

SEN. HIGINIO MARTÍNEZ MIRANDA

PRESIDENTE DE LA MESA DIRECTIVA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA

P R E S E N T E

La que suscribe, Senadora Laura Esquivel Torres, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional, de la LXVI Legislatura de la Cámara de Senadores del H. Congreso de la Unión, y con fundamento en los artículos 71 fracción II y 72 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; así como por los Artículos 8, numeral 1, fracción I; y 164, numeral 3, del Reglamento del Senado de la República, someto a su consideración esta Honorable Asamblea, para su estudio, análisis, dictaminación y su aprobación la siguiente:

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE EDUCACIÓN, LEY GENERAL DE SALUD Y LEY GENERAL DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, EN MATERIA DE EDUCACIÓN OBLIGATORIA PARA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR SOCIOEMOCIONAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL, de acuerdo con la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

CAPÍTULO I. LA SALUD MENTAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES COMO DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL

La salud mental de niñas, niños y adolescentes constituye una condición indispensable para el ejercicio efectivo de sus derechos, para su desarrollo integral y para la construcción de proyectos de vida libres, dignos y autónomos. No se trata de un elemento accesorio de la salud ni de una cuestión reservada exclusivamente a los servicios médicos especializados. Comprende el bienestar emocional, psicológico y social que permite a las personas conocerse, relacionarse con otras, aprender, afrontar las tensiones ordinarias de la vida, tomar decisiones y participar en su comunidad. La Organización Mundial de la Salud ha reiterado que la salud mental es

un estado de bienestar que posibilita afrontar las dificultades, desarrollar capacidades, aprender y contribuir a la sociedad; por tanto, es mucho más que la ausencia de una enfermedad o de un diagnóstico clínico¹.

Esta concepción obliga a superar la separación artificial que durante décadas prevaleció entre salud física y salud mental. Ambas forman parte de una misma realidad humana y se influyen recíprocamente. El sueño, la actividad física, la alimentación, la convivencia, la seguridad, las experiencias de violencia, la discriminación, la pertenencia comunitaria y las relaciones familiares afectan el bienestar emocional; a su vez, el sufrimiento mental puede repercutir en el aprendizaje, el autocuidado, la asistencia escolar, la convivencia y la salud física. En el caso de las personas menores de edad, esta relación es particularmente relevante porque la infancia y la adolescencia son etapas de formación acelerada en las que se desarrollan capacidades cognitivas, afectivas y sociales que pueden acompañar a la persona durante el resto de su vida.

El reconocimiento de niñas, niños y adolescentes como titulares plenos de derechos impide tratarlos únicamente como receptores pasivos de protección. El Estado debe crear condiciones para que conozcan sus derechos, comprendan los riesgos que pueden enfrentar y participen progresivamente en las decisiones que afectan su bienestar. Esto incluye proporcionarles información clara, científica, adecuada a su edad y culturalmente pertinente sobre salud mental; enseñarles a reconocer emociones, identificar señales de riesgo, buscar apoyo y conocer las instituciones a las que pueden acudir. Una persona menor de edad no puede ejercer de manera efectiva su derecho a la salud cuando desconoce qué le ocurre, teme ser estigmatizada o no sabe cómo acceder a ayuda.

¹ Organización Mundial de la Salud, "Mental health", definición y panorama general, consulta realizada el 13 de julio de 2026.
<https://www.who.int/health-topics/mental-health>

La Convención sobre los Derechos del Niño reconoce el derecho de toda niña y niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y ordena a los Estados adoptar medidas para asegurar servicios preventivos y de atención. También establece que la educación deberá estar encaminada a desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física hasta el máximo de sus posibilidades². Estas obligaciones vinculan de forma directa los derechos a la salud y a la educación: educar integralmente supone generar conocimientos y habilidades que permitan cuidar el cuerpo y la mente, convivir con otras personas, afrontar adversidades y acceder oportunamente a apoyos especializados.

El Comité de los Derechos del Niño ha precisado que el derecho a la salud no se agota en la prestación de servicios médicos. Exige prevención, promoción, información y atención a los factores sociales que determinan el bienestar. En su Observación General número 15, el Comité destaca la necesidad de adoptar enfoques multisectoriales y de fortalecer la educación para la salud, incluidas las necesidades emocionales y psicosociales de niñas, niños y adolescentes³. De esta manera, la obligación estatal se extiende a los espacios donde transcurre la vida cotidiana: la familia, la escuela, la comunidad y los entornos digitales.

En México, los artículos 1o., 3o. y 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos integran el fundamento central de esta propuesta. El artículo 1o. obliga a todas las autoridades a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos conforme a los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. El artículo 3o. dispone que la educación se basará en el respeto irrestricto de la dignidad de las personas, con enfoque de derechos humanos e igualdad sustantiva, y que tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano.

² Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Convención sobre los Derechos del Niño*, artículos 24 y 29.
<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>

³ Comité de los Derechos del Niño, *Observación General núm. 15 (2013), sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*, CRC/C/GC/15.
<https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/crcgc15-general-comment-no-15-right-child-highest>

El artículo 4o., por su parte, reconoce el derecho a la protección de la salud y ordena que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se observe el principio del interés superior de la niñez⁴.

La interdependencia entre estos derechos exige que la política educativa no se limite a transmitir conocimientos académicos. Leer, escribir, razonar matemáticamente y conocer el entorno son capacidades esenciales; pero también lo son identificar lo que se siente, regular impulsos, tolerar la frustración, afrontar una pérdida, resolver conflictos, reconocer una relación violenta, pedir ayuda y acompañar responsablemente a otra persona. Un sistema educativo que omite estas herramientas deja incompleta la formación integral que constitucionalmente está obligado a garantizar.

La Ley General de Salud adopta una noción integral al definir la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y reconoce entre las finalidades del derecho a la protección de la salud el bienestar físico y mental de las personas, la prevención de enfermedades y el desarrollo de actitudes solidarias y responsables⁵. A su vez, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes obliga a las autoridades a asegurar el acceso a servicios de salud, adoptar medidas de prevención y atender especialmente los problemas de salud mental en la población infantil y adolescente⁶. Sin embargo, la existencia de derechos y obligaciones generales no ha producido todavía una garantía curricular homogénea que permita a todo el alumnado adquirir conocimientos y competencias básicas en esta materia.

El acceso a educación para la salud mental debe entenderse, por ello, como una garantía instrumental para ejercer otros derechos. Una niña que identifica que el miedo persistente o la violencia no deben normalizarse tiene mayores posibilidades de pedir apoyo. Un adolescente que reconoce señales de depresión, autolesión o

⁴ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, texto vigente, artículos 1o., 3o. y 4o.

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

⁵ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, *Ley General de Salud*, texto vigente, artículos 1o. Bis, 2o., 72 y siguientes. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

⁶ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, *Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*, texto vigente. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA.pdf>

riesgo suicida puede comunicar lo que vive antes de que la crisis se agrave. Una comunidad escolar que conoce cómo actuar reduce el silencio, el estigma y la improvisación. Educar no reemplaza el tratamiento, pero facilita que éste llegue antes y que las personas conozcan las rutas para acceder a él.

Esta iniciativa no busca medicalizar las emociones cotidianas ni presentar la tristeza, el enojo, la ansiedad temporal o la frustración como enfermedades. Las emociones forman parte normal de la experiencia humana y cumplen funciones de adaptación, comunicación y protección. La educación para la salud mental debe enseñar a reconocerlas y manejarlas, pero también a diferenciar entre una reacción pasajera y una situación persistente, intensa o incapacitante que requiere atención. La finalidad no es etiquetar, sino aumentar la comprensión, fortalecer factores protectores y reducir barreras para pedir ayuda.

Tampoco se pretende convertir a las maestras y los maestros en psicólogos, psiquiatras o terapeutas. La función docente seguirá siendo pedagógica. Corresponderá al personal educativo impartir contenidos aprobados, promover un ambiente respetuoso, identificar señales generales de alerta y activar protocolos, mientras que el diagnóstico, la evaluación clínica y el tratamiento deberán permanecer en manos de profesionales autorizados. Esta delimitación protege al alumnado y al personal escolar, evita intervenciones improvisadas y permite que educación y salud actúen de manera coordinada.

La tesis central de la presente iniciativa consiste en reconocer que la salud mental es, simultáneamente, un derecho, un componente de la salud integral y una competencia para la vida. El Estado debe garantizar que todas las niñas, niños y adolescentes, sin importar la entidad federativa, condición económica, tipo de escuela, discapacidad, lengua o pertenencia cultural, reciban una formación progresiva que les permita comprender y cuidar su bienestar emocional. Convertir esta obligación en ley brindará continuidad, exigibilidad y alcance nacional a una materia que no puede depender únicamente de programas temporales o de la voluntad particular de cada plantel.

CAPÍTULO II. LA CRISIS DE SALUD MENTAL EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA: UNA REALIDAD QUE EXIGE RESPUESTAS ESTRUCTURALES

La salud mental infantil y adolescente se ha convertido en uno de los principales retos de salud pública y educación del siglo XXI. La Organización Mundial de la Salud estima que una de cada siete personas de entre diez y diecinueve años vive con un trastorno mental; la ansiedad, la depresión y los trastornos del comportamiento se encuentran entre las principales causas de enfermedad y discapacidad en esta etapa, mientras que el suicidio es una de las principales causas de muerte entre las personas jóvenes⁷. Estas cifras describen no solamente diagnósticos, sino historias personales marcadas por sufrimiento, interrupción educativa, aislamiento, conflictos familiares y pérdida de oportunidades.

UNICEF ha advertido que la salud mental de la niñez fue desatendida durante demasiado tiempo y que millones de adolescentes viven con trastornos diagnosticables, al mismo tiempo que muchos más enfrentan malestar emocional, soledad, violencia, duelo, pobreza o incertidumbre sin recibir apoyo suficiente⁸. El problema no puede explicarse por una sola causa. Es resultado de la interacción de factores personales, familiares, escolares, comunitarios, económicos, culturales y digitales. Por ello, tampoco puede solucionarse mediante una sola intervención ni concentrarse exclusivamente en el sector salud.

La infancia y la adolescencia son periodos de especial sensibilidad. Durante estas etapas se construyen la identidad, la autoestima, la capacidad para relacionarse, el sentido de pertenencia y las estrategias para resolver problemas. Las experiencias de cuidado y apoyo fortalecen la seguridad emocional; en contraste, la violencia, el abuso, la negligencia, la discriminación, el acoso escolar, la pérdida de vínculos, la pobreza, el desplazamiento o la exposición continua a situaciones adversas pueden

⁷ Organización Mundial de la Salud, "Mental health of adolescents", ficha informativa actualizada el 1 de septiembre de 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

⁸ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. <https://www.unicef.org/media/114641/file/SOWC%202021%20Full%20Report%20Spanish.pdf>

incrementar el riesgo de problemas de salud mental. La vulnerabilidad no implica determinismo: contar con relaciones protectoras, habilidades de afrontamiento y servicios accesibles puede modificar significativamente las trayectorias de vida.

