

DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL 2018

Los Jóvenes y la Salud Mental en un Mundo Cambiante

Traducido al español por PhD© Carolina Gonzalez y Ps. Francisca Venegas, Chile

Este reporte fue desarrollado por la Federación Mundial de la Salud Mental en colaboración con la comunidad de salud mental, y agradecimientos a un patrocinio de H. Lundbeck A/S como una contribución a la salud pública en el Día Mundial de la Salud Mental. Las opiniones vertidas en el reporte no necesariamente representan las opiniones de H. Lundbeck A/S.

La Federación Mundial por la Salud Mental (sigla en inglés, WFMH) es una organización internacional fundada en 1948 para avanzar, en colaboración con todas las personas y naciones, en la prevención de los trastornos mentales y emocionales, en la proporción de tratamiento y cuidados para aquellos que experimentan tales trastornos, y en la promoción de la salud mental.

La WFMH estableció el Día Mundial de la Salud Mental (sigla en inglés, WMHDAY) el 10 de Octubre de 1992. El Vice-Secretario General, Richard Hunter, fue fundamental en iniciar el proyecto, el que rápidamente recibió atención mundial. Cada año, la WFMH provee un paquete de información diferente sobre un determinado tema. Las personas en muchos países organizan eventos y usan el Día Mundial de la Salud Mental para llamar la atención de la importancia de la salud mental, sabiendo que hay mucho por hacer para aumentar la educación del público y activismo.

¡Este Año es el Nuevo Comienzo para la Campaña del Día Mundial de la Salud Mental!

Luego de 25 años del Día Mundial de la Salud Mental y el Aniversario 70avo. de la Federación Mundial de la Salud Mental – ¡estamos anunciando una nueva identidad visual! Esta nueva imagen muestra los elementos claves del proyecto – concientización sobre la salud mental como una cinta verde y los rayos del sol volviéndose más fuertes y más brillantes, representando la forma en que el Proyecto ha ayudado al movimiento de la salud mental y el progreso del individuo hacia la recuperación.

Permitiremos que las personas usen el logo en los eventos del Día Mundial de la Salud Mental, pidiendo previamente permiso a la Secretaría (info@wfmh.com). ¡Esperamos que todos nos ayuden a difundir esta nueva imagen alrededor del mundo!



TABLA DE CONTENIDOS

MENSAJE DEL PRESIDENTE

BULLYING

Siéntate con Nosotros, Natalie Hampton

Ciberbullying, Carol Todd

Bullying en la Infancia 'Daña la Vida Adulta', BBC Noticias

Previendo el Ciberbullying, Los Top 10 Tips para Adolescentes, Cyberbullying.org

LOS EFECTOS DEL TRAUMA EN LOS JOVENES

Los Niños de Todas las Condiciones Enfrentan Violencia y Millones Más están en Riesgo, UNICEF

El Trauma Invisible de los Niños Afectados por la Guerra, Robert T Muller

Temas de Conversación: Ayudando a la Juventud Luego de la Violencia de Masas, Rutgers Univ.

Preparación de Salud Mental y Primera Respuesta para los Jóvenes Enfrentando Desastres Naturales o Causados por el Hombre, Alan Cohen, Yotam Dagan

TRASTORNOS MENTALES SEVEROS Y LOS JOVENES

Guía de Depresión para Adolescentes, Helpguide.org

Temas de Salud, NIMH

Servicios de Intervención Temprana son Claves para Mejorar las Vidas de las Personas Viviendo con Trastornos de Salud Mental, Patrick McGorry

Prevención e Intervención Temprana en Salud Mental, Salud Mental América

SUICIDIO Y JOVENES

Suicidio, OMS

Hoja Informativa de Prevención del Suicidio, Centro de Información del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH en sus siglas en inglés)

Autolesiones y Suicidio en Jóvenes, Dr Rohan Borschmann, Dr Shilpa Aggarwal, Prof George Patton

IDENTIDAD DE GENERO Y BIENESTAR MENTAL

Velando por la Salud Mental de Adolescentes LGBTI (Minorías Sexuales y de Género)

Respuestas a Tus Preguntas – Sobre Personas Transgénero, Identidad de Género, y Expresión de Género, Asociación Americana de Psicología

Problemas de Salud Mental en la Comunidad LGBTQ

COMO AVANZAR – Prevención, Resiliencia y Apoyo

Asistencias Telefónicas Internacionales de Prevención para el Suicidio

Imagina un Mundo Sin Estigmas

Resiliencia en Jóvenes

El Impacto de la Violencia Escolar y Bullying – La Respuesta

MENSAJE DEL PRESIDENTE

Como vemos en las noticias, revisamos en internet y hablamos con familiares y amigos alrededor del mundo, es aparente que la inestabilidad, la violencia y los eventos traumáticos constantes se están convirtiendo en ocurrencias diarias. La discriminación ha salido de los callejones oscuros y se ha convertido en la tendencia dominante, y los trastornos de salud mental aparecen aumentar, pero muchos jóvenes no buscan tratamiento que podría inevitablemente ayudarles a aliviar la severidad de su trastorno y proporcionarles las herramientas para vivir una vida más productiva y estable.

Nuestros jóvenes enfrentan hoy en día estresores y desafíos constantes – en sus propias vidas y en el mundo que los rodea. Muchos de los problemas que enfrentan los jóvenes hoy, tales como el bullying, el suicidio, el comienzo de trastornos de salud mental severos, los efectos del trauma, y la discriminación de identidad de género, requieren nuestro tiempo y atención, conciencia a nivel global y compasión, como también nuevos programas y guías en cómo podemos proteger y empoderar la próxima generación.

Cuando abordamos los problemas del tema de este año, decidimos centrarnos en jóvenes en el rango etario de 14 a 28 años – identificados como adolescentes, jóvenes, y adultos jóvenes. La información es adecuada para aquellos con menor y mayor edad a este rango, pero hemos tratado de centrarnos en el periodo de la vida en que los mayores cambios – externa e internamente – usualmente suceden.

Este año, el Día Mundial de la Salud Mental hablará acerca de los problemas que enfrentan los jóvenes y cubre una pequeña proporción de la gran investigación, historias, ideas, y programas que existen para ayudar a las próximas generaciones para permanecer fuertes y resilientes al enfrentar dificultades, cambios vitales, discriminación, y destrucción. Esta información es solo el comienzo – existe una abundancia de muy buena información, organizaciones, y activismo peleando por el bienestar de los jóvenes, entonces revisa los enlaces, revisa organizaciones y autores de temas específicos, y aprende todo lo que puedes hacer para ayudar al tema.

¡Te pedimos que te unas a la campaña del Día Mundial de la Salud Mental 2018 y nos ayudes en crear una audiencia más grande, mayor impacto, y una voz unificada por la salud mental global!

Considera organizar un evento del Día Mundial de la Salud Mental en tu comunidad. Usa el material en este documento para ayudar a educar a otros y ‘difundir el mensaje’. ¡Súmate a nuestras redes sociales para hacer de este año el más grande y más fuerte encuentro de personas en torno a la salud mental! ¡Necesitamos unirnos en las redes sociales y en nuestros hogares, comunidades, escuelas, y negocios para hacer brillar el foco en las necesidades de los adolescentes y jóvenes!



Presidente WFMH
Profesor Alberto Trimboli

Permanece Conectado
@WMHDay
#WorldMentalHealthDay

Introducción

La Importancia del Tema del Día Mundial de la Salud Mental 2018

El mejor camino para un bienestar a lo largo de la vida es empezar con una buena salud mental. Los jóvenes que crecen con estresores adicionales por consecuencia del trauma, discriminación de género, trastornos severos de salud mental, bullying, y suicidio son lejos más propensos a experimentar problemas de salud mental el resto de sus vidas.

El Día Mundial de la Salud Mental 2018 (WMHDAY 2018 en sus siglas en inglés) mostrará la importancia de crear más servicios y mejor atención para nuestros jóvenes, y los problemas que la mayoría de ellos experimenta en la actualidad. Las iniciativas de prevención, intervenciones tempranas, resiliencia, información disponible, y servicios son los factores claves en crear un futuro saludable para nuestros jóvenes.

“... las Naciones Unidas, por razones estadísticas, define a aquellas personas entre las edades de 15 y 24 años como jóvenes sin prejuicio de otras definiciones de los Estados Miembros.” [\[1\]](#)

Cada 10 minutos, en algún lugar del mundo, una adolescente muere a consecuencia de la violencia.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF en sus siglas en inglés)

Suicidio es la segunda causa principal de muerte entre aquellos entre 15 y 29 años de edad.

Organización Mundial de la Salud

83% de los jóvenes señalan que bullying tiene un efecto negativo en su autoestima

ditchthelabel.org

1 de cada 5 jóvenes sufren de un trastorno mental, correspondiendo al 20% de nuestra población, pero aun así solo 4% del presupuesto total de salud se invierte en nuestra salud mental.

De 100 jóvenes transgénicos (12 a 24 años de edad), 51% reportó haber pensado alguna vez en el suicidio y 30% lo ha intentado por lo menos una vez en sus vidas.

Centro de la Salud Juvenil en el Hospital Pediátrico de Los Ángeles

BULLYING

Bullying es uno de los aspectos más negativos de la juventud. Es un problema que trasciende la cultura, la religión, el estatus económico – es un problema global que no solo impacta la autoestima de una persona, sino que también afecta su educación, su bienestar físico y mental. En el 2016, el reporte de la encuesta de opinión del Representativo Especial de la Secretaria General de UNICEF sobre Violencia Contra los Niños (UNICEF U-Report/SRSG-VAC en sus siglas en inglés) sobre la experiencia de bullying en la que cerca de 100.000 jóvenes en 18 países la contestaron, se reportó que de aquellos que han experimentado bullying – un 25% reportó que ellos han sido víctimas de bullying por consecuencia de su apariencia física, un 25% por su orientación de género o sexual, y un 25% por su origen étnico o nacional.

