

Editorial: ¿Qué cabe en la salud mental escolar? Problematizando contextos no urbanos

 Luiz Paulo Ribeiro ¹,  Rodrigo Miguel Rojas-Andrade ²,  Jáder Ferreira Leite ³

¹ Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Departamento de Ciências Aplicadas à Educação. Belo Horizonte, Brasil.
² Universidad de Santiago de Chile (Usach). ³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN.

Autor para correspondência/Author for correspondence: luizpr@ufmg.br

Introducción

La salud mental escolar se ha convertido en una preocupación global. En las últimas décadas, la literatura internacional ha documentado la alta prevalencia de problemas de salud mental entre niños, niñas y adolescentes, las brechas persistentes en el acceso a servicios especializados y la necesidad de construir respuestas más cercanas a los espacios cotidianos donde transcurre la vida de las infancias y adolescencias (Kieling et al., 2011; Kutash et al., 2006; Weist et al., 2014, 2023). En este escenario, la escuela ha sido progresivamente reconocida como un espacio estratégico para la promoción, la prevención, la identificación temprana, la intervención y la recuperación, precisamente porque constituye uno de los pocos contextos institucionales que alcanza, con algunas salvedades, de forma continua y universal, a la mayor parte de la población infantojuvenil (Fazel et al., 2014; Hoover & Mayworm, 2017; Kutcher et al., 2015).

Este reconocimiento permitió avances sustantivos. El campo de la salud mental escolar, especialmente en la tradición anglosajona, consolidó una agenda robusta de investigación, práctica y política pública. Esta agenda se ha organizado en torno a sistemas multinivel de apoyo, intervenciones basadas en evidencia, integración entre salud y educación, uso de datos para la toma de decisiones, tamizaje universal, participación familiar, formación de equipos escolares, modelos de implementación, sostenibilidad y escalamiento (Evans et al., 2023; Greenberg et al., 2003; Kutash et al., 2006; Weist et al., 2014). En términos generales, esta

RBEC	Tocantinópolis/Brasil	v. 11	e20761	UFNT	2026	ISSN: 2525-4863
------	-----------------------	-------	--------	------	------	-----------------



literatura ha insistido en que las escuelas no deben comprenderse únicamente como lugares de instrucción académica, sino como contextos centrales de desarrollo humano, capaces de ampliar el acceso a cuidados que, de otro modo, permanecerían distantes para muchos niños, niñas, adolescentes y familias.

Sin embargo, este número especial parte de una inquietud distinta: ¿qué ocurre cuando el campo de la salud mental escolar se piensa desde comunidades educativas rurales latinoamericanas? ¿Qué cambia cuando la escuela no es solo un lugar donde se instalan servicios, sino una institución territorial que sostiene vínculos, memorias, identidades, aprendizajes, conflictos, proyectos de vida y formas cotidianas de cuidado? ¿Qué cabe en la salud mental escolar cuando los contextos son campesinos, indígenas, quilombolas, ribereños, pesqueros, fronterizos, interculturales o atravesados por disputas socioambientales? Y, sobre todo, ¿qué nuevas preguntas emergen cuando la salud mental deja de ser comprendida exclusivamente como atributo individual, necesidad clínica o problema de acceso, y pasa a pensarse como proceso relacional, comunitario, histórico, territorial, ecológico y político?

La literatura internacional dominante tiende a formular la salud mental escolar a partir de una pregunta de acceso: ¿cómo acercar apoyos efectivos a estudiantes que no acceden oportunamente a los servicios de salud mental? A partir de esta pregunta se han desarrollado modelos comprehensivos de salud mental escolar, estrategias de detección temprana, programas de aprendizaje socioemocional, intervenciones focalizadas, sistemas de colaboración escuela-familia-comunidad y marcos de implementación (Evans et al., 2023; Fazel et al., 2014; Weist et al., 2023). Esta pregunta es relevante y no debe descartarse. En contextos donde los servicios especializados son escasos, fragmentados o tardíos, la escuela puede convertirse en un nodo fundamental de cuidado. De hecho, se ha señalado que muchos niños, niñas y adolescentes que reciben atención en salud mental lo hacen precisamente en contextos escolares o educativos (Burns et al., 1995; Ronés & Hoagwood, 2000).

El problema no está en reconocer la centralidad de la escuela como espacio de acceso. El problema aparece cuando esa centralidad se traduce en una comprensión limitada de la escuela como lugar de prestación de servicios. Bajo esta lógica, la salud mental “entra” en la escuela desde afuera, generalmente desde marcos clínicos, preventivos, psicométricos o de implementación, y la escuela queda reducida a una plataforma de detección, derivación o entrega de intervenciones. Así, el potencial pedagógico, relacional, comunitario y político de las escuelas puede quedar subordinado a una racionalidad sanitaria que, aunque busca ampliar derechos, corre el riesgo de instalar una lectura individualizante del sufrimiento escolar.

Un matiz importante es que la literatura del Norte Global no ha ignorado completamente la ruralidad. El *Handbook of Rural School Mental Health*, editado por Michael y Jameson (2017), constituye uno de los esfuerzos más sistemáticos para delimitar los desafíos específicos de la salud mental escolar en contextos rurales. Sus capítulos abordan la escasez de profesionales, las barreras geográficas, el estigma, las preocupaciones sobre privacidad en comunidades pequeñas, la dificultad de sostener programas, la evaluación de resultados, la implementación de prácticas basadas en evidencia, la formación de competencias profesionales y la articulación entre escuelas, servicios de salud mental y agencias comunitarias (Hoover & Mayworm, 2017; Michael & Jameson, 2017; Siceloff et al., 2017). Esta literatura realiza una contribución fundamental al mostrar que no basta con transferir modelos urbanos a las escuelas rurales, pues las condiciones de implementación, financiamiento, disponibilidad de servicios, sostenibilidad y aceptabilidad son diferentes.