Los entornos digitales han añadido nuevas oportunidades de aprendizaje y socialización, pero también riesgos que deben abordarse con equilibrio. Las redes sociales no pueden señalarse como causa única de la crisis de salud mental, pues sus efectos varían según el tipo de uso, la edad, el contexto y las características de cada persona. No obstante, el ciberacoso, la exposición a contenidos que promueven autolesiones, la comparación constante, la búsqueda de validación, el contacto con agresores, la desinformación y el uso que desplaza el sueño o la convivencia presencial pueden afectar el bienestar. La respuesta educativa debe formar criterio, autocuidado digital y capacidad para pedir ayuda, en lugar de recurrir a explicaciones simplistas.

La manifestación más grave de esta crisis es el suicidio, fenómeno multifactorial que nunca debe reducirse a una sola experiencia ni explicarse como consecuencia automática de un trastorno mental. En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía registró 8,856 suicidios durante 2024, equivalentes a una tasa de 6.8 por cada cien mil habitantes⁹. Aunque la cifra corresponde al conjunto de la población de diez años y más, revela la magnitud de un problema que exige prevención desde distintos sectores y etapas de la vida.

La información específica sobre adolescencia también es preocupante. El INEGI reportó que en 2023 la tasa nacional de suicidio entre personas adolescentes fue de 5.1 por cada cien mil; además, la tasa correspondiente a mujeres adolescentes aumentó de 3.2 en 2017 a 4.6 en 2023¹⁰. Esta evolución obliga a adoptar medidas sensibles a las diferencias de género y a reconocer que las formas de expresar sufrimiento, solicitar ayuda y enfrentar presiones sociales pueden variar entre grupos.

⁹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, "Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio", cifras preliminares de 2024, publicado en septiembre de 2025.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2025/EAP_Suicidio_25.pdf

¹⁰ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Estadísticas sobre personas adolescentes en conflicto con la ley*, 2025, apartado de muertes por suicidio.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/epacol/EPACOL_RR.pdf

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 mostró que 7.6 por ciento de la población adolescente declaró haber pensado alguna vez en suicidarse; 6.5 por ciento reportó al menos un intento a lo largo de la vida y 3.1 por ciento manifestó haberlo intentado durante los doce meses previos a la encuesta. Las prevalencias fueron mayores entre las mujeres adolescentes¹¹. Estos datos no deben utilizarse para generar alarma ni estigmatizar a la juventud. Deben servir para demostrar que detrás de las defunciones existen pensamientos, intentos y situaciones de sufrimiento que pueden ser identificadas y atendidas antes de un desenlace fatal.

La prevención del suicidio requiere políticas integrales: limitar el acceso a medios letales, comunicar responsablemente, capacitar al personal de primera línea, atender trastornos y consumos problemáticos, reducir la violencia, fortalecer vínculos y garantizar servicios oportunos. La Organización Mundial de la Salud subraya que el suicidio puede prevenirse y que la intervención debe involucrar a gobiernos y comunidades mediante estrategias coordinadas¹². La educación para la salud mental no sustituye esas acciones, pero puede contribuir a que el alumnado reconozca señales de alerta, sepa dónde pedir ayuda y no asuma que debe enfrentar una crisis en soledad.

Es necesario evitar que el debate se limite al suicidio. Antes de una crisis extrema pueden presentarse insomnio, aislamiento, pérdida de interés, irritabilidad, miedo, cambios bruscos de conducta, problemas de alimentación, consumo de sustancias, autolesiones, descenso del rendimiento o ausentismo. Algunas de estas manifestaciones pueden responder a circunstancias temporales y otras requieren intervención profesional. La alfabetización en salud mental ayuda a comprender esa diferencia y disminuye la probabilidad de que el sufrimiento sea interpretado como flojera, desobediencia, debilidad o falta de carácter.

La crisis también se expresa en las barreras para recibir atención. La falta de profesionales, las distancias geográficas, los costos, la fragmentación institucional, el

¹¹ Valdez-Santiago, Rosario; Villalobos-Hernández, Aremis; Arenas-Monreal, Luz; Benjet, Corina; y Vázquez-García, Alejandra, "Conducta suicida en México: análisis comparativo entre población adolescente y adulta", *Salud Pública de México*, vol. 65, suplemento 1, 2023.

<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14815>

¹² Organización Mundial de la Salud, "Suicide prevention", panorama y estrategias de prevención. <https://www.who.int/health-topics/suicide>

desconocimiento de servicios y el temor a ser juzgado impiden que muchas familias busquen apoyo. En comunidades rurales, indígenas o con alta marginación estas dificultades pueden agravarse. Por ello, una política nacional debe reconocer la diversidad territorial y cultural, utilizar lenguaje accesible, prever materiales en lenguas indígenas y articular a las escuelas con los servicios existentes en cada región.

La pandemia por COVID-19 hizo más visibles problemas que ya existían: aislamiento, duelo, incertidumbre, interrupción de rutinas, violencia en el hogar y pérdida de redes de apoyo. Sin embargo, sería incorrecto atribuirle por completo la situación actual. UNICEF ha descrito la pandemia como la parte visible de un problema que se había ignorado durante años. La recuperación educativa no puede medirse únicamente por los aprendizajes académicos pendientes; también debe considerar la reconstrucción de vínculos, la seguridad emocional y la capacidad para aprender en comunidad.

La respuesta tradicional, basada en esperar a que una persona llegue a consulta, es insuficiente. Los servicios clínicos son indispensables para quienes los necesitan, pero la prevención debe actuar antes de que exista un diagnóstico. Esto implica crear entornos seguros, enseñar habilidades, combatir el estigma y generar canales claros para solicitar apoyo. La escuela es especialmente relevante porque permite llegar de manera universal a la población infantil y adolescente, incluidas personas que todavía no presentan síntomas o que no tendrían acceso inmediato a un servicio especializado.

Una política responsable debe reconocer también los límites de la educación universal. No toda clase produce automáticamente mejoras clínicas ni todas las metodologías son adecuadas para todas las edades. Algunas intervenciones mal diseñadas pueden ser irrelevantes, invasivas o incluso generar malestar. De ahí la necesidad de que los contenidos estén basados en evidencia, se evalúen, eviten pedir revelaciones personales y se complementen con servicios reales. La obligación legislativa no debe traducirse en ejercicios improvisados, sino en un marco técnico, gradual y sujeto a evaluación.

La crisis exige respuestas estructurales porque sus determinantes también lo son. El bienestar mental se relaciona con la violencia, la pobreza, la discriminación, la seguridad, la alimentación, el tiempo de descanso, la convivencia, la calidad escolar y las oportunidades de futuro. La educación obligatoria para la salud mental no resolverá por sí sola estas condiciones, pero brindará a cada estudiante herramientas para comprenderlas, protegerse, construir redes de apoyo y participar en la transformación de su entorno. La iniciativa se plantea como parte de una política amplia y no como una solución aislada.

CAPÍTULO III. LA ESCUELA COMO ESPACIO PRIVILEGIADO DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y FORMACIÓN PARA LA VIDA

La escuela es una de las instituciones con mayor capacidad para alcanzar de manera continua a niñas, niños y adolescentes. Durante años decisivos de su desarrollo, el alumnado convive diariamente con pares y personas adultas, enfrenta retos, construye identidad y adquiere hábitos. Esta presencia convierte al Sistema Educativo Nacional en una plataforma indispensable para promover bienestar, prevenir riesgos y facilitar el acceso a apoyos, sin desnaturalizar su función pedagógica.

La UNESCO impulsa un enfoque integral de escuela que no se limita a impartir una lección aislada. Sus componentes incluyen liderazgo institucional, ambientes seguros e inclusivos, incorporación curricular de habilidades para la vida, bienestar y formación del personal, participación de estudiantes y familias, y vinculación con servicios especializados¹³. Esta visión permite comprender que el mensaje enseñado en el aula pierde eficacia cuando la convivencia cotidiana está marcada por acoso, humillación, discriminación o ausencia de mecanismos de denuncia.

La prevención universal tiene una ventaja de equidad: puede llegar a todo el alumnado sin exigir que una persona se identifique previamente como paciente o como integrante de un grupo de riesgo. Las niñas y los niños aprenden a nombrar emociones, expresar necesidades y buscar personas adultas confiables. Las y los

¹³ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, "What you need to know about mental health and psychosocial support in schools", enfoque integral de escuela.
<https://www.unesco.org/en/health-education/mental-health>

adolescentes pueden identificar señales de alerta, comprender la relación entre sueño, consumo de sustancias, relaciones, uso digital y bienestar, y conocer rutas de atención. Esta formación reduce la dependencia de que cada familia disponga de conocimientos o recursos privados.

La escuela, sin embargo, no debe convertirse en consultorio ni en espacio de diagnóstico colectivo. Existen tres niveles claramente diferenciados. El primero es la promoción universal, que comprende contenidos y prácticas para toda la comunidad. El segundo es la detección y apoyo temprano, que se activa cuando existen señales que ameritan valoración. El tercero es la atención clínica, reservada a profesionales de la salud. La reforma debe articular estos niveles y establecer responsabilidades, evitando que una maestra o maestro tenga que resolver una crisis para la que no fue formado.

Una educación efectiva requiere continuidad. Las campañas anuales, conferencias ocasionales o actividades conmemorativas pueden sensibilizar, pero no desarrollan por sí mismas competencias. Aprender a reconocer emociones, regular impulsos, negociar conflictos o pedir ayuda necesita secuencia, práctica y adaptación a las etapas del desarrollo. Por ello, los contenidos deben incorporarse al currículo nacional y estar acompañados por materiales, formación docente y criterios de evaluación formativa.

Las habilidades sociales y emocionales se relacionan con el aprendizaje. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos evalúa capacidades como persistencia, empatía, curiosidad, autocontrol, optimismo y cooperación, y ha identificado su relación con resultados educativos y bienestar¹⁴. No debe generarse una falsa oposición entre conocimientos académicos y desarrollo emocional. Una persona que puede concentrarse, manejar frustración, colaborar y perseverar dispone de mejores condiciones para aprender y participar en el aula.

El entorno escolar puede actuar como factor protector cuando ofrece pertenencia, vínculos confiables, reglas claras, participación y ausencia de violencia. La conexión con al menos una persona adulta significativa puede ser decisiva para quien atraviesa una situación difícil. En cambio, el acoso, la exclusión, la presión desproporcionada, el castigo humillante o la indiferencia institucional pueden profundizar el malestar. La iniciativa deberá promover coherencia entre currículo, convivencia y gestión escolar. La detección temprana no significa vigilar permanentemente ni aplicar pruebas sin garantías. Consiste en que el personal conozca señales generales y procedimientos de actuación. Un cambio de conducta no permite diagnosticar, pero puede justificar una conversación privada, respetuosa y no invasiva, seguida de la activación de la ruta correspondiente. Los protocolos deberán regular confidencialidad, protección de datos, aviso a responsables de crianza, excepciones cuando el entorno familiar sea fuente de riesgo, intervención de autoridades de protección y atención de emergencias.

La participación de las familias es indispensable. Madres, padres y personas tutoras deben conocer qué se enseña, cómo apoyar, cuáles son las señales de alerta y qué servicios existen. Sin embargo, la participación familiar no puede transformarse en una facultad para impedir que el alumnado acceda a conocimientos básicos de autocuidado, prevención de violencia o solicitud de ayuda. El derecho a la salud y el interés superior de la niñez deben orientar cualquier decisión.