SIENTATE CON NOSOTROS

Natalie Hampton

En mi escuela secundaria, enfrenté una experiencia de bullying severo, en la cual fui verbalmente agredida, online, y físicamente atacada. Además de la violencia, una de las peores cosas fue almorzar sola, y la vergüenza de ver a otros viéndome comer sola. Luego de que me cambiara de escuela, llegue a un lugar más como una comunidad, siempre invitaría a personas a sumarse a mi grupo cuando los veía almorzar solos. Algunos de estos compañeros, una niña en particular, son ahora mis mejores amigos, a quienes jamás habría conocido si no los hubiera invitado a ellos. Más tarde me enteré de que una niña que había invitado estaba luchando con autolesiones y pensamientos suicidas en ese momento. Conocer nuevos amigos cambió su mente, y cambió el curso de su secundaria para mejor. Vi por mí misma que un acto de amabilidad – algo que podría no haber significado mucho en ese momento – hizo una diferencia significativa en su vida.

Decidí que quería llevar este tipo de cambio a una escala mayor, así que creé una aplicación gratuita para planificar almuerzos llamada *Siéntate Con Nosotros* (*Sit With Us* en inglés, sitio web <http://www.sitwithus.io>) que ayuda a jóvenes a encontrar aliados en sus escuelas y lugares seguros para sentarse al almuerzo. Creo que cada escuela tiene alguien como yo que quiere tomar un rol activo en mejorar su comunidad para hacerla más cálida y acogedora. Algunas veces lo que se ve como un pequeño almuerzo puede implicar un gran avance en hacer una escuela más inclusiva porque si los jóvenes son más amables el uno con el otro en el almuerzo, es más factible que ellos sean amables en la sala de clases, y fuera de la sala de clases.

La forma en que *Siéntate Con Nosotros* funciona es que los usuarios descargan la aplicación y crean un perfil con una foto, biografía, y lista de intereses, como cualquier otra red social. Los usuarios deben ingresar el nombre de su escuela y dirección, de manera tal que los eventos de almuerzo son organizados por ubicación geográfica. Luego, se les ofrece la oportunidad de ser Embajadores *Siéntate Con Nosotros* para sus escuelas, con lo cual ellos firman un acuerdo para publicar eventos gratuitos de almuerzo de vez en cuando en la aplicación, y para hacer que todos los jóvenes que se suman a la mesa se sientan bienvenidos. Si un joven está buscando un lugar para sentarse, puede simplemente abrir la aplicación, y encontrar una mesa y unirse bajo la categoría de “eventos destacados” sin temor de rechazo. En vez de tener un letrero que diga “jóvenes solitarios comen aquí”, es todo muy discreto, y nadie conocerá la diferencia. En mi previa escuela, si hubiera sido capaz de encontrar un aliado, habría tenido una experiencia diferente.

Lancé la aplicación para IOS en la Tienda Apple en Septiembre 2016, y la versión Android en Febrero 2017. Desde su inicio, he alcanzado más de 100.000 usuarios en ocho países alrededor del mundo, y sigue creciendo cada día. *Siéntate Con Nosotros* es uno de los clubes más grandes en mi centro de estudio, y veo muchas caras sonriendo en la zona de almuerzo cada día. Para mi sorpresa, la aplicación ha sido usada para organizar almuerzos y reuniones por adultos en universidades, lugares de culto, conferencias, y lugares de trabajo grandes, tales como enfermeras en hospitales. La aplicación ha sido destacada como “Nuevas Aplicaciones que Amamos” en la Tienda Apple, ha sido reportada en medios internacionales (impresos, televisión, y radio), ha ganado numerosos premios, y ha sido incluida en tres museos (incluyendo el *Smithsonian*). Para aquellas escuelas que no permiten el uso de teléfonos celulares, he creado una versión análoga del programa que logra los mismos resultados.

He sido invitada a presentar en muchas conferencias, incluyendo la Asamblea de Jóvenes de las Naciones Unidas (desde el podio del Salón de la Asamblea General), y TEDxTeen. También he presentado en escuelas locales y bibliotecas públicas. He recibido frecuentemente mensajes de personas de todo el mundo, ya sea diciendo que la aplicación les ayudó a mejorar sus vidas, o para agradecerme por proveer una herramienta efectiva para jóvenes para que así hagan que sus comunidades sean más amables. Reconociendo la efectividad de mi solución, seis organizaciones anti-bullying prominentes se están asociando conmigo, incluyendo el Centro Nacional de Prevención del Bullying PACER,

Campeones Contra el Bullying, y Unidos Contra el Bullying. Formé una organización sin fines de lucro (*Sit With Us, Inc.*) y mi compañía ha recibido aportes de Samsung, Disney, Servicio Juvenil de América, *Ryan Seacrest*, y otros. Estoy agradecida de la oportunidad que he tenido de conocer tantos adolescentes que tiene historias similares a la mía, y mi objetivo es ayudar a hacer de la exclusión un tema del pasado para ellos.

La experiencia fundamental de mi vida me ha enseñado varias lecciones importantes que trato de compartir con otros cuando estoy haciendo eventos en la comunidad. La primera lección es que nunca eres demasiado joven para hacer la diferencia. Cuando presenté la idea inicialmente a mis padres, ellos me miraron como que estaba *loca*. Y aun así, un año después, estoy liderando una organización sin fines de lucro y un movimiento para propagar la amabilidad. Algunas veces, aquello que parece imposible inicialmente es realmente muy posible si pones el esfuerzo para que sea exitoso. Segundo, quiero que las personas sepan que independientemente de aquello con lo que estén luchando, ellos no están solos. Cuando fui victimizada, pensé que nadie más en el mundo entendía lo que me estaba pasando. Pero ahora que he sido capaz de conectarme con personas a través de mi aplicación, he encontrado que tantos otros allá afuera tienen historias tan similares a la mía. Estamos viviendo en un mundo lleno de humanos buscando una conexión, pero da lo mismo que; personas necesitan saber que no están solas. Mi tercer y último punto es recordar a las personas que elijan amabilidad. Depende de nosotros cambiar nuestras comunidades – dejar el mundo como un mejor lugar que como lo encontramos. Habiendo estado en ambos lados, la persona que fue excluida y la persona que invita a alguien que está sentado solo/a a unirse a una mesa para almorzar, sé que la aplicación hará la diferencia. Creo que, si propagamos amabilidad en el mundo, volverá a nosotros. Incluso si no tienes la aplicación, puedes representar el espíritu de *Siéntate Con Nosotros* al invitar a alguien que se está sentando solo/a para que se te una. Nunca sabes – tu futuro/a mejor amigo o amiga puede estarse sentando en la mesa contigua y *Siéntate Con Nosotros* puede ayudarte a dar el primer paso.

Natalie Hampton
CEO/Founder of Sit With Us, Inc.
2017 Líder Adolescente Global | TEDxTeen

CIBERBULLYING

Carol Todd

El tema del Día Mundial de la Salud Mental 2018 es 'los jóvenes y la salud mental en un mundo cambiante'. Nuestro mundo está por supuesto cambiando rápidamente día a día, tanto en cuanto al mundo físico como al mundo virtual.

El bullying y el ciberbullying continúan teniendo no límites y guías confusas en este mundo cambiante. Estos actos de odio y daño pueden suceder en cualquier lugar en el mundo, en cualquier momento y a cualquier edad. El foco de lo que vemos y leemos es principalmente en la juventud.

Los niños quieren tanto que sus pares los acepten y que sean sus amigos. Los adolescentes quieren lo mismo, pero lo muestran en formas diferentes. Ellos tienen la mentalidad de grupo. Y cuando algo no va de la forma que ellos quieren, ellos usan el grupo para pelear de vuelta porque... ese grupo ha hecho un pacto de permanecer juntos.

La tecnología ha creado un nuevo sentido de pertenencia. Parece ser más fácil encontrar una conexión online. Pero, ¿es esa conexión online siempre la que queremos? ¿Es real? ¿Es honesta? ¿Es realmente pertenecer si no conocemos la persona del otro lado? Recordando el término – 'un falso sentido de pertenencia', ¿aplica esta frase a la tecnología en el siglo XXI?

La tecnología juega un rol vital hoy en todas nuestras vidas y especialmente en las vidas de los jóvenes. Solo esperamos que todos puedan actuar apropiadamente fuera de línea y especialmente online cuando usamos equipos tecnológicos. Tristemente, este no es siempre el caso. Necesitamos darnos cuenta que los comportamientos enfermos naturalizados de algunos, afectan profundamente la vida de otros. Es nuestra responsabilidad como modelos a seguir, cuidadores, y espectadores modelar apropiadamente los comportamientos para que todos los vean.

Amanda tenía mucho temor de hablar sobre como ella se sentía. Ella temía ser juzgada por otros. Hubo siempre una preocupación constante acerca de lo que otros pensaban o que ellos podrían decírselo a ella o a otros. Había un sentimiento de desamparo y desesperanza, y mucho sufrimiento de sentirse desconectada de otros. Recordar como Amanda lidió con ciberbullying continuo y con desafíos de salud mental personales, nos recuerda cuán importante es no solo compartir su historia, sino que también continuar hablando sobre las razones de por qué ser conscientes sobre la salud mental es necesaria y especialmente cómo el ciberbullying juega un rol.

LA HISTORIA DE AMANDA

El 12 de Octubre de 2012, a pesar del apoyo y ayuda, Amanda se arrebató la vida. Su muerte trajo atención mundial sobre los efectos del bullying, ciberbullying, y la explotación como ella publicó un video de 8 minutos 5 semanas antes de que se suicidara contando lo que le pasó a ella por acción de sus pares y otros. Como consecuencia, esto creó conversaciones sobre bullying, salud mental, y suicidio alrededor del mundo. Este 10 de Octubre, serán 6 años desde que Amanda murió. Su historia continúa evolucionando y ha sido abordada con agencias gubernamentales, fuerzas policiales, escuelas, y más.