En el mismo volumen, Hoover y Mayworm (2017) sostienen que las escuelas rurales pueden ampliar el acceso a apoyos, reducir barreras estructurales, favorecer la identificación temprana, ofrecer un continuo de servicios y situar el cuidado en ambientes naturales de desarrollo. Siceloff et al. (2017), por su parte, muestran que los programas de salud mental escolar en zonas rurales pueden constituir una respuesta importante a la brecha entre necesidad y atención efectiva, especialmente en comunidades donde la oferta especializada es limitada. Otros capítulos del volumen discuten la necesidad de adaptar protocolos de crisis, evaluar programas rurales, fortalecer la implementación activa y planificar la sostenibilidad (Belhumeur et al., 2017; Schultz et al., 2017; Sims & Melcher, 2017).

Estos aportes son indispensables para cualquier discusión seria sobre salud mental escolar rural. Sin embargo, incluso en esta formulación, la ruralidad tiende a aparecer principalmente como un conjunto de barreras para el acceso a servicios efectivos: distancia, escasez, estigma, financiamiento, privacidad, rotación profesional, conectividad, transporte y sostenibilidad. Este número especial no niega estas barreras. Más bien, propone ampliar la pregunta. Los territorios rurales latinoamericanos no son solo lugares con menos servicios. Son territorios con historia, memoria, trabajo, saberes, espiritualidades, conflictos, desigualdades, vínculos intergeneracionales, proyectos educativos propios y formas específicas de producir cuidado. Desde esta perspectiva, la pregunta no es solo cómo llevar salud mental a las escuelas rurales, sino cómo comprender las formas en que las comunidades educativas rurales producen bienestar, sufrimiento, pertenencia, resistencia y vida común.

Esta ampliación dialoga con una tradición latinoamericana que ya venía desplazando el eje de la salud mental “en” la escuela hacia la salud mental “en comunidades educativas” (Ribeiro, 2025). Rojas Andrade (2022) define la salud mental escolar como un campo interdisciplinario orientado a apoyar a las comunidades educativas para alcanzar sus metas educativas mediante la investigación, el diseño, la implementación y la evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación, articuladas a la cotidianidad de los procesos de enseñanza-aprendizaje. Esta definición es relevante porque evita concebir la escuela como mero escenario de intervención. La escuela no es simplemente un lugar donde se encuentran estudiantes; es una comunidad con proyecto educativo, relaciones, prácticas, demandas, normas, conflictos, afectos, sentidos y posibilidades de transformación.

En esta perspectiva, la salud mental emerge del equilibrio dinámico entre las demandas ambientales y las posibilidades que tienen las personas y comunidades para responder a ellas en un proceso continuo de aprendizaje (Rojas Andrade, 2022). Esto permite desplazar la pregunta del déficit individual hacia las condiciones de la vida escolar. No se trata únicamente de preguntar qué habilidades le faltan a un estudiante para adaptarse a la escuela, sino también qué demandas escolares, institucionales, familiares, comunitarias o estructurales están produciendo sufrimiento. Este giro es decisivo. Desde una lectura comunitaria latinoamericana, la salud mental escolar no consiste solo en fortalecer capacidades individuales para tolerar demandas injustas. También exige transformar las demandas pedagógicas, institucionales y territoriales que producen malestar, exclusión o pérdida de sentido.

Este desplazamiento es particularmente importante frente al riesgo de psicologizar o patologizar la vida escolar. La expansión global del campo de la salud mental escolar puede contribuir a ampliar derechos, pero también puede reforzar una lógica biomédica si la escuela se convierte en clínica, en un gran dispositivo de tamizaje o en antesala de derivación hacia servicios externos. Kutash et al. (2006) ya advertían que el campo de la salud mental basada en la escuela necesitaba mayor claridad conceptual, pues sus prácticas podían organizarse de manera fragmentada y bajo modelos en competencia. En una línea convergente, Rojas Andrade (2022) advierte que reducir la salud mental escolar a la detección, la contención y la derivación empobrece el potencial promocional, preventivo, pedagógico, comunitario y restaurativo de las escuelas.

La contribución latinoamericana consiste precisamente en ampliar el campo de visión. La salud mental escolar no se agota en la identificación de síntomas ni en la aplicación de

programas. Involucra el proyecto educativo, el vínculo pedagógico, el sentido de comunidad, la participación, la justicia, los derechos, la cultura, el clima escolar, la inclusión, el cuidado de quien cuida, la formación docente y la articulación con redes locales (Rojas Andrade, 2022; Vargas Gallegos, 2022; Zambrano & Campos, 2022). Desde la psicología comunitaria, la prevención en salud mental implica reconocer que la salud no es exclusivamente un atributo individual, pues depende de la distribución desigual de recursos, de la calidad de las redes, del sentido de comunidad, de la acción colectiva y de la capacidad de las personas y comunidades para ejercer mayor control sobre sus condiciones de vida (Sánchez Vidal, 2007; Zambrano & Campos, 2022). Desde el enfoque de derechos, la salud mental exige participación, dignidad, ciudadanía plena y corresponsabilidad social (ACNUDH, 2017; Videla Bravo & Fuentealba Martínez, 2022). Desde la sensibilidad cultural, exige reconocer que toda intervención transporta supuestos, relaciones de poder y formas de validación cultural que deben ser problematizadas (Curtis et al., 2019; Peña Quintanilla, 2022).