¹⁴ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, *Social and Emotional Skills for Better Lives*, resultados de la Survey on Social and Emotional Skills 2023. https://www.oecd.org/en/publications/social-and-emotional-skills-for-better-lives_35ca7b7c-en.html

La diversidad exige adaptaciones. Los materiales deben ser accesibles para estudiantes con discapacidad, considerar diferentes formas de comunicación y evitar asumir una única estructura familiar. En comunidades indígenas deben construirse con pertinencia lingüística y cultural, incorporando saberes comunitarios compatibles con derechos humanos. En contextos de violencia, migración, desplazamiento o emergencia, la formación debe reconocer experiencias particulares sin obligar a narrarlas públicamente.

La prevención escolar debe incluir el entorno digital. No para demonizar la tecnología, sino para desarrollar habilidades de autocuidado: identificar contenido dañino, denunciar ciberacoso, proteger la privacidad, cuestionar información falsa, poner límites al uso que afecta sueño o convivencia y acudir a una persona adulta cuando exista contacto amenazante. La alfabetización digital y la alfabetización en salud mental se cruzan cada vez más y no deben ser tratadas como agendas separadas.

También se requiere una política de posvención. Cuando ocurre un intento de suicidio o una muerte, la comunidad escolar necesita procedimientos para brindar apoyo, proteger la privacidad, evitar rumores, comunicar sin sensacionalismo, identificar a personas vulnerables y facilitar atención. La improvisación puede aumentar daño, estigma o riesgo de imitación. La posvención es parte de la prevención y debe contemplarse en los lineamientos nacionales.

La escuela puede enseñar que acompañar no significa asumir una responsabilidad imposible. El alumnado debe saber escuchar, evitar burlas, tomar en serio expresiones de desesperanza y buscar inmediatamente a una persona adulta o servicio competente. Nunca debe pedirse a un compañero que guarde secretos relacionados con peligro ni cargarle la función de salvar a otra persona. Esta delimitación protege a quien solicita ayuda y a quien la recibe.

En suma, la escuela es un espacio privilegiado porque combina universalidad, continuidad y capacidad formativa. Su función será promover competencias, crear ambientes protectores y abrir puertas hacia servicios especializados. La reforma propuesta busca fortalecer esa función mediante obligaciones claras, sin confundir educación con terapia ni trasladar al personal docente responsabilidades clínicas.

CAPÍTULO IV. FUNDAMENTO PEDAGÓGICO Y COMPETENCIAS NACIONALES DE SALUD MENTAL

La incorporación obligatoria de la educación para la salud mental debe apoyarse en la ciencia del desarrollo y en una concepción pedagógica coherente. No basta con añadir temas a un programa. Es necesario definir qué capacidades se espera desarrollar, cómo evolucionan con la edad, qué prácticas son apropiadas y cómo se evitará convertir el aula en un espacio terapéutico. La presente iniciativa propone establecer competencias nacionales de salud mental, entendidas como conocimientos, habilidades, actitudes y criterios que permitan cuidar el bienestar propio, relacionarse de manera saludable, reconocer riesgos y buscar ayuda.

Las funciones ejecutivas y la autorregulación son capacidades fundamentales para aprender y vivir en comunidad. El Centro sobre el Niño en Desarrollo de la Universidad de Harvard explica que permiten mantener y utilizar información, dirigir la atención, planear, controlar impulsos y adaptarse a situaciones cambiantes. No se nace con estas capacidades plenamente desarrolladas; se construyen mediante experiencias, relaciones y práctica a lo largo de la infancia y la adolescencia¹⁵. Esto demuestra que la escuela puede contribuir a su fortalecimiento mediante actividades pedagógicas apropiadas.

¹⁵ Center on the Developing Child at Harvard University, "A Guide to Executive Function". <https://developingchild.harvard.edu/resource-guides/guide-executive-function/>

Los modelos contemporáneos de aprendizaje socioemocional organizan este desarrollo en competencias como autoconocimiento, autorregulación, conciencia social, habilidades de relación y toma responsable de decisiones. El marco de CASEL es uno de los referentes internacionales más difundidos y subraya que las competencias no dependen únicamente del individuo, sino también de los ambientes familiares, escolares y comunitarios¹⁶. La iniciativa retoma esta lógica sistémica, pero la adapta al marco jurídico mexicano, a la diversidad cultural del país y a las obligaciones en materia de derechos de la niñez.

El concepto de competencia evita reducir el aprendizaje a memorizar definiciones. Saber que existe la ansiedad no equivale a poder reconocer señales, aplicar estrategias básicas de autocuidado o solicitar ayuda. Conocer el significado de empatía no garantiza que una persona pueda escuchar, respetar límites y resolver conflictos. Por ello, los programas deberán integrar conocimientos, prácticas, reflexión y participación, sin calificar emociones ni exigir que el alumnado revele experiencias privadas.

Al concluir la educación preescolar, las competencias pueden concentrarse en identificar emociones básicas, comunicar necesidades, reconocer personas adultas de confianza, pedir ayuda y participar en formas respetuosas de convivencia. En esta etapa no corresponde introducir descripciones clínicas complejas ni contenidos explícitos sobre métodos de autolesión. El juego, los cuentos, el arte y las rutinas de cuidado constituyen medios pedagógicos idóneos.

Al concluir la educación primaria, el alumnado debería ser capaz de ampliar su vocabulario emocional; comprender que todas las personas experimentan emociones; utilizar estrategias sencillas de regulación; distinguir secretos agradables de situaciones que deben comunicarse; reconocer acoso, violencia y exclusión; respetar diferencias; identificar redes de apoyo y comprender la relación básica entre sueño, actividad física, alimentación, convivencia y bienestar mental.

¹⁶ Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, "What Is the CASEL Framework?". <https://casel.org/fundamentals-of-sel/what-is-the-casel-framework/>

En secundaria, las competencias deben responder a transformaciones propias de la adolescencia. Se requiere comprender cambios emocionales y sociales, presión de pares, identidad, relaciones afectivas, consentimiento, violencia, estrés académico, consumo de sustancias y riesgos digitales. El alumnado debe reconocer señales generales de ansiedad, depresión, autolesión y riesgo suicida; saber que no puede diagnosticar; conocer servicios y líneas de apoyo; y aprender cómo actuar cuando una compañera o compañero expresa peligro.

En educación media superior, pueden desarrollarse capacidades de mayor autonomía: manejo de transiciones, toma de decisiones, proyecto de vida, equilibrio entre estudio, descanso y trabajo, identificación de relaciones abusivas, afrontamiento de pérdidas, acceso confidencial a servicios conforme a la legislación, consumo problemático, cuidado digital, apoyo entre pares con límites y participación en la construcción de ambientes escolares protectores.

Estas competencias deben formularse como un piso nacional y no como un catálogo rígido. La autoridad educativa federal establecerá aprendizajes mínimos, mientras que las comunidades podrán contextualizarlos. La diversidad no debe justificar desigualdad: una estudiante de una comunidad rural y un estudiante de una ciudad deben tener igual derecho a saber cómo pedir ayuda, aunque los ejemplos, lenguas, recursos y rutas institucionales sean diferentes.

La evidencia respalda la utilidad de los programas universales de aprendizaje socioemocional para mejorar habilidades, actitudes, conducta, funcionamiento escolar y, en diversos estudios, rendimiento académico. Un metaanálisis contemporáneo de programas escolares universales encontró mejoras significativas en resultados sociales, emocionales y académicos, así como en clima y seguridad escolar¹⁷. Estos hallazgos justifican la inversión educativa, pero no autorizan a afirmar que cualquier programa será eficaz ni que resolverá por sí solo los trastornos mentales.

¹⁷ Cipriano, Christina, et al., "A systematic review and meta-analysis of the effects of universal school-based social and emotional learning programs", 2024.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2773233924000032>

La evidencia sobre alfabetización en salud mental y búsqueda de ayuda es más matizada. Una revisión sistemática encontró mejoras frecuentes en conocimientos y estigma, pero señaló que no existe evidencia fuerte y uniforme de que las clases, por sí solas, incrementen la búsqueda efectiva de ayuda¹⁸. Esta advertencia es esencial para el diseño legislativo: no basta enseñar nombres de trastornos. Deben existir servicios accesibles, información concreta, confianza, protección de la confidencialidad y acompañamiento para superar barreras reales.

La iniciativa propone, por ello, un sistema de competencias conectado con rutas de atención. Cada aprendizaje deberá responder a una pregunta práctica: ¿qué puede comprender y hacer una persona a esta edad? Reconocer una señal debe ir acompañado de saber a quién comunicarla. Hablar de estigma debe complementarse con reglas contra la discriminación. Enseñar autocuidado debe dejar claro que éste no sustituye tratamiento. Promover apoyo entre pares debe establecer límites y obligación de acudir a una persona adulta ante riesgo.

La evaluación será formativa y no clínica. No se calificará el estado emocional, la personalidad o la salud mental del alumnado. Se evaluará la comprensión de contenidos y la capacidad para aplicar procedimientos seguros en situaciones hipotéticas: identificar redes de apoyo, reconocer mensajes de riesgo, seleccionar estrategias saludables, resolver conflictos o ubicar servicios. Quedará prohibido condicionar calificaciones a confesiones personales o aplicar instrumentos diagnósticos como parte ordinaria de la clase.

La formación docente deberá incluir desarrollo infantil, primeros pasos de apoyo, prevención del estigma, manejo de revelaciones, protección de datos, violencia, discapacidad, diversidad cultural y protocolos. También deberá contemplar el bienestar del propio personal.

¹⁸ Ma, Kelly K. Y., et al., "School-based mental health literacy interventions to promote help-seeking: a systematic review", *Child and Adolescent Mental Health*, 2023.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36377083/>

Una política que exige sostener emocionalmente a estudiantes, pero ignora sobrecarga y desgaste docente, será difícil de implementar. El enfoque de escuela integral incluye relaciones laborales saludables, acompañamiento y claridad de funciones.

La creación de competencias nacionales brinda una aportación concreta frente a reformas meramente declarativas. La ley no sólo reconocerá que la salud mental importa; establecerá que al concluir cada nivel educativo el alumnado debe haber desarrollado capacidades progresivas verificables. De esta forma, la obligación se traducirá en currículo, materiales, formación, evaluación y rendición de cuentas, manteniendo siempre la diferencia entre aprendizaje y atención clínica.

CAPÍTULO V. DERECHO COMPARADO: MODELOS INTERNACIONALES DE EDUCACIÓN OBLIGATORIA PARA LA SALUD MENTAL

La experiencia internacional demuestra que la educación para la salud mental puede incorporarse mediante modelos distintos. Algunos sistemas establecen una asignatura o espacio curricular propio; otros integran contenidos obligatorios dentro de educación para la salud; y otros aplican un enfoque transversal acompañado de servicios y liderazgo escolar. Ningún modelo debe copiarse mecánicamente. El derecho comparado permite identificar elementos funcionales y advertir riesgos de implementación.