El Legado de Amanda fue creado con el énfasis en el activismo para aumentar la conciencia, educación, y acción con respecto al ciberbullying y problemas de salud mental. La muerte de Amanda coincidió con el Día Mundial de la Salud Mental el 10 de Octubre. Con esta fecha en mente, su

legado comenzó una campaña de consciencia que hemos titulado 'Ilumina el Morado (Light Up Purple, en inglés) por el Día Mundial de la Salud Mental'.

El Día Mundial de la Salud Mental es celebrado el 10 de Octubre de cada año, con el objetivo general de aumentar la consciencia sobre los problemas de salud mental alrededor del mundo y movilizar esfuerzos en apoyar la salud mental. Este día provee una oportunidad para todos aquellos actores trabajando en los asuntos de salud mental para hablar sobre su trabajo, y qué más necesita hacerse para hacer del cuidado de la salud mental una realidad para las personas a nivel mundial.

HECHOS SOBRE EL CIBERBULLYING

Conocer sobre el bullying y los efectos que tiene en otros puede ser triste y cambiar la vida. Sin embargo, ellos son los hechos y debemos ponerles atención. Es importante mantenernos informados para así saber qué decirles a nuestros hijos. Como adultos, no podemos escondernos de la realidad que implica que comportamientos online erróneos (ciberbullying) hieren a otros en varias formas. Sin embargo, mucho tiempo es requerido, debemos dedicar tiempo a aprender cómo hablar con nuestros hijos acerca de las repercusiones del bullying. ¡Necesitamos enseñarles sobre RESPETO, COMPASION, EMPATIA, y finalmente AMABILIDAD!

Debemos pensar sobre las preguntas que desencadenan las conversaciones:

- *¿Qué es el ciberbullying? ¿Por qué sucede?*
- *¿Dónde ocurre el ciberbullying?*
- *¿Cómo son los jóvenes afectados?*
- *¿Cuáles son las estrategias y soluciones para aliviar el problema?*

“El bullying es un comportamiento depredador y antagonista que contribuye a la miseria silenciosa de millones de estudiantes y pone a algunos en un riesgo más alto de pensamientos y conductas suicidas”

(Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, n.d.; Hinduja, S., & Patchin, J. W., 2010)

“El ciberbullying fue definido como publicaciones online, mensajes de textos, o correos electrónicos que sean amenazantes o agresivos, imágenes vergonzosas o amenazantes publicadas online, o usar la identidad de alguien más para enviar o publicar información vergonzosa o amenazante.”

“El bullying es cualquier conducta(s) no deseadas por otro joven o grupo de jóvenes que no son hermanos o actual pareja sentimental que involucra un poder desbalanceado, ya sea observado o percibido, y se repite muchas veces o es altamente probable que se repita.”

(cyberbullying.org - 2017)

“Los niños y niñas tienen la habilidad y resiliencia para protegerse a sí mismos y otros y para alterar su propia conducta una vez que ellos son informados efectivamente de sus riesgos. Deberíamos estar empoderándolos desde etapas tempranas para que se conviertan en buenos ciudadanos digitales y realicen elecciones informadas y responsables cuando ellos usen medios de comunicación online.” – Marvin Bernstein, UNICEF Canadá

“En las últimas 4 semanas, 42% de los jóvenes canadienses han experimentado ciberbullying y 60% de los jóvenes canadienses han presenciado a otros haber experimentado ciberbullying.” ~ Ayudando a nuestros hijos a lidiar con el ciberbullying. Una guía para padres de TELUS Wise. ~ TELUS Wise (May 2018)

“1 de cada 5 niñas experimentan ciberbullying”, “1 de cada 10 niños experimental ciberbullying”, “92% de los adolescentes entre 13 y 17 años se conectan online diariamente” StopBullying.org - <https://www.stopbullying.gov/sites/default/files/2017-10/cyberbullying-infographic.pdf>

CIBERBULLYING Y SALUD MENTAL + SOLUCIONES

Como continuamos escuchando historias tanto sobre el ciberbullying como sobre los efectos que tiene en la salud emocional de las personas, deberíamos encontrar la paciencia y la perseverancia para incluir hablar sobre la salud mental y también sobre formas de promover el bienestar mental. No podemos permitir que aquellos que sufren enfrenten sus luchas solos. Tenemos que darles a conocer que hay alguien de su lado para ayudar, cuidar, y estar con ellos. Como dije en la publicación blog del año pasado, existe una diferencia clara entre estar sano o estar enfermo, y que esa es también la diferencia entre elegir la vida o la muerte.

“El bullying puede afectar a cualquier—aquellos que han experimentado bullying, aquellos que llevan a cabo bullying, y aquellos que presenciaron el bullying. El bullying está asociado a muchas consecuencias negativas, incluyendo impactos en la salud mental, el consumo de sustancias, y el suicidio.” - stopbullying.gov

Sabemos que las personas se encuentran enormemente afectadas por los efectos del ciberbullying, el cual es ‘el discurso de odio por medio del uso de la tecnología’. ¿Cómo logramos que las personas jóvenes cambien sus conductas? ¿Cómo logramos que los padres y las escuelas se envuelvan en este tema de preocupación? Existen muchos factores de riesgo que emergen del ciberbullying. ¿Es solo sobre las plataformas sociales? ¿Estamos los adultos haciendo lo suficiente para ayudar a encontrar las respuestas para nuestros jóvenes?

“Nuestras conversaciones en torno a la salud mental han aumentado en los últimos cinco años con más personas hablando con respecto a sus propios desafíos personales. Estos incluyen voces de celebridades, figuras deportivas, y la persona promedio que ves caminando en la calle. Cuando escuchamos aun así de otra historia de suicidio, crea la oportunidad para hablar acerca de cómo nos estamos siendo y que está bien pedir ayudar. Sabemos que la educación y la consciencia es necesaria para facilitar aquellas conversaciones necesarias para romper el ciclo de daño a nosotros mismos y otros. Debemos cambiar las discusiones y aumentar el compromiso por la acción. No podemos sentir temor de hablar acerca de nuestros problemas con palabras y acciones que sean más honestas y abiertas. Es importante que las personas sepan que hay alguien allá afuera que quiere ayudar. El estigma de pedir ayuda es a menudo visto como un signo de debilidad, cuando de hecho, es un signo de fortaleza. No es fácil pedir ayuda. Debemos cambiar las discusiones y aumentar el compromiso por la acción. No podemos sentir temor de hablar acerca de nuestros problemas con palabras y acciones que sean más honestas y abiertas. Canalizando el legado de Amanda, espero que un día nuestro mundo esté lleno de amabilidad, respeto, empatía y compasión.”

¿Dónde el RESPETO y la COMPASION juegan un rol cuando le enseñamos a nuestros jóvenes? Estamos en el cruce que necesita estar más centrado en enseñar cómo interactuar tanto online como offline para hacer una diferencia en como los jóvenes se tratan mutuamente. Nuestros jóvenes ya se encuentran creciendo en un periodo vulnerable en sus vidas con los medios sociales, escuela, presión de pares, etc. Hemos visto crecientes vulnerabilidades entre nuestros jóvenes. Lo que necesitamos es que aquellos que ven algo, necesitan decir algo. Tenemos que recordar que hay efectos a largo plazo del bullying y cyberbullying que perduran en la vida de muchos.

Una de las muchas lecciones que he aprendido es a ser capaz de escuchar a otros y darme cuenta que tienen una historia que compartir. La escucha activa sin juzgar puede hacer una gran diferencia en la vida de alguien.

ILUMINA EL MORADO

La campaña Ilumina El Morado por el Día Mundial de la Salud Mental fue iniciado en Octubre del 2013. Este año marca el sexto año del Legado de Amanda, el cual requerirá que lugares de interés, organizaciones, negocios y personas hagan algo significativo el 10 de Octubre para el Día Mundial de la Salud Mental. Esto continúa siendo una iniciativa que ha traído concientización global y educación de salud mental de forma creciente en la vida de las familias y sus hijos de todas las edades. Los efectos a corto y largo plazo de las conductas ciberabusivas con respecto a la salud mental continúan siendo un tema presente en la discusión de muchos.

De acuerdo con Wikipedia es definido como “un día para la educación, consciencia y activismo por la salud mental mundial.” Fue celebrado por primera vez en 1992 como una iniciativa de la Federación Mundial de la Salud Mental, una organización mundial de la salud mental con miembros en más de 150 países. En este día cada Octubre, miles de personas que apoyan esta causa atraen la atención hacia los trastornos mentales y sus efectos en la vida de las personas a nivel mundial.

¿Por qué el morado fue elegido? Una de las razones para elegir el morado incluye la combinación del color rosado (la iniciativa de la Camisa/Polera Rosada de Canadá) y azul (Concientización por la salud mental + anti-bullying estadounidense) serían mezclados para mostrar unidad y cambio. Las estructuras se iluminan en morado alrededor del mundo, y las personas encuentran formas de reconocer el día en formas moradas. Pídele a las personas que encuentren algo morado y que lo muestren a otros. Cuando nos preguntamos “¿sobre qué es todo este morado?”, luego podemos compartir las razones. Necesitamos saber y entender que está bien hablar sobre salud mental y bienestar, y ayudar a otros a desestigmatizarlo.

A medida que nos vamos acercando al 10 de Octubre, debemos recordar tomar acciones y asegurarnos que #SaludMentalImporta. Debemos hacerlo, no solo un día, sino que continuar las conversaciones los 365 días del año con mucha determinación. Debemos pensar acerca de las historias que nos hacen sonreír y sentirnos bien. Debemos ser esa persona que es capaz de identificar y apoyar a otros que lidian con felicidad y dolor. Debemos ser capaces de permitirles a otros saber que pedir ayuda es un signo de fortaleza, no de debilidad.