Este número especial radicaliza ese giro. Los trabajos reunidos no preguntan solo cómo mejorar la salud mental en la escuela, sino cómo se produce salud mental en territorios atravesados por desigualdad, racismo, colonialidad, precarización, extractivismo, desposesión, aislamiento y luchas por derechos. En este corpus, la salud mental aparece vinculada a infancias negras rurales, mujeres quilombolas, estudiantes campesinos y quilombolas, pueblos indígenas, comunidades pesqueras, docentes de escuelas rurales, escuelas de las aguas, estudiantes indígenas universitarios, psicologías indigenizadas, educación ambiental, pedagogía de la alternancia y políticas curriculares interculturales. En conjunto, estos trabajos muestran que el sufrimiento psíquico no puede comprenderse sin analizar las condiciones territoriales, históricas y políticas que lo producen.

Por ello, una primera contribución del número es afirmar la salud mental como fenómeno territorial, contextualizado. En los artículos aquí reunidos, el territorio no es solo telón de fondo. Es una dimensión constitutiva de la subjetividad, del cuidado y del sufrimiento. Tierra, agua, escuela, comunidad, memoria, espiritualidad, trabajo, lengua, cuerpo y cultura componen una trama de vida. Desde esta perspectiva, la pérdida del territorio, la contaminación de la naturaleza, la precarización del trabajo, la invisibilización de saberes tradicionales, el cierre de una escuela rural y del campo o la imposición de un currículo monocultural no son hechos externos a la salud mental. Son procesos que afectan las posibilidades de pertenecer, aprender, cuidar, proyectar la vida y sostener vínculos significativos.

En este punto, la noción de cuerpo-territorio adquiere una potencia analítica particular. Pensar el cuerpo-territorio permite comprender que el bienestar no se aloja únicamente en la interioridad psicológica de los sujetos, sino en las relaciones que esos sujetos sostienen con la tierra, el agua, los ciclos de la naturaleza, la memoria comunitaria, las prácticas productivas, la espiritualidad y la vida colectiva. Esta idea es especialmente relevante en contextos campesinos, indígenas, quilombolas y pesqueros, donde el territorio no es solo espacio físico, sino condición de existencia, modo de subjetivación, pertenencia y continuidad cultural. La salud mental, entonces, no puede separarse de la defensa de las condiciones que hacen posible la vida común.

Una segunda contribución es la crítica a la medicalización de desigualdades históricas. En contextos escolares rurales y racializados existe el riesgo de convertir la pobreza, el racismo, la exclusión territorial, las barreras pedagógicas o las tensiones interculturales en problemas individuales. Esta advertencia dialoga con la crítica clásica a la producción del fracaso escolar, que mostró cómo las instituciones pueden individualizar dificultades producidas socialmente (Patto, 2000). En el campo de la salud mental escolar, esta crítica obliga a distinguir entre sufrimiento, malestar y trastorno. No todo sufrimiento debe leerse como patología. Muchas veces, el sufrimiento expresa tensiones legítimas frente a condiciones injustas, exigencias escolares desconectadas de la vida comunitaria, experiencias de discriminación, pérdida de territorio, precariedad laboral o ausencia de reconocimiento.

Este punto no implica negar la existencia de problemas de salud mental ni desestimar la necesidad de atención especializada. Sería irresponsable desconocer que muchos niños, niñas, adolescentes, docentes y familias requieren apoyos oportunos, seguros y de calidad. Lo que este número especial propone es otra forma de situar esa necesidad. La atención especializada es necesaria, pero insuficiente si no va acompañada de preguntas sobre las condiciones que producen sufrimiento y si los y las profesionales no actúan de modo culturalmente sensible a las particularidades del territorio. El tamizaje puede ser útil, pero no puede transformarse en una tecnología de clasificación que reduzca a los sujetos a perfiles de riesgo. La intervención basada en evidencia puede ser valiosa, pero no puede operar como receta descontextualizada. La derivación puede ser indispensable, pero no puede sustituir la responsabilidad de transformar las condiciones escolares, comunitarias y territoriales que producen malestar.

Una tercera contribución es el reconocimiento de las prácticas comunitarias de cuidado. En los textos de este número, cuidar no significa únicamente ofrecer atención profesional. Cuidar también significa escuchar, reconocer, sostener vínculos, transmitir memorias,

organizar asambleas, crear círculos de cultura, jugar, sembrar, cantar, narrar, acompañar, defender el territorio, valorar y recuperar saberes ancestrales y construir pertenencia. Estas prácticas no siempre se nombran como salud mental, pero producen salud mental. No siempre se codifican como intervención, pero intervienen sobre el sufrimiento, la soledad, el desarraigo y la exclusión. No siempre se reconocen como evidencia, pero condensan conocimientos históricos sobre cómo sostener la vida en condiciones adversas.