Inglaterra incorporó la educación para la salud dentro de un marco estatutario que incluye relaciones y bienestar. La guía revisada para entrar plenamente en vigor el 1 de septiembre de 2026 mantiene la enseñanza del bienestar físico y mental como contenido obligatorio y establece aprendizajes apropiados para primaria y secundaria. En primaria, se enseña que el bienestar mental forma parte de la vida diaria, el vocabulario para expresar emociones, el autocuidado, la soledad, el acoso y la búsqueda de ayuda. En secundaria se profundiza en señales de problemas, factores de riesgo, apoyo y servicios¹⁹.

¹⁹ Department for Education, Reino Unido, *Relationships Education, Relationships and Sex Education and Health Education*, guía estatutaria revisada para introducción el 1 de septiembre de 2026. <https://www.gov.uk/government/publications/relationships-education-relationships-and-sex-education-rse-and-health-education>

El valor del modelo inglés radica en definir contenidos que deben conocerse al finalizar cada etapa, al mismo tiempo que permite a las escuelas diseñar la secuencia pedagógica. Para México, esta combinación es especialmente útil: la Federación puede establecer competencias y mínimos nacionales, mientras que los planteles contextualizan metodologías. También resulta relevante la insistencia en relacionar salud física y mental y en adaptar los contenidos a la edad.

Irlanda utiliza la asignatura Social, Personal and Health Education. En el ciclo inicial de secundaria, este espacio es parte del currículo básico y se ha desarrollado como una formación continua en bienestar, relaciones, toma de decisiones y salud. El diseño histórico contempló una clase semanal a lo largo del ciclo; la reforma del ciclo superior avanza hacia una especificación de alrededor de sesenta horas durante los dos últimos años, con implementación obligatoria prevista a más tardar para septiembre de 2027²⁰.

La lección irlandesa es que el tiempo curricular importa. Una obligación sin duración, secuencia ni responsable puede convertirse en una actividad simbólica. No obstante, crear una asignatura nueva en México podría saturar horarios y exigir modificaciones operativas amplias. Un modelo híbrido resulta más viable: transversalidad en primaria y módulos o espacios obligatorios identificables en secundaria y media superior, con una carga mínima que impida reducir la política a una charla anual.

Ontario, Canadá, ha incorporado habilidades socioemocionales y alfabetización en salud mental dentro del currículo de educación física y salud, además de módulos obligatorios específicos para los grados 7 y 8 y aprendizaje obligatorio en el grado 10. Los contenidos incluyen reconocimiento de señales, manejo del estrés, reducción del estigma, estrategias de apoyo y conocimiento de recursos. La provincia acompaña el currículo con políticas y estructuras de apoyo escolar²¹.

²⁰ National Council for Curriculum and Assessment, Irlanda, *Social, Personal and Health Education*, documentos curriculares de Junior y Senior Cycle.
<https://ncca.ie/en/junior-cycle/curriculum-developments/social-personal-and-health-education-sphe/>

²¹ Gobierno de Ontario, Policy/Program Memorandum 169 y currículo de Health and Physical Education, módulos de alfabetización en salud mental.
<https://www.ontario.ca/document/education-ontario-policy-and-program-direction/policyprogram-memorandum-169>

Ontario muestra la importancia de conectar el aprendizaje con el sistema de atención. La alfabetización no se reduce a proporcionar información; busca que el alumnado reconozca cuándo necesita ayuda y conozca recursos disponibles. La adaptación mexicana debe considerar que la capacidad institucional varía entre entidades y municipios, por lo que los lineamientos deberán mapear servicios, establecer convenios y prever alternativas remotas o comunitarias donde no existan especialistas suficientes.

Australia organiza la salud mental y el bienestar dentro del área obligatoria de Health and Physical Education desde los primeros años hasta el décimo. El currículo nacional incluye identidad, respuestas emocionales, relaciones, resiliencia, promoción del bienestar y estrategias de búsqueda de ayuda, mientras que estados y territorios determinan la implementación²². Este modelo ofrece una referencia valiosa para un sistema federal: estándares nacionales con ejecución descentralizada y contextualización local.

Nueva Zelanda incorpora la educación en salud mental como una de las áreas clave de Health and Physical Education. La enseñanza de esta área es obligatoria en los años 1 a 10 y busca desarrollar competencias para el bienestar, resiliencia, relaciones y promoción de la salud. Los documentos oficiales confirman que salud y educación física deben cubrirse de manera completa hasta el décimo año²³.

La principal aportación neozelandesa es su concepción integral de bienestar, que incluye dimensiones físicas, mentales y emocionales, sociales y espirituales, articuladas con familia y comunidad. México puede recuperar la idea de que el bienestar no debe entenderse de manera individualista ni descontextualizada. En comunidades indígenas y afromexicanas, la formación debe dialogar con concepciones comunitarias y culturales, siempre dentro del marco de derechos humanos.

²² Australian Curriculum, Assessment and Reporting Authority, *Health and Physical Education* y conexión curricular sobre mental health and wellbeing.
<https://www.australiancurriculum.edu.au/>

²³ Ministerio de Educación de Nueva Zelanda, *The New Zealand Curriculum: Health and Physical Education*; áreas obligatorias hasta Year 10.
<https://newzealandcurriculum.tahurangi.education.govt.nz/the-new-zealand-curriculum---health-and-physical-education/5637209122.p>

El Estado de Nueva York reformó su legislación para ordenar que todas las escuelas incluyan salud mental y la relación entre salud física y mental en sus programas de educación para la salud. El artículo 804 de su Ley de Educación busca mejorar conocimientos, actitudes y comportamientos que promuevan bienestar y dignidad²⁴. La claridad del mandato legal constituyó un avance, pero evaluaciones posteriores señalaron diferencias en la forma de implementación entre distritos.

La experiencia de Nueva York advierte que una frase general en la ley no garantiza homogeneidad. Si no existen aprendizajes mínimos, materiales, capacitación, supervisión e indicadores, cada escuela puede interpretar de manera distinta la obligación. La propuesta mexicana debe evitar esa debilidad mediante competencias nacionales y lineamientos técnicos obligatorios.

Florida adoptó un modelo cuantificable: las escuelas públicas deben proporcionar al alumnado de los grados 6 a 12 un mínimo anual de cinco horas de instrucción, inicialmente denominada educación en salud mental y posteriormente articulada con resiliencia, civismo, carácter y habilidades para la vida²⁵. La determinación de una carga mínima facilita verificar cumplimiento, aunque cinco horas anuales difícilmente pueden desarrollar por sí solas todas las competencias necesarias.

México puede recuperar la idea de un piso verificable sin limitar la política a una cifra uniforme. En primaria, la formación puede integrarse de forma continua en actividades y campos formativos; en secundaria y media superior, deberían existir módulos identificables y un mínimo anual. La carga definitiva debe definirse técnicamente para evitar improvisación y saturación curricular.

California distingue entre educación curricular y protocolos de prevención del suicidio. La legislación amplió la instrucción en salud mental dentro de cursos de salud y exige que las autoridades educativas que atienden grados 7 a 12 adopten políticas de

²⁴ Senado del Estado de Nueva York, *Education Law*, sección 804, Health education regarding mental health. <https://www.nysenate.gov/legislation/laws/EDN/804>

²⁵ Florida Department of Education, *Resiliency and Mental Health Resources*; requisito anual para grados 6 a 12. <https://www.fldoe.org/mental-health/>

prevención, intervención y posvención del suicidio²⁶. Esta separación es jurídicamente útil: enseñar al alumnado y regular la actuación institucional son obligaciones diferentes, aunque complementarias.

La propuesta mexicana deberá incorporar ambos componentes. Por una parte, contenidos y competencias para estudiantes; por otra, protocolos obligatorios para personal directivo, docente y de apoyo. La clase no puede sustituir el procedimiento de crisis, y el protocolo no puede sustituir la educación preventiva. El sistema requiere formación universal, detección temprana y atención especializada.

Los modelos comparados coinciden en varios puntos. Primero, el bienestar mental se enseña progresivamente y no mediante contenidos idénticos para todas las edades. Segundo, suele integrarse con educación para la salud, relaciones, habilidades sociales o desarrollo personal. Tercero, la formación docente y los materiales oficiales son indispensables. Cuarto, la educación funciona mejor cuando está acompañada de ambientes seguros y servicios. Quinto, la obligatoriedad requiere estándares verificables.

También existen riesgos comunes. La falta de tiempo curricular puede convertir el tema en algo marginal. La ausencia de capacitación puede llevar a prácticas invasivas o incorrectas. La excesiva flexibilidad produce desigualdad. La presentación clínica de emociones normales puede fomentar medicalización. La enseñanza sin servicios disponibles genera frustración. La iniciativa mexicana debe aprender tanto de los avances como de estas limitaciones.

El modelo recomendado combina las fortalezas observadas: la progresividad y definición de aprendizajes de Inglaterra; la continuidad curricular de Irlanda; la alfabetización vinculada con servicios de Ontario; los estándares federales de Australia; la visión integral y comunitaria de Nueva Zelanda; el mandato legal de Nueva York; el piso horario de Florida; y la separación entre currículo y protocolos de

²⁶ California Department of Education, *Mental Health* y políticas de prevención, intervención y posvención del suicidio para grados 7 a 12.
<https://www.cde.ca.gov/ls/mh/>

California. El resultado no será una copia, sino un sistema compatible con la Constitución, el federalismo educativo y la diversidad mexicana.

CAPÍTULO VI. EL MARCO JURÍDICO Y CURRICULAR MEXICANO: AVANCES, VACÍOS Y NECESIDAD DE UNA GARANTÍA NACIONAL

México no parte de cero. La Ley General de Educación ya incorpora la educación socioemocional entre los contenidos de los planes y programas y reconoce la educación para la salud, la vida saludable, la dignidad humana y el desarrollo integral. El Plan de Estudio para la Educación Preescolar, Primaria y Secundaria 2022 incluye el campo formativo De lo Humano y lo Comunitario, el eje de vida saludable y referencias al bienestar²⁷. La Secretaría de Educación Pública ha emitido además orientaciones específicas sobre educación socioemocional dentro de la Nueva Escuela Mexicana²⁸.

Estos avances demuestran que la propuesta es pedagógicamente compatible con el sistema vigente. No busca eliminar la educación socioemocional ni reemplazar el enfoque comunitario. Busca fortalecerlos mediante una definición legal más precisa de educación para la salud mental, competencias progresivas, contenidos mínimos, límites de actuación y coordinación con servicios. La educación socioemocional y la alfabetización en salud mental se relacionan, pero no son idénticas: la primera desarrolla habilidades y convivencia; la segunda añade conocimientos sobre salud, estigma, señales, riesgos y búsqueda de ayuda.

La Ley General de Educación vigente menciona educación socioemocional en el artículo 30, pero no determina qué debe conocer o saber hacer el alumnado al concluir cada nivel. Tampoco establece expresamente contenidos de alfabetización en salud mental, prevención de autolesiones, reconocimiento de señales de riesgo, rutas de atención, límites del apoyo entre pares o actuación ante una crisis. Esta generalidad permite que la cobertura y profundidad varíen considerablemente.