Tu puedes involucrarte también. ¡Es tiempo para pensar CREATIVAMENTE para el 10 de Octubre! Estás invitado/a a hacer algo que comenzará o continuará las conversaciones en torno al cyberbullying y la salud mental. Piensa en #Morado o en cualquier otro color que creas que refleja el Día Mundial de la Salud Mental. Puedes: hacer brillar una luz morada, poner morado como tu foto de perfil en medios sociales, pintar huevos azules, y decorar galletas moradas. Solo se CREATIVO/A y ATREVIDO/A y siempre recuerda que #SaludMentalImporta y que necesitamos

#TerminarElCiberbullying en cualquier forma posible. Luego, asegúrate de unirse a la conversación en Twitter e Instagram compartiendo tus imágenes y usando #HagamosHoyUnDiaPositivo (#MakeTodayPositive), #DiaMundialSaludMental (#WorldMentalHealthDay), #pararbullying (#stopbullying).

CONCLUSION

Es importante que nos sigamos preguntando - “¿Qué podemos hacer para #TerminarElCiberbullying y para promover una salud mental positiva?” y “¿Qué podemos hacer para hacer la diferencia?”:

- *Escucha a otros con cuidado y apoyo*
- *Construye relaciones saludables a nivel individual y familiar*
- *Comunicación en la familia – construye confianza y respeto, esto proveerá otra capa de protección y seguridad en la dinámica familiar.*
- *Empoderemos a nuestros niños y niñas para que sean fuertes y capaces de alejarse y decirles a alguien si hay alguna situación que los haga sentir incómodos*
- *Más importante, establecer TIEMPOS LIBRES DE TECNOLOGIA para todos los miembros de la familia y pasar tiempo realizando actividades juntos*

Quiero que Amanda sea recordada, no por su muerte, sino que por una causa mucho más importante. “No quiero que su legado desaparezca. Quiero que las personas recuerden por qué todo empezó. Ella quería ayudar a las personas. Ella quería tratar a las personas con compasión y apoyarlas, no reírse de ellas. Somos frágiles y únicos; así como los copos de nieve y como Amanda. No hay dos personas iguales. Somos TODOS diferentes y eso está bien.”

Solo puedo esperar que, en algún lugar, Amanda sea capaz de ver lo que muchos de nosotros estamos haciendo para hacer que no solo su voz sino que también la de otros sean escuchadas. Ella hubiera querido que no solo hablemos del ciberbullying y la salud mental, sino que también educar con respecto a cómo usar la tecnología de mejor forma. Así como los copos de nieve caen delicadamente del cielo – Delicados. Hermosos. Únicos. Y frágiles. Aquellas cualidades son similares a lo que cada uno de nosotros en el mundo podemos sentir. Esos copos que se unen a otros para hacer un paisaje (aunque helado) hermoso. Deberíamos abrazar la belleza de otros y crear un paisaje armonioso para todos nosotros.

Si alguien te pregunta “¿Por qué #morado hoy?”, asegúrate de compartir el por qué y de darte el tiempo de preguntar de vuelta “¿Tienes una historia que contar? Porque me gustaría escucharla”

Para aprender más sobre el Legado de Amanda Todd y cómo puedes unirte en el apoyo de hacer del mundo un lugar pleno con menos bullying, ciberbullying y más apoyo de salud mental, visita [Amanda Todd Legacy](#) y [Light Up Purple](#), donde encontrarás información sobre cómo puedes unirte y participar en la campaña por el Día Mundial de la Salud Mental 2018.

Carol Todd
Madre, Educadora, Activista
Fundadora, El Legado de Amanda Todd

BULLYING EN LA INFANCIA 'DAÑA LA VIDA ADULTA'

BBC NEWS

Un estudio sugiere que el bullying en la infancia "lanza una gran sombra" en las vidas adultas de las víctimas, indicando consecuencias negativas de largo plazo en su salud, proyecciones laborales y relaciones.

El estudio hizo un seguimiento de más de 1.400 personas entre las edades de nueve y 26 años.

Aquellos que generaban bullying eran más propensos a ser criminales cuando adultos.

El estudio, de la Universidad de *Warwick* en el Reino Unido y la Universidad *Duke* en los Estados Unidos, concluye que el bullying debería no ser visto como un "rito inofensivo de iniciación".

El impacto de largo plazo del bullying en la infancia fue examinado a través de las experiencias de tres grupos – aquellos que han sufrido bullying, aquellos que generaron el bullying, y aquellos que han sido tanto víctimas como aquellos practicando bullying.

Daño a largo plazo

La investigación, publicada en la revista científica *Ciencia Psicológica* (*Psychological Science* en inglés), sugiere que los resultados más negativos fueron para aquellos que habían sido tanto víctimas como perpetradores de bullying, descritos en el estudio como "agresor-víctima".

Descritos como "fácilmente provocados, baja autoestima, pobre entendimiento de claves sociales, e impopulares con los pares", estos niños crecieron como adultos seis veces más propensos a tener una "enfermedad seria, fumar regularmente o desarrollar un trastorno psiquiátrico".

A mediados de sus 20 años, aquellos que previamente eran "agresores-víctimas" fueron más propensos a ser obesos, a abandonar la escuela sin calificaciones, a transitar entre diferentes trabajos y menos propensos a tener amigos.

No podemos seguir desestimando el bullying como una parte inofensiva, casi inevitable de crecer. Necesitamos cambiar esta forma de pensar y reconocer que este es un problema grave. Dieter Wolke, Universidad de Warwick

Todos aquellos que estuvieron involucrados en el bullying, tanto las víctimas como los agresores, tuvieron resultados que fueron generalmente peores que el promedio de aquellos que no estuvieron involucrados en el bullying.

Aquellos que han sido víctimas de bullying, sin que se hayan convertido en agresores ellos mismos, fueron más propensos a tener problemas de salud mental, enfermedades más serias y fueron más propensos a vivir en situación de pobreza.

Pero, comparados a los “agresores-víctimas” fueron más propensos a ser exitosos en educación y hacer amigos.

También hubo patrones distintivos para aquellos que han sido agresores, pero que no han sido víctimas en sí mismos.

Estos “agresores puros” fueron más propensos a ser despedidos de sus trabajos, a ser violentos en sus relaciones y a estar involucrados en comportamientos de riesgo o ilícitos, tales como emborracharse, consumir drogas, involucrarse en peleas, mentir o reportar pasar una noche con extraños.

Fueron muchos más propensos a cometer ofensas, tales como irrumpir en propiedad privada.

Sin embargo, en términos de salud y riqueza, los agresores han tenido más resultados exitosos que tanto las víctimas de bullying como aquellos que fueron tanto agresores como víctimas.

Aquellos “agresores puros” fueron identificados a menudo como fuertes y sanos como también socialmente capaces – con su comportamiento manipulador y agresivo percibido como “desviado” más que reflejando que ellos fueran “problemáticos emocionalmente”.

El estudio incluyó bullying verbal, físico y psicológico, y las comparaciones fueron ajustadas para tomar en cuenta los factores del contexto social, tales como dificultades familiares, estabilidad y disfunción familiar.

"No podemos seguir desestimando el bullying como una parte inofensiva, casi inevitable de crecer. Necesitamos cambiar esta forma de pensar y reconocer que este es un problema grave tanto para los individuos como para el país como un todo: los efectos son de largo plazo y significativos", dijo el Profesor Dieter Wolke de la Universidad de Warwick.

"En el caso de los agresores-víctimas, muestra como el bullying se propaga cuando se deja sin tratarse. Algunas intervenciones ya se encuentran disponibles en las escuelas, pero nuevas herramientas se necesitan para ayudar a los profesionales de la educación para que identifiquen, monitoreen, y aborden los efectos adversos del bullying. El desafío que enfrentamos ahora es destinar el tiempo y los recursos para estas intervenciones para tratar y ponerle término al bullying."

Emma-Jane Cross, fundadora de la caridad anti-bullying BeatBullying, dijo: "Este estudio pionero prende una luz en lo que ha sido un tema ignorado por la sociedad y la economía. Los hallazgos demuestran por primera vez cuán dañinas y de largo alcance pueden llegar a ser las consecuencias del bullying."

BBC NEWS

Por Sean Coughlan

Corresponsal en Educación

<https://www.bbc.com/news/education-23756749>

PREVINIENDO EL CIBERBULLYING

Los Diez Mejores Consejos para los Adolescentes

1. **Edúcate.** Para prevenir que ocurra el ciberbullying, debes entender lo que es. Investiga qué constituye el ciberbullying, como también cómo y dónde es más probable que ocurra. Habla con tus amigos sobre lo que ellos ven y experimentan.
2. **Protege tu contraseña.** Protege tu contraseña y otra información privada de las miradas curiosas. Nunca dejes tus contraseñas u otra información donde otros puedan verla. También, nunca compartas información con otras personas, incluso con tu mejor amigo/a. Si otros saben, ¡toma el tiempo para cambiarla ahora!
3. **Mantiene fotos en la categoría “PG (Guía Parental).”** Antes de publicar o enviar una imagen sensual de ti mismo, considera si es algo que quisieras que tus padres, abuelos, y el resto del mundo vieran. Los agresores pueden usar esta imagen como munición para hacer tu vida miserable.
4. **Nunca abras mensajes no identificados o no solicitados.** Nunca abras mensajes (correos electrónicos, mensajes de texto, mensajes de Facebook, etc.) de personas que no conocemos, o aquellos que sabemos que son agresores. Borrémoslos sin leerlos. Ellos podrían contener virus que afecten automáticamente tus dispositivos tecnológicos si los abres. También, nunca abras páginas que sean enviadas por alguien que no conoces. Estos también podrían contener un virus diseñado para recolectar información personal o privada.
5. **Cierra la sesión de cuentas online.** No guardes las contraseñas en los formularios de los sitios de Internet o en tu buscador por tu conveniencia, y no permanezcas con la sesión abierta cuando te alejes del computador o del teléfono celular. No le des la chance a otra persona de que te suplente, se haga pasar como tú a través de tu dispositivo. Si se te olvida cerrar tu cuenta de Facebook cuando estás usando un computador en la biblioteca, la siguiente persona que use ese computador podría ingresar a tu cuenta y causarte problemas significativos.
6. **Toma una pausa antes de publicar.** No publiques algo que pueda comprometer tu reputación. Las personas te juzgarán en base a cómo te muestras online. Ellos te darán o negarán oportunidades (trabajos, becas, prácticas profesionales) basado en esto.
7. **Aumenta la consciencia.** Comienza un movimiento, crea un club, construye una campaña, u organiza un evento para atraer concientización hacia el ciberbullying. Mientras puedas no entender lo que es, no es hasta que otros son conscientes de ello cuando realmente podemos prevenir que ocurra.