La educación popular, la psicología comunitaria y las epistemologías decoloniales ofrecen herramientas para comprender estas prácticas sin reducirlas a recursos auxiliares de programas institucionales. Freire (1970/2005) mostró que la educación puede ser práctica de libertad cuando parte de la experiencia concreta de los sujetos y de la problematización colectiva de la realidad. Martín-Baró (1998) insistió en que la psicología latinoamericana no puede desentenderse de las condiciones históricas que producen sufrimiento. Montero (2004) propuso una psicología comunitaria centrada en participación, fortalecimiento, poder y transformación social. Walsh (2005) formuló la interculturalidad como proyecto crítico que no se limita al reconocimiento de diferencias, sino que cuestiona las relaciones de poder que jerarquizan saberes, cuerpos y territorios. Es en torno a esta genealogía crítica que gravitan los textos de este número especial.

Una cuarta contribución se relaciona con la escuela como institución de ciudadanía territorial. En muchos contextos rurales y campesinos latinoamericanos, la escuela es una de las pocas instituciones públicas permanentes en el territorio. Su presencia excede la función curricular. Articula redes, sostiene vínculos comunitarios, habilita derechos, produce reconocimiento, acompaña trayectorias y, en ciertas ocasiones, funciona como espacio de protección frente a la precariedad institucional. En otras palabras, las escuelas del campo pueden actuar como agentes fundamentales de politización de su comunidad, en la medida en que, vinculadas a movimientos sociales comprometidos con la transformación social (Caldart, 2000/2024), diseñan y ponen en práctica proyectos pedagógicos sensibles a las necesidades de los sujetos y sus territorios. Por ello, la escuela del campo no puede comprenderse únicamente como un lugar donde se aplican intervenciones. Es un espacio donde se disputa el sentido de la educación, del territorio y de la vida común.

Esta afirmación tiene consecuencias importantes. Cuando una escuela del campo es cerrada, precarizada o transformada en una institución desconectada de la vida local, no se afecta solo la trayectoria educativa de sus estudiantes. También se fragiliza una trama comunitaria de cuidado. Cuando el currículo invisibiliza el territorio, la lengua, la memoria o

los saberes locales, no se pierde solo pertinencia pedagógica. También se deterioran formas de reconocimiento que sostienen la salud mental colectiva. Cuando docentes de escuelas del campo trabajan aislados, con múltiples funciones, escasos recursos y baja formación situada, no se afecta solo la calidad de la enseñanza. También se sobrecarga a quienes sostienen cotidianamente el cuidado en territorios donde otros servicios no llegan.

La salud mental docente es, por lo tanto, un componente ineludible de esta discusión. La literatura latinoamericana y los trabajos del número especial muestran que docentes, orientadores, monitores, psicólogos escolares y equipos psicosociales muchas veces asumen tareas de cuidado sin tiempo protegido, sin formación suficiente, sin redes estables y sin reconocimiento institucional adecuado. Durante la pandemia, esta sobrecarga se hizo particularmente visible. Las escuelas se transformaron en interfaces entre familias vulnerabilizadas y redes locales de apoyo, al mismo tiempo que sus equipos enfrentaban condiciones laborales y emocionales profundamente exigentes (Jorquera Martínez, 2022; Zambrano & Campos, 2022). Cuidar de quien cuida no es un complemento del campo. Es una condición de posibilidad para cualquier modelo de salud mental escolar.

Una quinta contribución del número es la necesidad de una psicología y una educación situadas, como bien destaca Ribeiro (2026). La formación profesional no puede seguir descansando exclusivamente en modelos urbanos, universales y culturalmente neutros. Los contextos rurales exigen competencias relacionales, territoriales, comunitarias e interculturales. Michael y Jameson (2017) muestran que la salud mental escolar rural requiere comprender barreras específicas de acceso, privacidad, estigma, recursos y sostenibilidad. Sin embargo, los artículos latinoamericanos reunidos en este número exigen ir más lejos: no basta con adaptar servicios a la ruralidad; es necesario aprender de los territorios, de sus historias, de sus formas de organización, de sus cosmologías y de sus modos de comprender el bienestar y el buen vivir.

En este punto, la noción de competencia cultural debe ampliarse. La competencia cultural ha sido definida como el desarrollo de conciencia, conocimientos y habilidades para trabajar con personas, grupos y comunidades culturalmente diversos (American Psychological Association, 2011). Sin embargo, enfoques más críticos han señalado que no basta con “conocer al otro”, porque esa búsqueda puede reproducir exotización, estereotipos o relaciones paternalistas. La humildad cultural enfatiza la autoevaluación permanente, la autocrítica y la disposición para corregir desequilibrios de poder (McLennan et al., 2016). La seguridad cultural, por su parte, desplaza el foco hacia quienes diseñan y ejecutan

intervenciones, preguntando cómo las instituciones reproducen desigualdades, prejuicios y formas de dominación (Curtis et al., 2019). Para una salud mental en comunidades educativas rurales latinoamericanas, esta reflexión es central. No se trata de incluir “lo cultural” como variable adicional, sino de revisar críticamente las formas en que el conocimiento profesional define qué cuenta como problema, qué cuenta como cuidado y quién tiene autoridad para nombrar el bienestar. De este modo, Dimenstein y Simoni (2026) proponen una mirada hacia los procesos de atención en salud mental a partir de lo que denominan Cuidados Culturales en Salud Mental. Tal perspectiva, construida en franco diálogo con la realidad latinoamericana, señala un horizonte ético-político y técnico orientado a la búsqueda de equidad, justicia social y calidad en el ámbito de la atención psicosocial y de las acciones en salud mental que tienen como sello territorios constituidos por experiencias de inter y multiculturalidad, así como procesos de inequidad y vulnerabilización.