²⁷ Secretaría de Educación Pública, *Plan de Estudio para la Educación Preescolar, Primaria y Secundaria 2022*. <https://educacionbasica.sep.gob.mx/wp-content/uploads/2024/06/Plan-de-Estudio-ISBN-ELECTRONICO.pdf>

²⁸ Secretaría de Educación Pública, *Educación Socioemocional en el marco de la Nueva Escuela Mexicana*, 2024. <https://educacionbasica.sep.gob.mx/wp-content/uploads/2024/08/Educacion-socioemocional-en-el-Marco-de-la-NEM.pdf>

Los planes y programas administrativos pueden modificarse con mayor facilidad que una obligación legal. La inclusión en la ley otorgará continuidad y exigibilidad, sin invadir la atribución técnica de la Secretaría de Educación Pública para diseñar el currículo. Corresponderá al Congreso fijar derechos, finalidades, principios y obligaciones; a la autoridad educativa, traducirlos en aprendizajes, materiales y metodologías; y a las entidades, implementarlos conforme a sus contextos.

La Ley General de Salud contiene un capítulo robusto sobre salud mental y adicciones, reconoce el derecho al más alto nivel posible de salud mental y privilegia atención comunitaria, integral, interdisciplinaria, intercultural e intersectorial. Sin embargo, la coordinación operativa con escuelas puede fortalecerse. La iniciativa deberá establecer asistencia técnica sanitaria, rutas de referencia y contrarreferencia, atención ante riesgo y participación en la elaboración de materiales, sin trasladar a la escuela la prestación de servicios clínicos.

La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes reconoce derechos a salud, educación, participación, protección contra violencia y desarrollo integral. Su reforma de enero de 2026 fortaleció disposiciones de salud mental y adicciones, lo que confirma la actualidad y pertinencia de la materia. No obstante, puede reconocerse de forma expresa el derecho a recibir información y formación comprensible sobre salud mental, a conocer mecanismos de ayuda y a ser protegido contra estigma y discriminación.

El marco mexicano presenta además fragmentación institucional. Las escuelas dependen de autoridades educativas; los servicios de salud, de sistemas federales y estatales; la protección de derechos, de procuradurías y sistemas de protección; y la atención de violencia puede involucrar fiscalías y sistemas de asistencia social. Sin reglas de coordinación, una detección escolar puede perderse entre instituciones. La iniciativa deberá ordenar la construcción de rutas locales, directorios actualizados y mecanismos de seguimiento.

En 2026 se han presentado diversas iniciativas federales relacionadas con salud mental escolar. Algunas proponen añadir la expresión salud mental a los artículos 18 y 30 de la Ley General de Educación; otras plantean capítulos sobre bienestar emocional, programas de atención o prevención del riesgo suicida. Estas propuestas reflejan un consenso creciente sobre la urgencia, pero también obligan a formular una alternativa diferenciada y técnicamente completa.

La presente iniciativa se distingue porque no se limita a reconocer el tema ni a crear obligaciones genéricas de atención. Propone competencias nacionales por nivel educativo; una formación obligatoria, progresiva y evaluable; contenidos de prevención y búsqueda de ayuda; límites para evitar diagnósticos docentes; protocolos de prevención, intervención y posvención; coordinación con salud y protección; participación familiar; accesibilidad; pertinencia cultural; y evaluación pública de implementación.

Otro vacío consiste en la desigualdad entre planteles. Algunas escuelas cuentan con orientación, psicología o convenios; otras carecen incluso de personal suficiente. La ley no puede prometer un psicólogo permanente en cada plantel sin analizar disponibilidad y presupuesto. Sí puede ordenar que toda escuela tenga acceso a una ruta funcional de apoyo, que puede articular servicios regionales, centros comunitarios, telesalud, instituciones públicas y equipos itinerantes. El derecho debe definirse por la posibilidad efectiva de recibir apoyo, no únicamente por la existencia formal de una plaza.

La iniciativa debe ser cuidadosa con el federalismo. La Federación tiene atribuciones para determinar planes y programas de educación básica y establecer lineamientos generales; las entidades organizan y prestan servicios educativos y sanitarios. El modelo propuesto fija un piso nacional y permite adecuaciones locales. Ninguna autoridad podrá omitir los contenidos mínimos, pero sí ampliar estrategias conforme a necesidades regionales.

También debe evitarse que la evaluación de la política se base en el número de diagnósticos o revelaciones. Un aumento inicial de solicitudes de ayuda puede

significar mayor confianza y detección, no necesariamente empeoramiento. Los indicadores deberán medir cobertura, capacitación, conocimiento de rutas, clima escolar, tiempos de canalización, accesibilidad y calidad de respuesta, además de resultados de bienestar evaluados con métodos éticos y agregados.

El vacío no consiste en una ausencia absoluta de acciones, sino en la falta de una garantía nacional articulada. Existen contenidos, programas y servicios, pero no siempre forman un sistema continuo y exigible. La reforma busca convertir esfuerzos dispersos en una política de Estado, respetando lo que ya funciona y corrigiendo la desigualdad, la discontinuidad y la falta de conexión entre educación y salud.

CAPÍTULO VII. ALCANCES DE LA PROPUESTA: EDUCACIÓN OBLIGATORIA, PROGRESIVA, SEGURA Y VINCULADA CON SERVICIOS

La iniciativa propone establecer en la Ley General de Educación un capítulo específico sobre educación para la salud mental y el bienestar socioemocional. Su finalidad será garantizar que todas las niñas, niños y adolescentes desarrollen competencias para comprender emociones, cuidar su bienestar, relacionarse respetuosamente, reconocer riesgos y solicitar ayuda. La obligación abarcará educación básica y media superior, tanto pública como particular con autorización o reconocimiento de validez oficial.

La denominación elegida evita reducir la política a prevención del suicidio. El suicidio, las autolesiones, las adicciones y la violencia son riesgos prioritarios, pero la formación debe comenzar mucho antes y abordar capacidades positivas para la vida. El objetivo no es enseñar una materia centrada en enfermedad o muerte, sino construir bienestar, resiliencia, vínculos y acceso temprano a apoyos.

Los contenidos se regirán por los principios de interés superior, autonomía progresiva, derechos humanos, igualdad sustantiva, inclusión, accesibilidad, pertinencia cultural, laicidad, evidencia científica, protección de datos, no estigmatización y participación estudiantil. Deberán ser apropiados para cada edad y evitar descripciones

innecesarias de métodos de autolesión o suicidio. La comunicación seguirá estándares seguros y preventivos.

La ley establecerá contenidos mínimos: alfabetización en salud mental; identificación y expresión de emociones; autorregulación; resiliencia; empatía; habilidades de relación; resolución pacífica de conflictos; prevención del acoso y la violencia; manejo del estrés; sueño y hábitos protectores; relación entre consumo de sustancias y salud mental; uso saludable de entornos digitales; reducción del estigma; señales generales de alerta; prevención de autolesiones y conductas suicidas; búsqueda de ayuda; redes de apoyo y servicios disponibles.

Las competencias se distribuirán progresivamente por nivel, como se desarrolló en el capítulo IV. Esta progresividad será uno de los elementos innovadores de la propuesta. No se limitará a enumerar temas: ordenará a la autoridad educativa establecer qué conocimientos y habilidades mínimas deberán alcanzarse al concluir preescolar, primaria, secundaria y media superior. El currículo podrá contextualizarse, pero los aprendizajes esenciales serán comunes en todo el país.

En primaria, la enseñanza se integrará transversalmente en los campos y espacios existentes, mediante actividades breves, continuas y adecuadas al desarrollo. En secundaria y media superior se incorporarán módulos identificables y una carga mínima anual definida por la Secretaría de Educación Pública, previa consulta con autoridades sanitarias, especialistas, docentes, estudiantes y familias. Esta solución evita crear de inmediato una asignatura adicional, pero garantiza tiempo real de enseñanza.

La capacitación docente será obligatoria, gradual y diferenciada. No todo el personal necesita el mismo nivel. Quienes impartan módulos requerirán formación pedagógica específica; directivos deberán conocer rutas y responsabilidades; todo el personal deberá comprender señales de emergencia y protocolos básicos. La formación inicial docente también incorporará estos contenidos para que la política sea sostenible.

La ley delimitará expresamente funciones. El personal escolar no realizará diagnósticos, psicoterapia ni tratamientos, ni podrá recomendar o suspender

medicamentos. No se aplicarán instrumentos clínicos sin personal competente, consentimiento y garantías. Las responsabilidades serán escuchar, proteger, registrar conforme a protocolo, activar apoyos y canalizar. Esta cláusula evitará sobrecarga, responsabilidad indebida y riesgos para estudiantes.

Se prohibirá obligar al alumnado a revelar experiencias personales, exponer diagnósticos, participar en dinámicas que generen humillación o compartir información sensible frente al grupo. Las actividades deberán permitir participación sin invasión de privacidad. La evaluación será académica y formativa, no psicológica. Ninguna persona podrá ser sancionada por expresar malestar ni discriminada por recibir atención.

Cada plantel contará con protocolos de prevención, detección, intervención y posvención, ajustados a lineamientos nacionales. Deberán establecer responsables, formas de comunicación, criterios para emergencias, protección de información, contacto con familias, intervención de procuradurías de protección cuando exista violencia o riesgo familiar, y vinculación con servicios. Los protocolos deberán ensayarse y actualizarse, no permanecer como documentos desconocidos.

La Secretaría de Salud y las autoridades sanitarias locales participarán en la definición de rutas, materiales y capacitación. Cada zona o plantel deberá disponer de un directorio actualizado de servicios, incluyendo centros comunitarios, hospitales, líneas de apoyo y mecanismos de emergencia. Donde no exista oferta cercana, se promoverán equipos regionales, unidades móviles o atención a distancia, sin que ello sustituya la obligación de ampliar servicios presenciales.

Las madres, padres y personas tutoras recibirán información y orientación. La política promoverá comunicación, hábitos protectores, uso digital saludable y conocimiento de servicios. También establecerá que, ante riesgo para la vida o integridad, la actuación deberá priorizar el interés superior, incluso cuando sea necesario recurrir a autoridades de protección porque el entorno familiar sea fuente de violencia o impida atención indispensable.

La participación estudiantil será real y segura. Niñas, niños y adolescentes podrán opinar sobre materiales, clima escolar y mecanismos de ayuda. Esta participación no significa trasladarles la responsabilidad de diseñar servicios ni convertirlos en terapeutas pares. Los programas de apoyo entre estudiantes deberán contar con supervisión adulta, límites y procedimientos de derivación.

La implementación será gradual. Los transitorios deberán conceder un plazo para emitir lineamientos, diseñar competencias, actualizar planes, formar personal y construir rutas. Podrá comenzar con materiales y capacitación en zonas prioritarias, pero deberá fijarse una fecha de cobertura nacional. La gradualidad no puede convertirse en postergación indefinida.

Desde la perspectiva presupuestaria, la reforma deberá privilegiar el aprovechamiento de estructuras curriculares, plataformas de capacitación y redes institucionales existentes, sin desconocer que una aplicación efectiva requerirá recursos. La obligación legislativa no debe formular promesas imposibles ni descansar en la cláusula genérica de que todo se realizará con el presupuesto disponible. Los transitorios podrán ordenar que las dependencias incorporen progresivamente las previsiones necesarias en sus anteproyectos y que prioricen escuelas ubicadas en zonas de alta marginación, violencia o carencia de servicios. La prevención requiere planeación financiera, pero también puede evitar costos mayores asociados con urgencias, abandono escolar y atención tardía.

