falso/verdadero – Código binario que abrirá un candado de una caja o carpeta digital	El papel de la botella contiene afirmaciones falsas o verdaderas, y se deberá poner 1 cuando sea cierto y 0 cuando sea falso.	10110	Grabadora antigua con voz en clave y un trozo de puzle del faro con color.	Mitos y verdades sobre la depresión.
Grabadora	Relato – Código de palabras	Identificar señales ocultas en el relato de una adolescente. Hay letras de palabras que no se pronuncian en la historia y forman luego una palabra que abre un candado.	LUNA	Diario con candado de palabras que entre hojas tendrá un trozo de puzle del faro con color.	Experiencias reales de jóvenes con depresión.
Laberinto - mapa	Laberinto – candado numérico	Laberinto impreso en una de las hojas del diario con múltiples caminos posibles. Deben llegar a teléfonos reales de ayuda. Algunos caminos conducen a teléfonos verdaderos; otros terminan en	Cada camino correcto tiene un número que forman un código: 254	Hay una caja con candado que al abrirla hay un trozo de puzle del faro.	Asociaciones, teléfonos y formas de ayuda

		números inventados.			
Mesa del faro	Sopa de letras + Construcción puzle	En el centro de la sala hay una mesa para poner las piezas del puzle. Además, hay un pergamino que dice que hace falta una palabra clave para activar la "luz del faro". Deben encontrarla en una sopa de letras.	Hay 5 entidades reales de ayuda en Aragón. Cada entidad encontrada tiene una letra marcada. Al unir las, descubrirán una palabra clave: LUCES.	Una vez hacen el puzle y gritan a la vez faro, el faro se ilumina (el docente debería darle al encendido de una bombilla).	Asociaciones, teléfonos y formas de ayuda

6.3. Anexo C: Instrumentos de evaluación

Se incluye en este apartado todos los documentos e instrumentos de evaluación visualmente ampliados para una mejor lectura. Todos ellos son de elaboración propia.

RÚBRICA EVALUACIÓN DEL PROYECTO				
Criterio	4 - Excelente	3 - Bueno	2 - Adecuado	1 - Insuficiente
Diseño del programa	Diseño innovador, bien estructurado y alineado con los objetivos del proyecto.	Diseño claro y funcional, con buena alineación a los objetivos.	Diseño básico con aspectos a mejorar; cumple parcialmente con los objetivos.	Diseño poco claro, desorganizado y sin alineación con los objetivos.
Implementación	Ejecución eficaz, fluida y con alta participación del alumnado.	Buena implementación con participación activa.	Implementación con dificultades que afectan la participación.	Implementación deficiente, con mínima o nula participación estudiantil.
Relevancia de contenidos	Contenidos muy pertinentes y estrechamente ligados a la salud mental.	Contenidos en su mayoría relevantes y relacionados con la temática.	Contenidos parcialmente conectados con el tema; algunos poco relevantes.	Contenidos poco o nada relacionados con la temática central.
Innovación y creatividad	Propuesta original con métodos innovadores y gran creatividad.	Buena creatividad con elementos innovadores.	Propuesta funcional, pero con escasa innovación o creatividad.	Sin elementos innovadores ni creativos en la propuesta.
Evaluación de resultados	Evaluación completa, clara y bien estructurada de los resultados del proyecto.	Evaluación adecuada con resultados comprensibles.	Evaluación parcial con limitaciones en el análisis.	Evaluación deficiente o inexistente.
TOTAL:	_____ /20 → _____ /10			
COMENTARIO O SUGERENCIA:				