Esta discusión también obliga a revisar la relación entre evidencia y pertinencia. La salud mental escolar necesita investigación rigurosa, evaluación de resultados, implementación sostenible y políticas basadas en evidencia. Sin embargo, la evidencia no puede pensarse como una tecnología descontextualizada que se aplica sobre los territorios. La evidencia debe ser situada, dialógica, sensible a la cultura y capaz de reconocer saberes locales. Durlak et al. (2011) mostraron el impacto de programas universales de aprendizaje socioemocional sobre resultados sociales, emocionales y académicos. Fazel et al. (2014) destacaron la relevancia de las intervenciones escolares en países de ingresos bajos y medios. Weist et al. (2023) defendieron la necesidad de impulsar el avance global de la salud mental escolar. Estos aportes son relevantes. Pero en la América Latina rural, la pregunta por la efectividad debe articularse con preguntas por la pertinencia cultural, la justicia territorial, la participación comunitaria y la sostenibilidad política de las respuestas.

El desafío no es elegir entre intervenciones basadas en evidencia y cuidado comunitario. Esa oposición sería falsa. El desafío es construir sistemas de apoyo que articulen ciencia, territorio, derechos, participación e interculturalidad crítica. Para ello, la evidencia debe dialogar con las condiciones concretas de las comunidades educativas. Debe preguntar quién define el problema, quién decide la intervención, quién evalúa los resultados, qué saberes son reconocidos, qué formas de cuidado quedan invisibilizadas y qué efectos produce la intervención sobre las relaciones comunitarias. Una intervención puede ser efectiva en términos de reducción de síntomas y, al mismo tiempo, ser frágil en términos de apropiación

comunitaria, pertinencia cultural o justicia territorial. Por ello, la evaluación en salud mental escolar rural latinoamericana debe ampliar sus criterios.

Esta ampliación también tiene implicaciones para las políticas públicas. En América Latina, las políticas de salud mental escolar suelen estar fragmentadas entre sectores, programas, niveles de gobierno y dispositivos institucionales. En muchos casos, salud, educación, protección social, infancia, desarrollo territorial y medio ambiente operan con lenguajes, prioridades y temporalidades distintas. La escuela queda entonces atrapada entre múltiples exigencias, protocolos y derivaciones, pero sin un sistema integrado de apoyo. Rojas Andrade (2022) advierte que la falta de coordinación y de consenso sobre cómo las acciones escolares contribuyen a la salud mental limita el potencial de la escuela. Jorquera Martínez (2022) muestra que, aunque los profesionales de la educación reconocen la importancia de la salud mental, perciben baja preparación institucional y predominio de respuestas individuales o reactivas. Zambrano y Campos (2022) señalan que la atomización de las políticas públicas puede generar sobreintervención, descoordinación o abandono de grupos marginalizados.

Ante esto, las políticas públicas deben dejar de concebir la salud mental escolar como una suma de programas y avanzar hacia sistemas territoriales de cuidado. Esto implica financiamiento estable, formación profesional situada, tiempos protegidos, participación comunitaria, articulación intersectorial, reconocimiento de saberes locales, evaluación pertinente y mecanismos de sostenibilidad. También implica reconocer que la salud mental se relaciona con la vivienda, la alimentación, el transporte, la conectividad, el trabajo, el agua, el medio ambiente, la seguridad, la lengua, la discriminación, el currículo y el acceso a servicios. No hay salud mental escolar del campo si las escuelas carecen de condiciones materiales dignas. No hay salud mental comunitaria si los territorios están vulnerabilizados. No hay bienestar estudiantil si quienes enseñan y cuidan están agotados, precarizados o aislados.

En este marco, los artículos del número especial permiten identificar varias tensiones que atraviesan el campo. La primera tensión se produce entre diagnóstico y medicalización. La identificación temprana puede ampliar derechos y activar apoyos oportunos, pero también puede clasificar y estigmatizar si está desconectada de las condiciones sociales que producen sufrimiento. La segunda tensión aparece entre evidencia y pertinencia. Las prácticas basadas en evidencia son necesarias, pero deben ser adaptadas, apropiadas y evaluadas en diálogo con las comunidades. La tercera tensión ocurre entre servicios especializados y cuidado comunitario. Los servicios especializados son indispensables, pero no pueden sustituir las redes cotidianas de cuidado, pertenencia y apoyo. La cuarta tensión se produce entre políticas

universales y territorios concretos. Las políticas universales pueden garantizar derechos, pero requieren flexibilidad, participación y sensibilidad territorial para no reproducir formas de homogeneización. La quinta tensión aparece entre reconocimiento cultural y justicia material. Valorar los saberes locales es fundamental, pero insuficiente si no se enfrentan la pobreza, la precarización, el racismo, la desposesión y la desigualdad territorial (falta de Reforma Agraria).

Estas tensiones no deben eliminarse. Deben trabajarse. La salud mental en comunidades educativas rurales latinoamericanas exige sostener preguntas complejas y evitar soluciones simples. No basta con llevar más profesionales a las escuelas, aunque falten profesionales. No basta con implementar programas basados en evidencia, aunque necesitemos evidencia. No basta con promover habilidades socioemocionales, aunque sean importantes. No basta con reconocer la cultura si la cultura se reconoce sin redistribuir recursos ni transformar relaciones de poder. No basta con hablar de comunidad si la comunidad es convocada solo para validar decisiones ya tomadas. La complejidad del campo exige pensar simultáneamente en servicios, pedagogía, territorio, derechos, cultura, participación y justicia.