El diseño deberá respetar la proporcionalidad. Las obligaciones más intensas corresponderán a las autoridades con capacidad normativa y presupuestaria; a los planteles se les exigirán acciones que puedan ejecutar con capacitación, materiales y rutas definidas. No sería razonable responsabilizar a una escuela por la inexistencia regional de especialistas, pero sí exigirle conocer y activar los mecanismos disponibles. Del mismo modo, la autoridad sanitaria no podrá limitarse a proporcionar un directorio sin asegurar capacidad de respuesta. La coordinación debe traducirse en compromisos verificables.

La evaluación se realizará mediante informes públicos anuales con datos agregados. Se medirán planteles cubiertos, horas o módulos impartidos, personal capacitado, disponibilidad de protocolos, conocimiento de rutas, tiempos de canalización y accesibilidad. Las autoridades deberán revisar resultados y corregir programas que no funcionen o produzcan efectos adversos. La evidencia será una obligación permanente, no sólo el fundamento inicial de la reforma.

Con este diseño, la iniciativa transforma un principio general en una garantía operativa. La educación obligatoria para la salud mental dejará de depender de esfuerzos aislados y se convertirá en un componente estructural del Sistema Educativo Nacional, conectado con salud, protección y comunidad.

CAPÍTULO VIII. BENEFICIOS SOCIALES, EDUCATIVOS, SANITARIOS Y ECONÓMICOS DE LA PREVENCIÓN TEMPRANA

Invertir en salud mental infantil y adolescente produce beneficios que se extienden durante toda la vida. La atención oportuna y los entornos protectores pueden mejorar trayectorias educativas, relaciones, empleo y salud. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que cada dólar invertido en salud mental adolescente puede generar un retorno estimado de veinticuatro dólares a lo largo de ochenta años, al considerar beneficios sanitarios, sociales y económicos²⁹. Aunque estas estimaciones globales no sustituyen un estudio presupuestario nacional, muestran el costo de la inacción y el valor de intervenir temprano.

UNICEF ha desarrollado análisis de costo-beneficio sobre apoyos de salud mental y psicosocial en entornos educativos, resaltando que la escuela permite ampliar cobertura y reducir pérdidas relacionadas con educación, productividad y bienestar³⁰. La prevención no debe justificarse únicamente por ahorro económico, pues protege dignidad y vida; sin embargo, es legítimo reconocer que la falta de atención genera

²⁹ Organización Mundial de la Salud, "Children and young people's mental health: the case for action", 2 de junio de 2025. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/children-and-young-people-s-mental-health-the-case-for-action>

³⁰ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *The benefits of investing in school-based mental health support: Global Cost-Benefit Analysis on Mental Health and Psychosocial Support Interventions in Education Settings*. <https://www.unicef.org/media/145696/file/The%20benefits%20of%20investing%20in%20school-based%20mental%20health%20support.pdf>

costos en servicios de urgencia, abandono escolar, discapacidad, violencia, desempleo y productividad futura.

La OCDE ha documentado que los problemas de salud mental afectan permanencia educativa, desempeño, empleo y sistemas de salud, y que la prevención requiere políticas integradas en escuelas, atención primaria, comunidad y trabajo³¹. Esta perspectiva coincide con la iniciativa: la educación universal es una capa preventiva que debe articularse con apoyos focalizados y atención especializada.

En el ámbito educativo, fortalecer autorregulación, convivencia y solicitud de ayuda puede mejorar el clima escolar, disminuir conflictos y favorecer la concentración. No se promete que todas las calificaciones aumentarán ni que desaparecerá la violencia, pero sí se crean condiciones para que el aprendizaje ocurra en ambientes más seguros. La salud mental y el aprendizaje no compiten por tiempo; se apoyan mutuamente.

En el ámbito sanitario, la alfabetización puede facilitar identificación y acceso temprano. Una persona que reconoce síntomas y conoce servicios tiene mayores posibilidades de buscar apoyo antes de una emergencia. La escuela también puede orientar a las familias y disminuir el estigma. Para que este beneficio sea real, la expansión educativa deberá ir acompañada de fortalecimiento de servicios y coordinación.

En el ámbito social, las competencias propuestas favorecen empatía, respeto, resolución pacífica de conflictos y rechazo a la discriminación. La educación para la salud mental enseña que ninguna persona debe ser ridiculizada por recibir atención, que el sufrimiento no es falta de carácter y que pedir ayuda es una conducta responsable. Estas ideas pueden transformar culturas escolares y comunitarias.

La OCDE ha señalado que el deterioro de la salud mental de niñas, niños y personas jóvenes afecta los resultados educativos y laborales a lo largo de la vida, y que las

³¹ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, *The Economic Case for Preventing Mental Ill Health*, 30 de abril de 2026.
https://www.oecd.org/en/publications/the-economic-case-for-preventing-mental-ill-health_16668f16-en.html

respuestas más prometedoras combinan promoción universal, prevención selectiva y atención temprana³². Esta clasificación es útil para evitar dos errores frecuentes: pretender que una misma actividad escolar responda a todas las necesidades, o concentrar todos los recursos en las crisis y abandonar la prevención. La formación curricular corresponderá al nivel universal; los apoyos adicionales atenderán a quienes presenten factores de riesgo; y los servicios clínicos responderán a quienes requieran evaluación o tratamiento.

La conexión social también constituye un factor protector. La Organización Mundial de la Salud ha documentado que los vínculos significativos favorecen la salud mental, reducen aislamiento y fortalecen comunidades³³. En la vida escolar, pertenecer no significa obligar a todas las personas a comportarse de la misma forma, sino garantizar que cada estudiante sea reconocido, pueda participar y encuentre al menos una vía segura para solicitar apoyo. Por ello, la iniciativa no deberá reducirse a contenidos individuales de autorregulación; tendrá que impulsar convivencia, participación, prevención del acoso y relaciones de confianza.

Este enfoque impide responsabilizar exclusivamente a niñas, niños y adolescentes por su bienestar. Enseñar resiliencia no puede convertirse en un mensaje según el cual cada persona debe soportar violencia, pobreza, discriminación o sobrecarga mediante una actitud positiva. La resiliencia se construye con recursos internos, pero también con familias cuidadoras, escuelas seguras, comunidades solidarias e instituciones que responden. La política educativa debe fortalecer capacidades personales y, al mismo tiempo, remover condiciones que producen daño.

La implementación generará además información útil para mejorar la política pública. Los informes agregados podrán identificar territorios con mayor dificultad de acceso, tipos de situaciones que motivan canalización, necesidades de capacitación y barreras institucionales. Esta información deberá utilizarse para planear servicios, nunca para elaborar listas estigmatizantes, clasificar escuelas como problemáticas o

³² Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, *Promoting Good Mental Health in Children and Young Adults*, 7 de abril de 2025. https://www.oecd.org/en/publications/promoting-good-mental-health-in-children-and-young-adults_ebb8aa47-en.html

³³ Organización Mundial de la Salud, "Social connection linked to improved health and reduced risk of early death", 30 de junio de 2025. <https://www.who.int/news/item/30-06-2025-social-connection-linked-to-improved-health-and-reduced-risk-of-early-death>

divulgar datos personales. La evaluación deberá estar sujeta a principios éticos y a la legislación en materia de protección de datos.

Un beneficio adicional será la capacidad de respuesta ante emergencias colectivas. Desastres, hechos de violencia, desplazamientos, epidemias o fallecimientos pueden afectar simultáneamente a comunidades escolares completas. Contar con personal capacitado, canales de comunicación, materiales y vínculos sanitarios permitirá responder con mayor orden y sensibilidad. La educación para la salud mental no elimina el impacto de estos acontecimientos, pero fortalece la preparación institucional y facilita la recuperación.

La política también contribuye a la igualdad. Las familias con mayores recursos pueden acceder a información y servicios privados; las de menores ingresos enfrentan más barreras. Una garantía curricular universal proporciona un piso común de conocimientos y rutas. No elimina desigualdades estructurales, pero reduce la brecha informativa y acerca al Estado a quienes más lo necesitan.

El beneficio más profundo consiste en reconocer a niñas, niños y adolescentes como personas capaces de comprender, participar y cuidar de sí mismas con apoyo. La educación no les promete una vida sin tristeza, pérdida o dificultad. Les proporciona lenguaje, herramientas, vínculos y rutas para no enfrentar esas experiencias en silencio. Les enseña que la salud mental forma parte de la vida y merece el mismo cuidado y respeto que la salud física.

La presente iniciativa responde a una obligación constitucional y a una necesidad social urgente. Establecer educación obligatoria para la salud mental y el bienestar socioemocional significa pasar de la reacción a la prevención, de campañas aisladas a una política permanente, de conceptos generales a competencias verificables y de la improvisación a la coordinación institucional.

México cuenta con fundamentos jurídicos, avances curriculares y experiencias internacionales suficientes para dar este paso. La propuesta no pretende importar modelos ni imponer una visión clínica en las aulas. Construye un sistema propio,

basado en derechos humanos, evidencia, federalismo, diversidad y participación comunitaria. Su propósito es que al concluir cada nivel educativo, toda niña, niño y adolescente sepa reconocer emociones, relacionarse de manera respetuosa, afrontar dificultades, identificar riesgos, solicitar ayuda y conocer que su bienestar importa.

Por las razones expuestas, se somete a consideración de esta Soberanía la iniciativa con proyecto de decreto por el que se establece la educación obligatoria para la salud mental y el bienestar socioemocional de niñas, niños y adolescentes en el Sistema Educativo Nacional.