8. Configura controles de privacidad. Restringe el acceso a tu perfil online a solo amigos en los que confías. La mayoría de los sitios de redes sociales como Facebook y Google+ te ofrecen la habilidad de compartir cierta información con tus amigos solamente, pero estas configuraciones deben ser configuradas para asegurar protección máxima.
9. “Googléate” a ti mismo/a. Busca regularmente tu nombre en cada buscador (por ej., Google, Bing, y Yahoo). Si cualquier información o foto aparece que pueda ser usada por los agresores para atacarte, inicia acciones para removerla antes de que se convierta en un problema.
10. No realices ciberbullying. Trata a los otros como te gustaría ser tratado. Al atacar a otros de forma online, estás reforzando la idea de que este comportamiento es aceptable.

Esta Lista de los Diez Mejores Consejos especifica como los adolescentes pueden mantenerse a salvo del acoso y la victimización online. Encuentra más fichas descriptivas e información en Cyberbullying.org

Hinduja, S. & Patchin, J.W. (2012). Preventing Cyberbullying: Top ten tips for teens. Cyberbullying Research Center. Retrieved [August 2018], from <https://cyberbullying.org/Top-Ten-Tips-Teens-Prevention.pdf>

LOS EFECTOS DEL TRAUMA EN LOS JOVENES

En estos tiempos, los jóvenes se encuentran en más riesgo que nunca. Las noticias internacionales cubren de forma creciente historias de violencia y trauma y pareciera ir aumentando diariamente. Mientras las historias son a menudo sobre adultos, hay siempre niños involucrados. La población de refugiados aumenta en países que han estado dispuestos a recibirlos. Los niños y las niñas que presencian violencia y desastres de forma habitual y pueden ser afectados por los eventos alrededor de ellos, con consecuencias de por vida. Un evento traumático puede ser abuso doméstico, negligencia, inundaciones, terremotos, violencia con armas, guerra, asaltos y accidentes. Algunos traumas son comunes a lo largo de la vida, pero los jóvenes que no tienen sistemas de apoyo, años de resiliencia en aumento pueden ser afectados en formas que pueden durar por meses, años, o toda una vida.

LOS NIÑOS DE TODAS LAS CONDICIONES ENFRENTAN VIOLENCIA Y MILLONES MAS ESTAN EN RIESGO

UNICEF

La violencia contra los niños y niñas toma muchas formas, incluyendo abuso físico, sexual, y emocional, y también puede involucrar negligencia y privación. La violencia ocurre en muchos contextos, incluyendo el hogar, la escuela, la comunidad y en el Internet. Similarmente, un amplio rango de perpetradores comete violencia contra niños, tales como familiares, parejas, profesores, vecinos, extraños y otros niños. Tal violencia no solo produce daño, dolor y humillación en niños, sino que también mata. Todos los niños tienen el derecho a ser protegidos contra la violencia, independientemente de la naturaleza o la severidad del acto y todas las formas de violencia pueden causar daño a los niños, reducir su autoestima, ultrajar su dignidad y entorpecer su desarrollo. Examinar los patrones globales de violencia como también las actitudes y normas sociales posicionan el foco en un asunto que ha permanecido indocumentado por mucho tiempo. Usar información para hacer que la violencia contra los niños y sus ramificaciones sean más visibles traerá un entendimiento más completo de su magnitud y su naturaleza y ofrecer claves para su prevención.

La protección de niños de todas las formas de violencia es un derecho fundamental garantizado en la Convención de los Derechos del Niño y otros tratados y estándares internacionales sobre derechos humanos. Aun así, la violencia permanece como una parte demasiado presente en la vida de los niños alrededor del mundo – independientemente de sus circunstancias sociales y económicas, cultura, religión o etnicidad – con consecuencias tanto de forma inmediata como en el largo plazo. Los niños que han sufrido de negligencia o abuso de forma severa presentan a menudo obstáculos en su desarrollo, experimentan dificultades del aprendizaje, y tienen un rendimiento más bajo en la escuela. Ellos pueden que tengan baja autoestima y sufran de depresión, lo cual puede llevar, en el peor de los casos, a conductas de riesgo y autolesiones. Presenciar la violencia puede causar niveles similares de malestar psicológico. Los niños que crecen en un ambiente familiar o comunitario violento tienden a internalizar ese comportamiento como una forma de resolver disputas, repitiendo el patrón de violencia y abuso contra sus propias parejas y niños. Más allá de los efectos trágicos en los individuos y las familias, la violencia contra los niños conlleva costos económicos y sociales serios llevando a una pérdida de potencial y una productividad reducida.

Mientras que todos los niños y adolescentes podrían experimentar violencia, ser una niña representa una vulnerabilidad única. De hecho, cada 10 minutos, en algún lugar del mundo, una adolescente mujer muere como consecuencia de la violencia.[1] Aun así, estas muertes representan solo las agresiones más extremas e irreversibles de un largo continuo de violencia que enfrentan las adolescentes que se encuentran a menudo exacerbados por discriminación, normas y prácticas de género.

En la última década, el reconocimiento de la naturaleza dominante y el impacto de la violencia en contra de los niños ha crecido. Aun así, el fenómeno permanece ampliamente indocumentado y sin ser reportado. Esto puede ser atribuido a una variedad de razones, incluyendo el hecho de que algunas formas de violencia contra los niños se encuentran aceptadas socialmente, tácitamente condonadas o no son percibidas como abusivas. Muchas víctimas son demasiado jóvenes o demasiado vulnerables para develar su experiencia o protegerse a sí mismas. Y muy a menudo cuando las víctimas denuncian un abuso, el sistema legal falla en responder y los servicios de protección a la infancia no se encuentran disponibles. La carencia de información adecuada sobre este asunto está probablemente incorporando malentendidos que hacen que la violencia permanezca como un fenómeno marginal, afectando solo ciertas categorías de niños y siendo perpetrada solamente por delincuentes con predisposición biológica a la conducta violenta. Una de las limitaciones inherentes en cualquier intento de documentar la violencia contra los niños es lo que deja afuera: el enorme gran número de aquellos niños que son incapaces o no están dispuestos a reportar sus experiencias.

El proceso de entender y abordar la violencia contra los niños continuará estando plagado de dificultades. Sin embargo, así como las estrategias adicionales para detener la violencia son formuladas y llevadas a cabo, también es claro que invertir de forma sistemática en la generación de datos es fundamental. La evidencia que resulta es esencial para monitorear compromisos, informar el desarrollo de programas, políticas, y leyes nuevas, y evaluar su efectividad. Las investigaciones futuras deberían centrarse no solo en documentar la prevalencia de la violencia, sino que también entender los factores a la base que la alimentan y evaluar intervenciones orientadas a prevenirla y hacerle frente. La diseminación amplia de información en formatos accesibles continuará siendo necesaria para aumentar la concientización y para fomentar la voluntad política requerida para desarrollar e implementar estrategias y acciones efectivas – a todos los niveles de la sociedad.

El terminar con la violencia contra los niños está en nuestras manos. Con información confiable, sabremos cuando este derecho humano imperativo se encuentra finalmente alcanzado.

“1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.”

– *Artículo 19 de la Convención de los Derechos del Niño*

“Todas las formas de violencia contra los niños son inaceptables, por leve que sean [...] La frecuencia, la gravedad del daño y la intención de generar daño no son requisitos previos para las definiciones de violencia. Los Estados Partes pueden referirse a estos factores en sus estrategias de intervención para dar respuestas proporcionales que tengan en cuenta el interés superior del niño, pero las definiciones no deben en modo alguno menoscabar el derecho absoluto del niño a la dignidad humana y la integridad física y psicológica, calificando algunos tipos de violencia de legal y/o socialmente aceptables.”

– *Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, Comentario General Nro. 13 en la Convención de los Derechos del Niño*

Referencias

[1] United Nations Children's Fund, *A Statistical Snapshot of Violence against Adolescent Girls*, UNICEF, New York, 2014.

<https://data.unicef.org/topic/adolescents/violence/>

EL TRAUMA INVISIBLE DE LOS NIÑOS AFECTADOS POR LA GUERRA

Millones de niños enfrentan los traumas físicos y psicológicos de la guerra

Robert T. Muller, PhD

Dieciocho millones de niños han crecido en medio del caos de guerras. En los últimos diez años, como resultados del conflicto armado, más de 2 millones de niños han sido asesinados, 6 millones se encuentran con alguna discapacidad, 20 millones se encuentran sin hogar, y más de 1 millón ha tenido que ser separado de sus cuidadores.

En 1996, Graça Machel, viuda de Nelson Mandela, dio a conocer el informe de las Naciones Unidas llamado “Repercusiones de los Conflictos Armados sobre los Niños”, atrayendo la atención internacional a este tema entre legisladores y académicos. Las 10 recomendaciones que hace el informe se han convertido en los principios guía para ayudar a los niños afectados por conflictos armados. Ha habido avances por parte de la comunidad internacional para abordar asuntos de seguridad, desplazamiento, y monitoreo de los derechos humanos, pero menos apoyo ha existido en cuando a las necesidades psicosociales y educativas de los niños afectados por conflictos armados.