Esta perspectiva abre una agenda de investigación. Se necesitan estudios cualitativos, etnográficos, participativos, cartográficos y longitudinales capaces de comprender las formas concretas en que las comunidades educativas rurales producen cuidado. También se necesitan diseños mixtos que articulen evaluación de resultados, procesos de implementación, apropiación comunitaria y pertinencia cultural. La investigación no debe limitarse a medir prevalencia, déficit o riesgo. Debe también documentar recursos, memorias, vínculos, prácticas de resistencia, formas locales de bienestar y procesos de agencia comunitaria. Debe, además, reconocer la reflexividad de los y las investigadoras, especialmente cuando se trabaja en territorios históricamente subordinados por epistemologías externas.

La agenda de investigación también debe avanzar en comparaciones latinoamericanas, ya que las ruralidades de América Latina no son homogéneas. No es lo mismo una comunidad quilombola, una escuela campesina, una comunidad indígena, una escuela ribereña, un territorio pesquero o una zona rural periurbana. Cada territorio tiene historias, conflictos, recursos y formas propias de vida. Sin embargo, existen patrones comunes: desigualdad territorial, centralismo, colonialidad, racismo, precarización de servicios, invisibilización de saberes locales y fuerte dependencia de la escuela como institución pública articuladora. Una agenda comparada permitiría reconocer tanto la diversidad de ruralidades como las estructuras compartidas que producen sufrimiento y cuidado.

Para la práctica profesional, este número sugiere un cambio de orientación. Los y las profesionales de la salud mental y la educación deben ser capaces de identificar situaciones de riesgo y activar redes especializadas cuando sea necesario, pero también deben facilitar procesos colectivos de cuidado, fortalecer vínculos, acompañar proyectos educativos, reconocer saberes comunitarios y contribuir a transformar las condiciones escolares que producen sufrimiento. La intervención no puede limitarse al caso. Debe incluir la escuela, el aula, la familia, la comunidad y el territorio. Tampoco puede limitarse a aplicar técnicas. Debe construir relaciones de confianza, escucha y corresponsabilidad.

Este cambio requiere formación. Los programas de pedagogía, psicología, trabajo social, orientación educativa, enfermería escolar y otras profesiones vinculadas a comunidades educativas deben incorporar contenidos de salud mental escolar, ruralidad, interculturalidad, derechos, psicología comunitaria, educación popular, trauma, crisis, prevención, implementación y ética territorial. Pero, sobre todo, deben formar profesionales capaces de trabajar con humildad, reflexividad y sensibilidad al poder. En comunidades pequeñas, por ejemplo, la confidencialidad, los múltiples roles, la familiaridad y la visibilidad pública adquieren características particulares (Sulkowski, 2017; Ribeiro, 2026). En comunidades indígenas o tradicionales, la legitimidad profesional puede depender de la capacidad de reconocer autoridades, saberes, tiempos y formas locales de relación. En territorios precarizados, la intervención debe evitar culpabilizar a las familias por condiciones que ellas no controlan.

Para la política pública, el número invita a pensar la salud mental escolar del campo como parte de una arquitectura más amplia de justicia territorial. Esto implica reconocer que el derecho a la salud mental no se garantiza solo con prestaciones clínicas. Se garantiza también con escuelas dignas, docentes acompañados y acompañadas, transporte, alimentación, conectividad, espacios seguros, currículos pertinentes, participación comunitaria, protección contra las violencias, respeto a la diversidad cultural y redes de apoyo oportunas. El enfoque de derechos exige que niños, niñas y adolescentes sean reconocidos y reconocidas como sujetos de participación, no solo como receptores de protección (Naciones Unidas, 1989; Videla Bravo & Fuentealba Martínez, 2022). En comunidades rurales, esta participación debe considerar las formas locales de organización y las relaciones entre escuela, familia, comunidad y territorio.

Para la teoría, este número propone una reconfiguración del campo. La salud mental escolar no debe pensarse únicamente como un subcampo aplicado de la salud mental

infantojuvenil. Tampoco debe reducirse a un conjunto de programas escolares. Desde la América Latina rural, la salud mental en comunidades educativas puede comprenderse como un campo de relaciones entre pedagogía, territorio, comunidad, cultura, política pública, justicia social y cuidado. Esta definición no niega la dimensión clínica, pero la sitúa dentro de un ecosistema más amplio. En ese ecosistema, el síntoma tiene lugar, pero no ocupa todo el campo. La escuela importa, pero no como plataforma neutral. La comunidad importa, pero no como recurso instrumental. El territorio importa, pero no como variable contextual. La política importa, porque las condiciones de salud mental son también condiciones de ciudadanía.

Este punto permite volver a la pregunta inicial: ¿qué cabe en la salud mental escolar cuando la pensamos desde comunidades educativas rurales latinoamericanas? Cabe, ciertamente, la detección temprana. Cabe la prevención. Caben las intervenciones basadas en evidencia. Cabe la derivación oportuna. Caben los protocolos de crisis. Caben los sistemas multinivel de apoyo. Pero también caben otras dimensiones que el campo ha reconocido menos: la tierra, el agua, el trabajo, la memoria, la espiritualidad, la lengua, la comunidad, la infancia como sujeto político, la pedagogía situada, la justicia socioambiental, el cuidado colectivo, la resistencia cultural, la participación y el derecho a una vida digna.