Cuadro comparativo

A efectos de abonar al entendimiento sobre las propuestas de reformas y adiciones, a continuación, se presentan los cuadros comparativos entre la legislación vigente y la Iniciativa propuesta:

LEY GENERAL DE EDUCACIÓN	
TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTA
Artículo 18. La orientación integral, en la formación de la mexicana y el mexicano dentro del Sistema Educativo Nacional, considerará lo siguiente: I. a V. ... VI. Las habilidades socioemocionales, como el desarrollo de la imaginación y la creatividad de contenidos y formas; el respeto por los otros; la colaboración y el trabajo en equipo; la comunicación; el aprendizaje informal; la productividad; capacidad de iniciativa, resiliencia, responsabilidad; trabajo en red y empatía; gestión y organización;	Artículo 18. La orientación integral, en la formación de la mexicana y el mexicano dentro del Sistema Educativo Nacional, considerará lo siguiente: I. a V. ... VI. Las habilidades socioemocionales y las competencias para la salud mental y el bienestar socioemocional, como el desarrollo de la imaginación y la creatividad de contenidos y formas; el respeto por los otros; la colaboración y el trabajo en equipo; la comunicación; el aprendizaje informal; la productividad; capacidad de iniciativa, resiliencia, responsabilidad; trabajo en red y empatía; gestión y organización; la identificación, expresión y regulación de las emociones; el autocuidado; la reducción del

VII. a XI. ...	estigma relacionado con la salud mental; el reconocimiento de señales de alerta; la búsqueda oportuna de ayuda, y el conocimiento de las redes de apoyo y rutas institucionales de atención; VII. a XI. ...
Artículo 30. Los contenidos de los planes y programas de estudio de la educación que impartan el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios, de acuerdo al tipo y nivel educativo, serán, entre otros, los siguientes: I. a X. ... XI. La educación socioemocional;	Artículo 30. Los contenidos de los planes y programas de estudio de la educación que impartan el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios, de acuerdo al tipo y nivel educativo, serán, entre otros, los siguientes: I. a X. ... XI. La educación socioemocional, así como la educación y alfabetización para la salud mental y el bienestar socioemocional, mediante el desarrollo progresivo de conocimientos, habilidades, actitudes y competencias que permitan a los educandos comprender y expresar sus emociones, fortalecer su autocuidado y resiliencia, establecer relaciones saludables, reducir el estigma, reconocer señales de alerta, prevenir conductas de riesgo y solicitar ayuda de manera oportuna;
XII. a XXV. ...	XII. a XXV. ...
Sin correlativo	CAPÍTULO X BIS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR SOCIOEMOCIONAL
Sin correlativo	Artículo 83 Bis. La educación para la salud mental y el bienestar socioemocional será un componente obligatorio, progresivo y permanente de la formación

	integral que se imparta en los niveles de educación preescolar, primaria, secundaria y media superior. Las autoridades educativas garantizarán su incorporación en los planes y programas de estudio que impartan el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares con autorización o reconocimiento de validez oficial de estudios. La educación a que se refiere el presente Capítulo tendrá carácter preventivo, formativo y no clínico; se sustentará en evidencia científica y pedagógica; respetará la dignidad, privacidad, autonomía progresiva y diversidad cultural de los educandos, y será adecuada a su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez. Su impartición no implicará la realización de diagnósticos, evaluaciones clínicas, tratamientos psicológicos o psiquiátricos ni la sustitución de los servicios profesionales de salud mental.
Sin correlativo	Artículo 83 Ter. La educación para la salud mental y el bienestar socioemocional tendrá los objetivos siguientes: I. Favorecer la comprensión de la salud mental como parte inseparable de la salud integral y del desarrollo humano; II. Desarrollar habilidades para identificar, comprender, expresar y regular las emociones de manera saludable;

	III. Fortalecer el autocuidado, la autoestima, la resiliencia, la empatía, el sentido de pertenencia y la capacidad para afrontar situaciones adversas; IV. Promover relaciones interpersonales saludables, la resolución pacífica de conflictos, el respeto a los límites personales y la prevención de todas las formas de violencia; V. Reducir el estigma, los estereotipos y la discriminación relacionados con los problemas de salud mental y con la solicitud o recepción de atención profesional; VI. Proporcionar conocimientos básicos y adecuados a la edad para reconocer señales generales de malestar emocional, factores de riesgo y situaciones que requieran apoyo especializado; VII. Desarrollar habilidades para solicitar ayuda de manera oportuna, identificar personas adultas de confianza y conocer las redes comunitarias e institucionales de apoyo; VIII. Prevenir el acoso escolar, la violencia digital, el aislamiento, el consumo de sustancias psicoactivas, las autolesiones, las conductas suicidas y otras conductas que puedan poner en riesgo la integridad de los educandos; IX. Promover el uso responsable, crítico y saludable de las tecnologías de la información, comunicación, conocimiento y aprendizaje digital, y X. Fortalecer la participación corresponsable de las familias, las
--	--

	comunidades escolares y las instituciones públicas en la protección de la salud mental de niñas, niños y adolescentes.
Sin correlativo	Artículo 83 Quáter. La Secretaría establecerá competencias nacionales progresivas para la salud mental y el bienestar socioemocional, así como los aprendizajes mínimos que deberán alcanzar los educandos al concluir cada nivel educativo. Las competencias nacionales deberán considerar, como mínimo, lo siguiente: I. En educación preescolar: la identificación y expresión de emociones básicas; la comunicación de necesidades; la convivencia respetuosa; el reconocimiento de personas adultas de confianza, y la capacidad de solicitar ayuda ante situaciones que provoquen miedo, malestar o inseguridad; II. En educación primaria: la ampliación del vocabulario emocional; el desarrollo de estrategias básicas de autorregulación y autocuidado; la comprensión de la relación entre sueño, actividad física, alimentación, convivencia y bienestar; el reconocimiento del acoso, la exclusión, la violencia y los riesgos digitales, así como la identificación de redes de apoyo; III. En educación secundaria: la comprensión de los cambios emocionales y sociales propios de la adolescencia; el manejo del estrés, la frustración y la presión de

	pares; la prevención de relaciones violentas, consumo de sustancias y riesgos digitales; el reconocimiento de señales generales de ansiedad, depresión, autolesión o riesgo suicida, y el conocimiento de los mecanismos para solicitar apoyo, sin atribuir al alumnado funciones de diagnóstico o intervención clínica, y IV. En educación media superior: el fortalecimiento de la autonomía y el proyecto de vida; el afrontamiento de pérdidas, cambios y transiciones; la identificación de relaciones abusivas; la prevención del consumo problemático de sustancias; el reconocimiento de situaciones de crisis; el conocimiento de los servicios públicos disponibles, y el acompañamiento responsable entre pares, con límites y canalización inmediata ante situaciones de riesgo. Las competencias y aprendizajes mínimos deberán revisarse periódicamente conforme a la evidencia científica, pedagógica y sanitaria disponible. Para su elaboración y actualización, la Secretaría se coordinará con la Secretaría de Salud, las autoridades educativas y sanitarias de las entidades federativas, el Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes, instituciones académicas y organizaciones especializadas.
Sin correlativo	Artículo 83 Quinquies. En educación preescolar y primaria, los contenidos de educación para la salud mental y el bienestar

	socioemocional se impartirán transversalmente, de manera continua y articulada con los campos formativos, asignaturas, áreas o unidades de aprendizaje correspondientes. En educación secundaria y media superior se impartirán módulos obligatorios, identificables dentro de los planes y programas de estudio, con una duración acumulada no menor de diez horas efectivas por ciclo escolar, sin perjuicio de su tratamiento transversal en otras asignaturas o unidades de aprendizaje. Los módulos podrán incorporarse a espacios curriculares existentes, siempre que cuenten con objetivos, contenidos, materiales, temporalidad y mecanismos de evaluación formativa claramente identificados. Las conferencias, campañas, jornadas conmemorativas o actividades aisladas de sensibilización no sustituirán el cumplimiento de la carga curricular obligatoria prevista en este artículo.
Sin correlativo	Artículo 83 Sexies. Los contenidos, materiales y métodos utilizados en la educación para la salud mental y el bienestar socioemocional deberán: I. Ser adecuados a la edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez de los educandos; II. Estar basados en evidencia científica y pedagógica y ser impartidos con enfoque de derechos humanos, igualdad sustantiva, inclusión,

	interculturalidad, accesibilidad y no discriminación; III. Evitar la medicalización de emociones y experiencias ordinarias de la vida; IV. Abstenerse de describir de manera gráfica, detallada o innecesaria métodos de autolesión o suicidio; V. Proteger la intimidad, confidencialidad y datos personales de los educandos; VI. Abstenerse de obligar a los educandos a revelar frente al grupo experiencias personales, diagnósticos, antecedentes familiares o cualquier información sensible; VII. Evitar prácticas que generen miedo, estigmatización, discriminación, humillación, revictimización o exposición pública; VIII. Incorporar formatos accesibles y, cuando corresponda, pertinencia lingüística y cultural, y IX. Informar de manera clara que las estrategias de autocuidado no sustituyen la evaluación o atención de profesionales de la salud cuando ésta resulte necesaria. La evaluación de los aprendizajes será exclusivamente formativa y no podrá utilizarse para calificar el estado emocional, personalidad, diagnóstico, condición de salud mental o experiencias privadas de los educandos.
Sin correlativo	Artículo 83 Septies. Las autoridades educativas garantizarán la formación, capacitación y actualización inicial y permanente del personal docente, directivo, de

	supervisión, orientación, trabajo social y apoyo a la educación en materia de salud mental y bienestar socioemocional. La capacitación deberá ser diferenciada conforme a las funciones y responsabilidades de cada integrante de la comunidad escolar y comprenderá, cuando menos: I. Desarrollo infantil y adolescente; II. Educación socioemocional y alfabetización en salud mental; III. Prevención del estigma y la discriminación; IV. Identificación de señales generales de alerta y factores de riesgo; V. Actuación ante revelaciones de violencia, autolesión, ideación suicida o cualquier situación que ponga en riesgo la integridad de un educando; VI. Primeros pasos de apoyo emocional y técnicas para evitar el escalamiento de una crisis, sin sustituir la intervención profesional; VII. Protección de datos personales, confidencialidad y comunicación segura con las familias; VIII. Activación de protocolos y mecanismos de canalización, y IX. Autocuidado y bienestar del personal educativo. El personal educativo no realizará diagnósticos, psicoterapia, tratamientos, intervenciones clínicas ni recomendaciones relacionadas con la prescripción, modificación o suspensión de medicamentos. Su responsabilidad consistirá en impartir los contenidos autorizados, escuchar
--	--

	sin juzgar, brindar protección inicial, activar los protocolos correspondientes y canalizar a las instancias competentes.
Sin correlativo	Artículo 83 Octies. Las autoridades educativas y sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, emitirán y mantendrán actualizados protocolos obligatorios para la prevención, detección, intervención y atención posterior a situaciones que afecten la salud mental o integridad de los educandos. Los protocolos deberán contemplar, al menos: I. Acciones universales de prevención y promoción del bienestar socioemocional; II. Criterios generales para identificar señales de alerta y valorar la urgencia de la situación, sin realizar diagnósticos clínicos; III. Procedimientos de escucha, protección inmediata, registro, notificación y canalización; IV. Actuación ante autolesiones, ideación o intento suicida, violencia, abuso, consumo de sustancias, crisis emocionales y demás situaciones que puedan poner en riesgo la vida o integridad; V. Mecanismos para solicitar servicios de emergencia cuando exista riesgo inminente; VI. Comunicación con quienes ejerzan la patria potestad, tutela o guarda y custodia, salvo cuando existan indicios de que ello pueda incrementar el riesgo, obstaculizar la protección o cuando dichas personas sean señaladas como posibles responsables de violencia;

	VII. Intervención de las Procuradurías de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes y demás autoridades competentes cuando exista amenaza o vulneración de derechos; VIII. Protección de la confidencialidad y de los datos personales; IX. Seguimiento escolar y coordinación con los servicios de salud, sin interferir con la atención clínica, y X. Acciones de posvención posteriores a un intento de suicidio o fallecimiento por suicidio, destinadas a proteger a la comunidad escolar, prevenir la estigmatización, evitar la difusión de información sensible y reducir riesgos de imitación.
Sin correlativo	Artículo 83 Nonies. La Secretaría, en coordinación con la Secretaría de Salud, las autoridades educativas y sanitarias de las entidades federativas y los Sistemas de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes, establecerá rutas de referencia y contrarreferencia que garanticen la canalización oportuna de los educandos que requieran atención profesional. Cada plantel o zona escolar deberá contar con un directorio actualizado, accesible y de fácil consulta de los servicios públicos disponibles, que incluya centros de salud, establecimientos de atención a la salud mental, servicios de emergencia, líneas telefónicas o digitales de ayuda, Procuradurías

	de Protección y demás instituciones competentes. Las autoridades promoverán la utilización de equipos regionales, unidades itinerantes, servicios comunitarios y modalidades de atención a distancia en las zonas en las que resulte insuficiente la disponibilidad de servicios especializados, sin perjuicio de la obligación de ampliar progresivamente la atención presencial. La canalización deberá realizarse con respeto a la dignidad, privacidad, autonomía progresiva, interés superior y derecho a ser escuchado de niñas, niños y adolescentes.
Sin correlativo	Artículo 83 Decies. Las autoridades educativas desarrollarán acciones permanentes de información y orientación dirigidas a madres, padres de familia, tutores y demás personas responsables del cuidado de los educandos, para que conozcan los objetivos de la educación para la salud mental, los contenidos impartidos, las señales generales de alerta, los protocolos escolares y las rutas de atención disponibles. La información proporcionada a las familias deberá ser clara, accesible, científica, culturalmente pertinente y respetuosa de la diversidad de estructuras familiares. La participación de las familias no afectará el derecho de niñas, niños y adolescentes a recibir los contenidos obligatorios previstos en este Capítulo.