Los veteranos de guerra hablan de las imágenes, los sonidos, y los olores que los continúan persiguiendo. Muchos hablan de pesadillas, recuerdos intrusivos y periodos de aflicción paralizante.

Y así también, los niños que viven en ambientes violentos y aterrorizados experimentan tales horrores como la destrucción de sus hogares, y la muerte de padres, hermanos, vecinos, y amigos. Muchos viven en circunstancias donde tienen que tomar decisiones críticas para la supervivencia como esconderse bajo los restos de otras personas fallecidas, matar o ser matado, y a menudo viven a través de situaciones donde ellos piensan que van a morir.

Los activistas que son famosos o legisladores se han sumado a la discusión en los años recientes. Luego de su propia recuperación de un trastorno de estrés postraumático (TEPT) severo, el Teniente General canadiense Roméo Dallaire lanzó dos libros “Estrechar la Mano del Diablo” and “Combaten como Soldados, Mueren como Niños”, detallando los horrores que presenció en Ruanda y su misión para detener el uso de niños soldados. Las películas de Hollywood han incluido Hotel Ruanda, Diamante de Sangre, y El Soldado de Dios.

A pesar de la atención de los medios de comunicación, la respuesta ha sido limitada. Medidas inmediatas para aumentar la protección y la seguridad son necesarias y han sido tomadas, pero respuestas más sustanciales como aquellas centradas en la rehabilitación psicosocial y del trauma centrada en los niños no han sido apoyadas o implementadas adecuadamente, a pesar de la demanda y la necesidad por estas intervenciones entre aquellas comunidades afectadas.

Luego del genocidio en Ruanda, en entrevistas psicológicas, más del 60% de los niños reportaron que a ellos no les importaba si algún día crecían. Mientras la comunidad mundial lucha para valorar y priorizar la atención de la salud mental global, millones de niños afectados por conflictos armados alrededor del mundo son dejados a la deriva de experiencias traumáticas con casi nada o nada de apoyo.

Los niños con edades entre 12 y 18 años, han estado expuesto a más conflictos violentos, tienen dificultades para recuperarse de los años de traumas agravantes. Las entrevistas en campos de refugiados revelan que sentimientos dominantes de depresión, ansiedad, desesperanza, duelo, resentimiento, ira, y temor entre los niños afectados por conflictos armados.

Graça Machel reporta, “La violencia física, sexual y emocional a la que los niños se encuentran expuestos destruye su mundo. Los conflictos armados socavan las bases fundamentales de la vida de los niños, destruyendo sus hogares, desarmando sus comunidades y rompiendo su confianza en adultos”.

Sin el apoyo de la comunidad internacional, la mayoría de estos niños acarrean consigo estas cargas emocionales pesadas hacia su adultez.

La ayuda humanitaria se centra generalmente en lo concreto, en lo que se puede ver, medir, construir: Comida, medicina, ladrillos, y morteros. El trauma psicológico es invisible.

Para abordar estas necesidades de salud mental de los niños afectados por conflictos armados como ellos se refieren a futuros objetivos de construcción de la paz, las intervenciones internacionales han sido establecidas con un foco en la interacción compleja entre el desarrollo psicológico y social de los niños. Estas intervenciones “psicosociales” apoyan no solo la reparación emocional y el desarrollo de compasión y empatía, sino que también reconocen las dinámicas importantes entre los niños y el ambiente social en los cuales ellos forman apego, adquieren sentido de pertenencia, y aprenden códigos de comportamiento prosocial.

Para mayor información sobre la rehabilitación psicosocial y de trauma, revisa el nuevo libro del Dr Muller – “*Trauma and the Struggle to Open Up*” en <https://www.amazon.com/Robert-T.-Muller/e/B0033AFO5A>

Robert T. Muller, Ph.D., C.Psych.

Profesor, Facultad de Salud, Universidad de York

Miembro, Sociedad Internacional del Estudio del Trauma y la Disociación

Editor Fundador, El Informe de Trauma y Salud Mental

rmuller@yorku.ca

TEMAS DE CONVERSACION: AYUDANDO A LA JUVENTUD LUEGO DE LA VIOLENCIA DE MASAS

Centro de Atención de la Salud Conductual de la Universidad de Rutgers

La violencia de masas es impactante y perturbadora para los jóvenes a muchos niveles. Uno de ellos es que perturba la forma en que vemos el mundo. Cuando la amenaza es mínima, la juventud ve el mundo como un lugar seguro y significativo y ellos tienen un sentido de control sobre su ambiente. Cuando la amenaza es alta, la juventud puede sentirse fuera de control, insegura y que el mundo perdió significado. Ellos comienzan a preocuparse de que situaciones peligrosas pueden ocurrirles o a aquellos que ellos aman. Cuando la violencia es perpetrada por adultos, los jóvenes buscan protección, el impacto es poderoso. Adicionalmente, lugares como cines y otros lugares públicos de entretenimiento son donde los jóvenes y sus familias van por entretenimiento y relaxo y donde ellos se sienten seguros y libres de daño.

Los padres y el personal de los colegios pueden ser de ayuda en mitigar los efectos emocionales de la violencia comunitaria en la juventud. Abajo, hay algunas estrategias para lidiar con estas tragedias y ayudar a los jóvenes a recuperar su sentido de seguridad y protección.

- **Monitorear la cantidad de TV que ven los jóvenes.** Estos tipos de eventos atraen la atención de los medios de comunicación de masas. Imágenes amenazantes, dramáticas y tristes son a menudo mostradas en la prensa escrita, en la televisión, o en la radio. Ver este tipo de escenas fija las imágenes de muertes violentas e incrementa los sentimientos de vulnerabilidad. Es importante monitorear lo que los jóvenes ven y limitar su exposición a cobertura perturbadora de los medios de comunicación.
- **Pregúntale a tus hijos sobre lo que han escuchado o lo que otros niños están diciendo.** Proporciona a tus hijos información correcta y corrige cualquier información errónea. Adapta esta información a su edad y evita centrarte en los detalles gráficos del incidente. Ellos pueden preguntarte que significa homicidio. Mientras no es necesario entrar en detalles, puede que quieras decir “Significa que alguien mató a otra persona con intención; no fue un accidente”.

Los niños a menudo tienen muchas dificultades del desarrollo con respecto a la integridad del cuerpo. Escuchar sobre la muerte de alguien de similar edad, especialmente una muerte que fue violenta puede aumentar la ansiedad sobre su propio cuerpo. Algunos niños podrían preguntar en específico como “¿Qué pasa cuando te disparan?” Puedes responder en una forma más clínica, evitando detalles gráficos. Por ejemplo, “Cuando recibes un disparo, la parte del cuerpo que recibió el disparo se daña. Algunas veces el daño puede ser tan serio que tu corazón puede dejar de funcionar y la persona muere. Algunas veces una persona que no está tan dañada y ellos pueden ir al hospital y los doctores y las enfermeras los cuidarán y luego podrán irse al hogar con sus familias”.

- **Averigua sobre las preocupaciones que tiene tu hijo/a y tómalos en serio.** Los niños a menudo se sienten más vulnerables que los adultos a raíz de su tamaño y sus limitados recursos físicos y emocionales. Por lo tanto, algunos de sus temores pueden parecer triviales o irreales para los adultos, pero pueden ocupar los pensamientos y sueños de los niños de la misma forma. Es importante tomar sus preocupaciones seriamente y ofrecerles consuelo. Puedes preguntarles “Luego de escuchar este tipo de cosas, ¿Qué piensas que le preocupa más a los niños?”.
- **Aborda las preguntas difíciles.** Los niños te preguntarán por ejemplo “¿Por qué pasó?” Incrustada en esta pregunta se encuentran otras: “¿Cómo podría alguien estar tan fuera de control que pudo llegar a hacer algo así?” y “¿Podría pasarme a mí o a alguien que amo?”.

- **¿Por qué pasó?** Explica a los niños que “puede que no sepamos la razón exacta de por qué esta violencia ocurrió, pero es claro que la persona hizo esas cosas porque tenían problemas y no fue capaz de pensar claramente acerca de cómo lidiar con sus pensamientos, los sentimientos y los problemas en tiempo para que otros los ayudaran para encontrar buenas formas de abordarlos sin que alguien saliera herido”.

Este es un buen momento para enseñar la importancia de buscar ayuda. Explica a los niños que “algunas veces las personas tienen pensamientos y sentimientos que les pueden hacer sentirse dañados, enojados, confundidos, o con miedo. Es importante para que cualquier persona tenga alguien con quien hablar que pueda ayudarlos a resolver sus problemas y sentirse mejor. Pregunta a tu hijo/a “¿con quién hablarías si te sientes herido o enojado o confundido?”. Haz que nombren varios adultos dentro y fuera de la familia así su sistema de apoyo será más grande.

- **¿Podría pasarme a mí o a alguien que amo?** Para balancear la enormidad de los actos violentos, es importante explicarles a los niños que “este tipo de eventos son muy inusuales. La mayoría de las personas no quieren dañar a otros. Puedes especular con ellos acerca de los números de cines en los Estados Unidos (o el mundo para ese tema) y compara ese número con el número de cines en los cuales este tipo de violencia ha ocurrido. Esto no es para minimizar el impacto horrendo de estos eventos, pero para ponerlos en perspectiva ayudará a tus hijos a recuperar un sentido de seguridad.

Es importante vincular la discusión con las propias experiencias de los niños y hablar acerca de los adultos en su vida que los ama y están ahí disponibles para protegerlos. También es útil hablar acerca de las formas en las que las comunidades afectadas se han unido para ayudarse mutuamente a lidiar con este evento terrible. Céntrate en las historias que incluyen actos de amabilidad, compasión y resiliencia, incluso en el evento de una tragedia.