Este número especial no propone abandonar el campo internacional de la salud mental escolar. Propone interpelarlo desde el Sur. Propone ampliar sus categorías, complejizar sus supuestos y abrir sus preguntas a experiencias que no siempre fueron reconocidas como fuentes legítimas de conocimiento. La ruralidad latinoamericana no es solo un lugar donde faltan servicios. Es también un lugar desde el cual se puede pensar de otro modo la salud mental. Un lugar donde la escuela no solo enseña contenidos, sino que sostiene vida comunitaria. Un lugar donde el bienestar no puede separarse del territorio. Un lugar donde el cuidado no es solo intervención, sino relación, memoria, pertenencia y lucha.

Desnaturalizar la salud mental escolar implica reconocer que este campo no está cerrado. Es un territorio en disputa. Puede ser ocupado por lógicas clínicas, individualizantes, tecnocráticas y coloniales. Pero también puede ser cultivado a partir de prácticas de cuidado, participación, justicia, interculturalidad y transformación institucional. Los artículos de este número especial invitan a tomar posición por esa segunda posibilidad.

Por ello, la pregunta que articula este número no es solo cómo llevar salud mental a las escuelas rurales. La pregunta es más amplia y más exigente: ¿qué nos enseñan las comunidades educativas rurales latinoamericanas sobre otras formas de comprender, cuidar y politizar la salud mental? Nos enseñan que la salud mental no se agota en la ausencia de

trastornos. Nos enseñan que la escuela no es solo un punto de acceso, sino una comunidad de vida. Nos enseñan que el territorio no es contexto, sino condición de bienestar y buen vivir. Nos enseñan que las comunidades no son beneficiarias pasivas, sino productoras de cuidado y conocimiento. Nos enseñan que el sufrimiento no puede separarse de la injusticia. Y nos enseñan que toda política de salud mental escolar que aspire a ser justa debe escuchar, reconocer y sostener los territorios donde la vida se aprende, se cuida y se defiende.

Referencias

ACNUDH. (2017). *Salud mental y derechos humanos: Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*. Naciones Unidas.

American Psychological Association. (2011). *Guidelines for providers of psychological services to ethnic, linguistic, and culturally diverse populations*. American Psychological Association.

Belhumeur, J., Butts, E., Michael, K. D., Zieglowsky, S., DeCoteau, D., Four Bear, D., Crawford, C., Gourneau, R., Bighorn, E., Ryan, K., & Farber, L. (2017). Adapting crisis intervention protocols: Rural and tribal voices from Montana. In K. D. Michael & J. P. Jameson (Eds.), *Handbook of rural school mental health* (pp. 307–322). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64735-7_20

Burns, B. J., Costello, E. J., Angold, A., Tweed, D., Stangl, D., Farmer, E., & Erkanli, A. (1995). Children's mental health service use across service sectors. *Health Affairs*, 14(3), 147–159. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.14.3.147>

Caldart, R. S. (2000/2024). *Pedagogia do Movimento Sem Terra: escola é mais do que escola*. Editora Vozes.

Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S. J., & Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: A literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18, Article 174. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>

Dimenstein, M., & Simoni, A. C. R. (2026). Cuidados culturais, saúde mental e atenção psicossocial. In M. Dimenstein & A. C. R. Simoni (Orgs.), *Cuidados Culturais, Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (pp. 28-47). Rede Unida.

Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405–432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>

Evans, S. W., Owens, J. S., Bradshaw, C. P., & Weist, M. D. (Eds.). (2023). *Handbook of school mental health: Innovations in science and practice* (3rd ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-20006-9>

Fazel, M., Patel, V., Thomas, S., & Tol, W. (2014). Mental health interventions in schools in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 388–398. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70357-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70357-8)

Freire, P. (2005). *Pedagogia do oprimido* (42a ed.). Paz e Terra. (Obra original publicada em 1970)

Greenberg, M. T., Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., Zins, J. E., Fredericks, L., Resnik, H., & Elias, M. J. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58(6–7), 466–474. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.6-7.466>

Hoover, S. A., & Mayworm, A. M. (2017). The benefits of school mental health. In K. D. Michael & J. P. Jameson (Eds.), *Handbook of rural school mental health* (pp. 3–16). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64735-7_1

Jorquera Martínez, C. (2022). Profesionales de la educación y salud mental en Chile en tiempos de pandemia. In R. Rojas Andrade (Coord.), *Salud mental en comunidades educativas* (pp. 58–73). Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N., & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515–1525. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)

Kutash, K., Duchnowski, A. J., & Lynn, N. (2006). *School-based mental health: An empirical guide for decision-makers*. University of South Florida, The Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, Research and Training Center for Children's Mental Health.

Kutcher, S., Wei, Y., & Weist, M. D. (2015). Global school mental health: Considerations and future directions. In S. Kutcher, Y. Wei, & M. D. Weist (Eds.), *School mental health: Global challenges and opportunities* (pp. 299–310). Cambridge University Press.