	La Secretaría, en coordinación con la Secretaría de Salud, evaluará anualmente la implementación de la educación para la salud mental y el bienestar socioemocional. La evaluación considerará, cuando menos: I. La cobertura de los contenidos y módulos obligatorios; II. El número y proporción del personal capacitado; III. La disponibilidad y aplicación de los protocolos; IV. El conocimiento de las rutas de atención por parte de la comunidad escolar; V. La accesibilidad y pertinencia cultural de los materiales; VI. Los tiempos de canalización y respuesta institucional, y VII. Los resultados relacionados con el bienestar y el clima escolar, mediante mecanismos éticos, agregados y no estigmatizantes. La Secretaría publicará un informe anual de resultados y recomendaciones, sin incluir datos personales ni información que permita identificar a los educandos. Los resultados no podrán utilizarse para elaborar clasificaciones o señalamientos públicos que estigmaticen a los planteles o comunidades escolares.
--	---

LEY GENERAL DE SALUD	
TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTA

Sin correlativo

Artículo 73 Quáter. - La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud y las autoridades educativas y sanitarias de las entidades federativas, participará en el diseño, implementación, actualización y evaluación de la educación para la salud mental y el bienestar socioemocional que se imparta en el Sistema Educativo Nacional.

Para tal efecto, les corresponderá:

I. Establecer criterios técnicos, científicos y sanitarios para la elaboración y actualización de los contenidos, competencias, materiales y métodos educativos en materia de salud mental;

II. Coadyuvar en la capacitación del personal docente, directivo, de orientación, trabajo social y apoyo a la educación, respetando el carácter pedagógico de sus funciones y evitando atribuirle responsabilidades de diagnóstico o atención clínica;

III. Elaborar, conjuntamente con las autoridades educativas, protocolos para la prevención, detección, intervención, canalización y atención posterior a situaciones de crisis, autolesión, ideación o intento suicida, violencia, consumo de sustancias psicoactivas y demás conductas que pongan en riesgo la integridad de niñas, niños y adolescentes;

IV. Establecer rutas de referencia y contrarreferencia entre los planteles educativos y los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, así

	como mecanismos de seguimiento que respeten la confidencialidad, protección de datos personales, autonomía progresiva e interés superior de la niñez; V. Mantener actualizados los directorios de centros de atención, servicios comunitarios, establecimientos de salud, servicios de emergencia y líneas de apoyo disponibles en cada entidad federativa; VI. Promover equipos regionales, unidades itinerantes, servicios comunitarios y atención a distancia en las zonas con disponibilidad insuficiente de profesionales o establecimientos especializados; VII. Proporcionar asistencia técnica para la atención de emergencias y situaciones que impliquen riesgo inminente para la vida o integridad de los educandos; VIII. Desarrollar materiales y campañas de información dirigidos a las familias y comunidades escolares para reducir el estigma, reconocer señales de alerta y facilitar el acceso oportuno a los servicios; IX. Evaluar periódicamente la disponibilidad, oportunidad, continuidad y calidad de los servicios a los que sean canalizados los educandos, y X. Intercambiar información estadística agregada, anonimizada y protegida, exclusivamente para la planeación, evaluación y mejora de las políticas públicas, de conformidad con la legislación aplicable en materia de
--	--

	transparencia y protección de datos personales.
--	---

LEY GENERAL DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES	
TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTA
Sin correlativo	Artículo 50 Bis. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la promoción, protección y cuidado integral de su salud mental y bienestar socioemocional, así como a recibir información, orientación y educación científica, comprensible, accesible y adecuada a su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez. Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, en el ámbito de sus respectivas competencias, deberán: I. Promover el conocimiento y cuidado de la salud mental como parte de la salud integral; II. Desarrollar acciones para fortalecer factores protectores, prevenir el sufrimiento emocional, las autolesiones, el suicidio, las adicciones, la violencia y demás conductas que puedan afectar su integridad; III. Reducir el estigma, los estereotipos y la discriminación relacionados con los problemas de salud mental y con la solicitud o recepción de atención profesional; IV. Garantizar mecanismos accesibles, confidenciales, oportunos y culturalmente

	pertinentes para solicitar orientación, protección y atención; V. Informarles, de acuerdo con su edad y madurez, sobre las redes comunitarias e institucionales de apoyo y las rutas para acceder a los servicios de salud y protección; VI. Garantizar su derecho a ser escuchados y a participar progresivamente en las decisiones relacionadas con su atención, de conformidad con su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez; VII. Proteger su intimidad, confidencialidad y datos personales, y VIII. Coordinar a las autoridades educativas, sanitarias, de protección de derechos y demás instituciones competentes para asegurar la prevención, detección temprana, canalización, atención y seguimiento. La información y educación en materia de salud mental no podrán utilizarse para etiquetar, estigmatizar o discriminar a niñas, niños y adolescentes, ni sustituirán la evaluación y atención que corresponda proporcionar a profesionales de la salud.
Sin correlativo	Artículo 57 Bis. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a recibir educación obligatoria, progresiva, científica, inclusiva y adecuada a su edad en materia de salud mental y bienestar socioemocional, como parte de su formación integral. La educación a que se refiere este artículo deberá permitirles desarrollar competencias para

identificar, comprender y expresar sus emociones; fortalecer la autorregulación, autocuidado, resiliencia, empatía y convivencia; reconocer señales generales de alerta y factores de riesgo; reducir el estigma; solicitar ayuda de manera oportuna, y conocer las redes de apoyo y rutas institucionales de atención.

Las autoridades educativas, sanitarias y de protección de derechos, en el ámbito de sus respectivas competencias, deberán:

I. Incorporar estos contenidos y competencias en los planes y programas de estudio de educación básica y media superior;

II. Garantizar su impartición continua y progresiva, conforme a la edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez de los educandos;

III. Capacitar al personal docente, directivo, de orientación, trabajo social y apoyo a la educación, delimitando expresamente sus funciones pedagógicas y de canalización;

IV. Establecer protocolos para la prevención, detección, intervención, canalización y atención posterior a situaciones de crisis o riesgo;

V. Vincular a los planteles con servicios profesionales de salud mental, protección de derechos y atención de emergencias;

VI. Proporcionar información y orientación a quienes ejerzan la patria potestad, tutela o guarda y custodia;

	VII. Asegurar que los contenidos, materiales y métodos sean accesibles, culturalmente pertinentes y libres de estigmas, y VIII. Evaluar periódicamente su implementación, cobertura y resultados, protegiendo la intimidad y los datos personales de niñas, niños y adolescentes. En ningún caso podrá obligarse a los educandos a revelar públicamente experiencias personales, diagnósticos, antecedentes familiares o información sensible, ni podrán utilizarse las actividades educativas para realizar diagnósticos, tratamientos o evaluaciones clínicas.
--	---

TRANSITORIOS

Primero. El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segundo. La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud, deberá emitir los lineamientos generales, las competencias nacionales progresivas, los aprendizajes mínimos y los criterios técnicos para la educación en materia de salud mental y bienestar socioemocional dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto.

En su elaboración deberán participar las autoridades educativas y sanitarias de las entidades federativas, el Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes, instituciones académicas, especialistas en pedagogía, psicología, psiquiatría infantil y adolescente, organizaciones de la sociedad civil, docentes, madres y padres de familia, así como niñas, niños y adolescentes mediante mecanismos adecuados a su edad y madurez.

Tercero. La Secretaría de Educación Pública deberá realizar las adecuaciones correspondientes a los planes y programas de estudio, materiales educativos y procesos de evaluación dentro de los doce meses siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto.

Cuarto. La implementación de los contenidos y módulos obligatorios comenzará en el ciclo escolar siguiente a la publicación de las adecuaciones previstas en el artículo transitorio anterior y deberá alcanzar cobertura nacional en un plazo máximo de tres ciclos escolares.

Durante la primera etapa se dará prioridad a la educación secundaria y media superior, sin perjuicio del diseño y aplicación progresiva de los contenidos correspondientes a educación preescolar y primaria.

Quinto. La Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Salud deberán emitir, dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto, el protocolo nacional para la prevención, detección, intervención, canalización y posvención de situaciones que afecten la salud mental o integridad de los educandos.

Las autoridades educativas y sanitarias de las entidades federativas deberán adecuar y publicar sus protocolos y rutas de atención dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la emisión del protocolo nacional.

Sexto. Previamente a la implementación obligatoria de los contenidos y módulos, las autoridades educativas deberán iniciar la capacitación del personal docente, directivo, de orientación, trabajo social, supervisión y apoyo a la educación. La capacitación será gradual, permanente y diferenciada conforme a las funciones del personal.

Séptimo. Las autoridades educativas y sanitarias de las entidades federativas deberán establecer y mantener actualizados los directorios, convenios y rutas de referencia y contrarreferencia previstos en este Decreto, dentro de los doce meses siguientes a su entrada en vigor.

Octavo. El Congreso de la Unión y las legislaturas de las entidades federativas deberán realizar las adecuaciones normativas que correspondan dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto.

Noveno. Las erogaciones que se generen con motivo de la entrada en vigor del presente Decreto se cubrirán con cargo a los presupuestos aprobados de los ejecutores de gasto responsables, de conformidad con la disponibilidad presupuestaria y las disposiciones jurídicas aplicables, sin perjuicio de que en los ejercicios fiscales subsecuentes se incorporen progresivamente las previsiones necesarias para garantizar su implementación y cobertura nacional.

Décimo. La Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Salud presentarán al Congreso de la Unión, dentro de los tres años siguientes al inicio de la implementación nacional, un informe de evaluación sobre la cobertura, aplicación, resultados y áreas de mejora de la educación para la salud mental y el bienestar socioemocional.

SUSCRIBE



SENADORA LAURA ESQUIVEL TORRES
Senado de la República, a 01 de septiembre de 2026