- **Mantiene la rutina.** La rutina provee a los niños con un sentido de seguridad. La rutina de actividades diarias incluyendo la escuela, las actividades después del horario escolar, y los deportes son importantes para mitigar el sentimiento de que ‘el mundo está fuera de control’.
- **Pasen tiempo juntos como una familia.** Aumenta las oportunidades para jugar, disfrutar y relajarse. Conectarse con amigos y familiares ayuda a los niños a sentir que hay una red de seguridad conformada por las personas alrededor de ellos.
- **Facilita un tiempo para extra confort.** Los jóvenes a menudo necesitan algún tiempo para calmarse o reconfortarse cuando ellos están lidiando con situaciones desconcertantes. Los abrazos adicionales, caricias, y cuenta cuentos (incluso para jóvenes en la enseñanza secundaria disfrutaban que sus padres les lean), son útiles. Luego de este tipo de incidentes, los niños y los adolescentes pueden tener pesadillas o temores. Podría ser útil permitirle al niño/a que duerma en cerca de sus padres por un periodo. Sacos de dormir o cunas pueden ser útiles por unas noches.

Si encuentras que tu hijo/a está teniendo dificultades en la escuela por ansiedad, puede que coordines con el departamento de consejería que puedas llamarlo durante el horario de almuerzo. Haz todo lo que puedas para ayudar a que tu hijo/a vaya a la escuela y permanezca allí.

- **Procesa tus propios sentimientos.** Los jóvenes notarán señales desde los adultos que los rodean. Es importante para los adultos cuidarse a sí mismos y a sus sentimientos como también los de sus hijos. Si te sientes triste, ansioso, o temeroso, será importante que encuentres un adulto de confianza para hablar. Evita hablar acerca de tus temores enfrente de tus hijos/as.

- **Monitorea el comportamiento de tu hijo/a y busca asistencia de ser necesario.** Mientras los signos y los síntomas abajo pueden ser normales en los días y semanas iniciales luego de un evento violento, si ellos no disminuyen, sino que aumentan, ayuda adicional puede ser requerida. Si tienes preocupaciones sobre tu hijo, no dudes en contactar al departamento de consejería de tu escuela o al centro de atención de la salud conductual de tu comunidad local.
 - Quejas somáticas (dolor de estómago, dolores de cabeza, y dolor muscular)
 - Cambios en hábitos alimenticios
 - Cambios en la conducta (aumento en irritabilidad, agresión, ira, o ponerse temerosos o dependientes)
 - Cambios en el rendimiento académico
 - Aislarse de amigos y familiares
 - Dificultades de concentración
 - Pesadillas
 - Incapacidad para dejar de pensar en el evento
 - Rechazo a asistir a la escuela o a ir a lugares públicos
 - Preocuparse excesivamente sobre algo malo que podría pasarles a ellos o a quienes aman

Centro de Atención de la Salud Conductual de la Universidad de Rutgers

<http://ubhc.rutgers.edu/tlc/guidelines/parents/HelpingYouthFollowingMassViolence.html>

PREPARACION DE SALUD MENTAL Y PRIMERA RESPUESTA PARA LOS JOVENES ENFRENTANDO DESASTRES NATURALES O CAUSADOS POR EL HOMBRE

Alan Cohen & Yotam Dagan

Luego del terrible tiroteo escolar que mató 17 personas en el Liceo Marjorie Stoneman Douglas en Florida el Febrero pasado, Carson Abt, un estudiante de primer año de secundaria escribió: "Como Albus Dumbledore, el rector sabio de Harry Potter en Hogwarts, dijo, "La felicidad puede ser encontrada en los momentos más oscuros, solo si se recuerda prender la luz". Los profesores son la luz. A través de la combinación de entrenamiento y determinación, ellos pueden calmar el temor de algunos y salvar las vidas de otros. Cuando las escuelas a lo largo del país bajan sus banderas y comparten nuestra oscuridad, ellos deberían también compartir nuestra luz. Quizás el heroísmo no puede ser enseñada, pero ciertamente puede ser preparado. Cada profesor debería tener entrenamiento en tiroteo escolar como el mío tiene" (Mis Profesores en el Marjory Stoneman Douglas Salvaron Vidas por Carson Abt, New York Times, Feb. 26, 2018)

Las fuertes palabras de Carson y su activismo escolar, inspiraron los Estados Unidos. Ella habló acerca del francotirador activo de su profesora, alerta "código rojo" y la preparación y cómo ellos reaccionaron.

Este artículo subraya que prepararse para un tiroteo escolar, un accidente fatal o un desastre natural, en el sentido de conocer qué hacer y cómo reaccionar, es solo una parte de la ecuación. La preparación psicológica es igualmente, sino más importante.

Preparación psicológica

La idea de preparar a los jóvenes a lidiar psicológicamente con un desastre ha sido planteada ya por algunas décadas (Lahad et al 1993). Una revisión comprehensiva de cómo los jóvenes han sido entrenados para ayudarse mutuamente puede encontrarse en el reporte de Coleman y colegas (2017) "Apoyo de pares y la salud mental de niños y jóvenes". Sin embargo, la idea de que los profesores y los estudiantes deberían recibir entrenamiento para capacitarlos en lidiar con emergencias y desastres todavía no ha sido traspasada a los programas de entrenamiento de los profesores o en los currículos académicos en general.

Por un lado, el entrenamiento físico, tales como los simulacros de incendios y en algunas regiones los simulacros de terremotos son comunes, pero, por otro lado, el entrenamiento psicológico para las secuelas de un desastre es raro. Algunos lugares son más propensos que otros a desastres físicos, muchos lugares en el mundo están en riesgo de amenazas de violencia o se encuentran actualmente en conflicto permanente. Es un hecho que cada institución educacional tendrá que manejar los efectos psicológicos de un evento desastroso en algún momento. Solo basta con un incidente como un tiroteo masivo en un colegio para que el asunto capture la atención pública y a menudo desaparece así de rápido. Si es ignorado, muchas personas sufrirán sin sentido.

¿Cuáles son las repercusiones de salud mental como resultado de un desastre?

A pesar del hecho de que la mayoría de los problemas de salud mental se desarrollan principalmente en la infancia, una emergencia o un desastre pueden precipitar el comienzo de un trastorno mental o enfermedades relacionadas con el estrés. Si existe consciencia al respecto y un plan establecido, algunos de los problemas de salud mental que resultan como consecuencia de un desastre pueden ser prevenidos. Mientras un

sistema de apoyo de pares para la salud mental en general es fundamental, el énfasis se encuentra aquí en situaciones traumáticas particulares, las cuales pueden exacerbar problemas existentes o potenciales y crear muchos nuevos más. La mayoría de las personas regresarán a sus vidas habituales luego de un desastre o emergencia. Una proporción significativa (dependiendo de la naturaleza del incidente, entre 5 y 15%) experimentará problemas en el corto plazo, tales como problemas para dormir, pérdida de apetito, regresión social y problemas para concentrarse en sus estudios. Si actividades de prevención se encuentran ya establecidas, así los problemas de salud mental y física pueden ser monitoreados y actividades orientadas a la reducción del estrés pueden ser implementadas y el sufrimiento puede ser aliviado.

Muchos programas de ese tipo existen, y son puestos en práctica, mundialmente. Nosotros ofrecemos aquí un Programa de Intervención del Estrés Juvenil que consiste de las siguientes categorías:

- 1) Identidad personal (lo que es importante para mí, cuáles son mis valores),
- 2) Patriotismo local – identificación emocional con la región/ciudad,
- 3) Afrontamiento del estrés, aprendiendo formas para manejar estas situaciones,
- 4) Rumores y cómo manejarlos, incluyendo publicaciones virales en medios sociales
- 5) Preparando a los jóvenes como personas que proporcionan ayuda,
- 6) Promoviendo un perspectiva optimista más que pesimista,
- 7) El Significado de la Vida - (Prevención del Suicidio),
- 8) "La Mañana Después", cómo lidiar con volver a la normalidad.

Estos programas están diseñados para la presentación a consejeros escolares y profesores en cinco a ocho sesiones de taller, durante las cuales los profesores en sí mismos experimentan algunas de las técnicas, reciben información teórica sobre estrés, las mejores prácticas en afrontamiento y a nivel organizacional, y ofrecen sus propias adaptaciones al programa. Si un profesor lo requiere, un profesional entrenado puede ayudarlo a llevar a cabo las primeras sesiones del curso con su clase.

Identidad personal. Como con la mayoría de las secciones, los ejercicios están organizados con atención a las características específicas de la clase. Los profesores evalúan la habilidad de su clase para expresarse abstractamente.

Uno de los pasos básicos y más importante del programa es el establecimiento de la identidad personal y la clarificación de opiniones personales en asuntos esenciales. Aquellos estudiantes que se encuentran inicialmente reticentes a participar no son forzados a hacerlo, como a menudo con solo escuchar a sus compañeros compartir sus opiniones les permite clarificar sus propios pensamientos. Los ejercicios en esta sección incluyen dibujar una tarjeta de identidad propia, y diseñar un emblema familiar. Un cuestionario de clarificación de valores es usado como también actividades individuales y grupales.

Identificación con la ciudad/región. Las personas que se identifican fuertemente con su área local se sentirán menos propensos a dejarla, incluso luego de circunstancias adversas. Su apego les ayudará a superar los temores creados por la situación. Siempre existen muchos aspectos positivos de la región en la que alguien vive, un gran significado puede ser asociado a la vida allí. Los ejercicios incluyen juego de roles, cuestionarios, escritura de cartas, y el uso de historias estructuradas abordando los temas de la calidad de vida en la región, la responsabilidad comunitaria, amistad y el altruismo. Una vez que los jóvenes comienzan a entender las amenazas naturales que ellos enfrentan o los motivos de aquellos que quieren hacerles daño, es posible ayudarles a desarrollar razones positivas para vivir (e idealmente continuar viviendo) donde viven.