RÚBRICA ESCAPE ROOM: _____				
ALUMNO: _____		FECHA: _____		
Criterio	4 - Excelente	3 - Bueno	2 - Adecuado	1 - Insuficiente
Participación en grupo	El alumno es capaz de participar constantemente y contribuir de manera significativa y colaborativa al grupo.	El alumno es capaz de participar frecuentemente con aportes claros y útiles.	El alumno es capaz de participar ocasionalmente, con contribuciones limitadas o poco consistentes.	El alumno rara vez o nunca participa y no realiza contribuciones relevantes.
Resolución de problemas	El alumno es capaz de resolver problemas y enigmas con rapidez, precisión y autonomía.	El alumno es capaz de resolver problemas adecuadamente, aunque requiere apoyo ocasional.	El alumno es capaz de resolver problemas de forma básica, pero presenta dificultades recurrentes.	El alumno no logra resolver problemas, incluso con apoyo constante.
Habilidades socio emocionales	El alumno es capaz de demostrar empatía, comunicarse claramente y gestionar sus emociones de forma constante.	El alumno es capaz de aplicar habilidades socioemocionales con regularidad y efectividad.	El alumno es capaz de mostrar habilidades socioemocionales de manera esporádica o poco efectiva.	El alumno no demuestra habilidades socioemocionales, o lo hace de forma inadecuada.
Actitud y motivación	El alumno es capaz de mantener una actitud altamente positiva y motivada durante toda la actividad.	El alumno es capaz de mostrar actitud positiva y motivación en la mayoría de las situaciones.	El alumno es capaz de mostrar motivación intermitente, con actitud variable.	El alumno muestra frecuentemente una actitud negativa o desmotivación persistente.
Reflexión y autoevaluación	El alumno es capaz de reflexionar y autoevaluarse profundamente al finalizar cada actividad o etapa.	El alumno es capaz de reflexionar con claridad sobre su aprendizaje en momentos clave.	El alumno es capaz de reflexionar de forma superficial o parcial, con análisis limitado.	El alumno no realiza reflexión ni autoevaluación de forma visible o significativa.
TOTAL:	_____ /20 → _____ /10			
COMENTARIO:				

RUTINA KWL: Exploramos la salud mental



KNOW: Qué sé

¿Qué sabes sobre salud mental?
Escribe al menos dos ideas que ya conoces o crees conocer sobre la salud mental.
Pueden ser hechos, experiencias, etc.

WANT: Qué quiero saber

¿Qué quieres entender o aprender?
Piensa en una o dos preguntas o dudas que te gustaría resolver con la actividad.

LEARNING: Qué he aprendido

¿Qué he aprendido y me parece útil para mi vida?
Después de la actividad, escribe lo que hayas aprendido y consideres importante o útil.

CHANGE: Qué quiero cambiar

(Opcional) ¿Hay algo que quieras cambiar o cuidar más a partir de hoy?
Reflexiona sobre si esta experiencia te ha motivado a hacer algún cambio.

9:41

AUTO EVALUACIÓN

📶 🔋

Tu nombre: _____ ➕ ❤️ 🔄

Escape Room: _____ **Grupo:** _____

Reacciona y marca el emoji que mejor representa tu reacción a cada afirmación.

🙄 - No me ha gustado nada, 😐 - Cero interés, 😏 - Me dejó indiferente, 😄
- Me gustó bastante, 🤩🔥 - ¡Top! Súper motivado/a

Afirmación	🙄	😐	😏	😄	🤩🔥
He participado activamente en el escape room, aportando ideas y soluciones.					
Me he sentido escuchado/a y respetado/a por mi grupo durante la actividad.					
He aprendido algo nuevo sobre salud mental que me parece útil para mi vida.					
He reflexionado sobre cómo gestionar mejor mis emociones y las de los demás.					
La actividad me ha hecho pensar en la importancia de pedir ayuda cuando la necesito.					
El escape room me ha ayudado a conocerme un poco más como persona.					
Me gustaría hacer más actividades como esta en el plan de acción tutorial.					

Aprendizaje que te llevas de esta experiencia:

Algún comentario que quieras compartir con el profesor:

🏠
🔍
📅
👛
👤



COEVALUACIÓN

9:41 📶 📶 🔋

Tu nombre: _____ ⊕ ❤️ 🗨️

Escape Room: _____ Grupo: _____

“DALE LIKES” y valora el trabajo en equipo, la participación y motivación de cada uno de tus compañeros rellenando el corazón tanto como creas que ha sido su nivel de trabajo.

_____ ha trabajo así: _____ ha trabajo así:

_____ ha trabajo así: _____ ha trabajo así:

Algún comentario que quieras compartir con el profesor:

🏠 🔍 📅 🛒 👤