Leite, M. L S., Silva, J. V. da, Ribeiro, L. P., Sousa, P. de C., & Barros, G. E. G. (2025). “O longo caminho até.”: uma pesquisa audiovisual participativa do cotidiano escolar do campo em Barbalha, Ceará. *Revista Brasileira De Educação Do Campo*, 10, e19813. <https://doi.org/10.70860/ufnt.rbec.e19813>

Martín-Baró, I. (1998). *Psicología de la liberación*. Trotta.

McLennan, J. D., Jansen-McWilliams, L., Comer, D. M., & Gardner, W. P. (2016). Cultural humility in child and adolescent mental health care: A framework for practice. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 255–263. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0219-8>

Michael, K. D., & Jameson, J. P. (Eds.). (2017). *Handbook of rural school mental health*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-64735-7>

Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos*. Paidós.

Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Naciones Unidas.

Patto, M. H. S. (2000). *A produção do fracasso escolar: Histórias de submissão e rebeldia* (2a ed.). Casa do Psicólogo.

Peña Quintanilla, F. (2022). (Intento de) propuesta culturalmente sensible a la diversidad desde la salud mental en comunidades educativas. In R. Rojas Andrade (Coord.), *Salud mental en comunidades educativas* (pp. 99–126). Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Ribeiro, L. P. (2025). Saúde mental escolar como política pública: avanços e desafios da política nacional de atenção psicossocial a comunidades escolares. *Caminhos da Educação: diálogos Culturas e Diversidades*, 7(2), e01–14. <https://doi.org/10.26694/caedu.v7i2.6863>

Ribeiro, L. P. (2026). *Atravessar o rio: Formação docente, Saúde Mental Escolar e ruralidades em um território-península*. Encontrografia.

Rojas Andrade, R. (Coord.). (2022). *Salud mental en comunidades educativas*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Rojas Andrade, R. (2022). Salud mental en las escuelas: Una introducción a sus fundamentos. In R. Rojas Andrade (Coord.), *Salud mental en comunidades educativas* (pp. 9–36). Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Rones, M., & Hoagwood, K. (2000). School-based mental health services: A research review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(4), 223–241. <https://doi.org/10.1023/A:1026425104386>

Sánchez Vidal, A. (2007). *Manual de psicología comunitaria: Un enfoque integrado*. Pirámide.

Schultz, B. K., Mixon, C., Dawson, A., Spiel, C., & Evans, S. W. (2017). Evaluating school mental health programs. In K. D. Michael & J. P. Jameson (Eds.), *Handbook of rural school mental health* (pp. 323–338). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64735-7_21

Siceloff, E. R., Barnes-Young, C., Massey, C., Yell, M., & Weist, M. D. (2017). Building policy support for school mental health in rural areas. In K. D. Michael & J. P. Jameson (Eds.), *Handbook of rural school mental health* (pp. 17–34). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64735-7_2

Sims, B., & Melcher, B. (2017). Active implementation frameworks: Their importance to implementing and sustaining effective mental health programs in rural schools. In K. D. Michael & J. P. Jameson (Eds.), *Handbook of rural school mental health* (pp. 339–362). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64735-7_22

Sulkowski, M. L. (2017). Legal and ethical issues related to rural school mental health. In K. D. Michael & J. P. Jameson (Eds.), *Handbook of rural school mental health* (pp. 35–48). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64735-7_3

Vargas Gallegos, B. (2022). Prólogo: Salud mental desde y para la escuela. In R. Rojas Andrade (Coord.), *Salud mental en comunidades educativas* (pp. 6–8). Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Videla Bravo, G., & Fuentealba Martínez, M. (2022). Salud mental y enfoque de derechos: Garantizar el derecho a la salud mental es una responsabilidad compartida. In R. Rojas Andrade (Coord.), *Salud mental en comunidades educativas* (pp. 86–98). Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Walsh, C. (2005). *La interculturalidad en educación*. Ministerio de Educación del Perú.

Weist, M. D., Lever, N. A., Bradshaw, C. P., & Owens, J. S. (Eds.). (2014). *Handbook of school mental health: Research, training, practice, and policy* (2nd ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7624-5>

Weist, M. D., Hoover, S. A., Daly, B. P., Short, K. H., & Bruns, E. J. (2023). Propelling the global advancement of school mental health. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26, 1–14. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00434-7>

Zambrano, A., & Campos, M. A. (2022). Prevención basada en la comunidad: Aportes desde la psicología comunitaria. In R. Rojas Andrade (Coord.), *Salud mental en comunidades educativas* (pp. 37–57). Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Informações do Editorial / Editorial Information

Recebido em: 29/06/2026
Aprovado em: 06/07/2026
Publicado em: 11/07/2026

Received on June 22th, 2026
Accepted on July 06th, 2026
Published on July, 11th, 2026

Conflitos de Interesse: Os(as) autores(as) declararam não haver nenhum conflito de interesse referente a este Editorial.

Conflict of Interest: None reported.

Como citar este Editorial / How to cite this Editorial

APA

Ribeiro, L. P., Rojas-Andrade, R. M., & Leite, J. F. (2026). Editorial: ¿Qué cabe en la salud mental escolar? Problematicando contextos no urbanos. *Rev. Bras. Educ. Camp.*, 11, e20761.

ABNT

RIBEIRO, L. P.; ROJAS-ANDRADE, R. M.; LEITE, J. F. Editorial: ¿Qué cabe en la salud mental escolar? Problematicando contextos no urbanos. *Rev. Bras. Educ. Camp.*, Tocantinópolis, v. 11, e20761, 2026.