Afrontando el estrés. Tener un entendimiento de lo que es el estrés y cómo afecta a los individuos es fundamental para la primera ayuda mental. Saber que las reacciones, tales como manos temblorosas y confusión, son normales luego de una bomba o de un tiroteo reducirán la preocupación

de un individuo sufriendo este síntoma, y le permite regresar a la normalidad más rápidamente. En esta sección, se explica información teórica sobre estrés, ejercicios prácticos y métodos para evaluar el estrés individual. Las tareas de completar oraciones, los juegos de roles, la solución de problemas, los ejercicios de simulación y las historias estructuradas son también usadas para ilustrar ciertos aspectos de afrontar el estrés.

Rumores. Otro aspecto importante del manejo del estrés es el flujo de información eficiente y precisa. Es importante ganar cierta conciencia en términos de cómo y por qué los rumores se desarrollan y se diseminan y los resultados de la información errónea. Especial énfasis debería dársele a *WhatsApp*, *Facebook* y otras redes sociales.

Preparando a los jóvenes como personas que proporcionan ayuda. Las personas que tienen una función (y son capaces de llevarla cabo) bajo estrés con capaces de lidiar mejor y experimentan menos efectos nocivos luego de un evento estresante en comparación a aquellos sin una tarea que cumplir. Los jóvenes pueden ser movilizados para la preparación para la emergencia, usando ejercicios que promuevan el desarrollo personal y de equipo. Estos pueden incluir los aspectos cognitivos y organizaciones de la preparación, a través de entrenamiento en primeros auxilios, voluntariado en compañías de bomberos, como también ejercicios de resolución de problemas, juegos de simulación, y planeamiento práctico de “cosas para hacer” en momentos de amenaza cuando nada más puede hacerse para aliviar la situación (por ejemplo, escape).

Perspectiva optimista vs pesimista. El humor de las personas bajo estrés es muy importante, tanto durante la preparación de una particular amenaza como durante el incidente. Una mentalidad optimista y positiva ha mostrado facilitar el bienestar, de cara a la adversidad. Para ampliar el repertorio de los estudiantes, los ejercicios se usan para incentivarlos a ver la situación desde un punto de vista positivo tanto como negativo, para entender que la misma situación puede ser vista en muchas formas.

El significado de la vida (Prevención del Suicidio). Esta parte se concentra en enseñarle a los educadores y luego a los jóvenes consejeros de pares sobre habilidades de escucha activa y habilidades de persuasión con un énfasis en la detección temprana de la conducta suicida y su prevención. Luego, ellos reciben información vital sobre las personas con pensamientos suicidas. Las actividades posteriores incluyen discusiones sobre el significado de la vida, expresión de emociones, escritura de cartas y resolución de problemas.

La mañana después. Aquí, se presentan algunas guías a los profesores para llevar a cabo clases inmediatamente luego de un desastre, emergencia, o crisis, mientras se enfatiza la importancia de una preparación avanzada adecuada para cualquiera de estos eventos. Muchos educadores han expresado sentirse inadecuados al tener que enfrentar su clase inmediatamente después de un incidente o ellos han ignorado totalmente la situación y tratado de “continuar con normalidad”. Saber cómo pavimentar la continuidad luego de la irrupción de un desastre o una emergencia mejorará la salud mental en cualquier contexto.

La implementación previa de entrenamiento en desastres con profesores y estudiantes en general beneficiará a la comunidad como un todo.

Alan Cohen es un psicólogo médico, consultor de EMDR y miembro del equipo del Centro de Prevención del Estrés Comunitario. Yotam Dagan es un psicólogo clínico y experto en trauma, sirviendo en NATAL – centro de trauma y resiliencia de Israel.

Para más información: <http://www.eng.icspc.org/>

Referencias

Coleman N, Sykes W and Groom C (2017) Peer support and children and young people's mental health Research review March 2017, Independent Social Research : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/603107/Children_and_young_people_s_mental_health_peer_support.pdf
Cohen A, Ankor C and Lahad M. (1993) Stress Intervention Programme with Adolescents in Northern Border Israeli Settlements. In: eds. Lahad, Ayalon and Cohen, Community Stress Prevention Vol.2, Kiryat Shmona.

TRASTORNOS MENTALES SEVEROS Y LOS JOVENES

Cualquiera sabe cuán genial y desbordante a la vez es ser un adolescente o un adulto joven y, por lo tanto, también sabe cuán increíblemente estresante puede ser adaptarse a todos los cambios en tu cuerpo, en la escuela y en la vida social, responsabilidades, etc. Imagina agregando un trastorno mental encima de todos esos cambios.

Los investigadores han determinado que por lo menos la mitad de todos trastornos de salud mental aparecen a los 14 años, y cerca del 75% a los 24 años. La Fundación Robert Wood Johnson menciona que 'los trastornos mentales severos incurren en grandes costos personales, sociales y económicos. La detección e intervención tempranas pueden ayudar a reducir el costo de los trastornos mentales severos'.

A menudo, vemos adolescentes y adultos jóvenes lidiando con los efectos de los problemas de la salud mental y mucho de estos son trastornos mentales severos que necesitan pronta atención. Algunos de los trastornos mentales más severos con que las personas jóvenes tienen que lidiar abruptamente son – Depresión Mayor, Trastorno Bipolar y Esquizofrenia.

GUIA DE DEPRESION PARA ADOLESCENTES

Consejos y Herramientas para Ayudarte o a un Amigo

Helpguide.org

¿Qué es la depresión adolescente?

La depresión adolescente es mucho más que un sentimiento temporal de tristeza o sentirse botado en el basurero. Es un trastorno del humor serio y debilitador que puede cambiar la forma en que piensas, sientes, o funcionas en tu vida diaria. Cuando estás deprimido, puede que te sientas desesperanzado o indefenso y se siente como que nadie entiende. Pero la depresión es mucho más común en adolescentes de lo que podrías pensar. No estás solo/a y tu depresión no es un caso de desesperanza. Aunque se pueda sentir como que la depresión nunca se irá, existen muchas cosas que pueden ayudarte a empezar a recuperar tu balance y sentirte más positivo, energético y esperanzado de nuevo.

LOS SIGNOS Y LOS SINTOMAS DE LA DEPRESION ADOLESCENTE:

- Tristeza o desesperanza
- Irritabilidad, ira, u hostilidad
- Llanto frecuente
- Aislamiento de amigos y familiares
- Pérdida de interés en actividades
- Pobre rendimiento académico
- Cambios en los hábitos alimenticios y del sueño
- Inquietud y agitación
- Sentimientos de inutilidad y culpa
- Carencia de entusiasmo y motivación
- Fatiga y carencia de energía
- Dificultades en la concentración
- Malestares y dolores sin explicación
- Pensamientos de muerte o suicidio

DEPRESION EN ADOLESCENTES VS ADULTOS

La depresión en adolescentes puede verse muy diferente a la depresión en adultos. Los siguientes síntomas son más comunes en los adolescentes que en sus contrapartes adultos:

Humor irritable o enojado. La irritabilidad, más que la tristeza, es a menudo predominante en el humor de los adolescentes deprimidos. Un adolescente deprimido puede mostrarse malhumorado, hostil, frustrarse fácilmente, o propenso a arrebatos de ira.

Malestares o dolores inexplicables. Los adolescentes deprimidos alegan constantemente sobre dolencias, tales como dolores de cabeza o dolor de estómago. Si un examen físico exhaustivo no revela una causa médica, estas dolencias y dolores podrían indicar depresión.

Sensibilidad extrema al criticismo. Los adolescentes están plagados de sentimientos de inutilidad, haciéndolos extremadamente vulnerables a las críticas, rechazo, y fracaso. Esto es un problema particular para aquellos “exitosos”.

Aislarse de algunas, pero no todas las personas. Mientras los adultos tienden a aislarse cuando están deprimidos, los adolescentes mantienen generalmente algunas amistades. Sin embargo, los adolescentes con depresión podrían socializar menos que antes, distanciarse de sus padres, o empezar a relacionarse con un nuevo grupo diferente de pares.

Helpguide.org

<https://helpguide.org/articles/depression/teenagers-guide-to-depression.htm>

TEMAS DE SALUD

Instituto Nacional de Salud Mental

SIGNOS Y SINTOMAS DEL TRASTORNO BIPOLAR

Los “episodios de humor” bipolar incluyen cambios de humor inusuales con hábitos del sueño, niveles de actividad, pensamientos o conductas inusuales. En un niño/a, estos cambios de humor y actividad deben ser muy diferentes de su comportamiento usual o del comportamiento de otros niños. Una persona con trastorno bipolar puede tener episodios maníacos, episodios depresivos, o episodios “mixtos”. Un episodio mixto tiene tanto síntomas maníacos como depresivos. Estos episodios de humor causan síntomas que pueden durar una semana o dos, o algunas veces más tiempo. Durante un episodio, los síntomas duran cada día la mayoría del día.

Los niños y los adolescentes teniendo un episodio maníaco pueden:

- Sentirse muy felices o actuar de una forma absurda que es inusual para ellos o para las personas de su edad
- Tener un temperamento difícil
- Hablar muy rápido sobre diferentes temas
- Tener problemas para dormir, pero no sentirse cansado
- Tener problemas para concentrarse
- Hablar y pensar sobre sexo más frecuentemente
- Involucrarse en conductas de riesgo

Los niños y adolescentes teniendo un episodio depresivo pueden:

- Sentirse muy tristes
- Alegar mucho sobre malestares, como por ejemplo dolor de estómago y dolores de cabeza
- Dormir muy poco o mucho
- Sentirse culpable y inútil
- Comer muy poco o mucho
- Tiene poca energía o no interés en actividades recreativas
- Piensa sobre la muerte o el suicidio

SIGNOS Y SINTOMAS DE ESQUIZOFRENIA

Los síntomas de esquizofrenia comienzan usualmente entre las edades de 16 y 30 años. En casos raros, los niños tienen esquizofrenia también.

Los síntomas de esquizofrenia caen en tres categorías: positivos, negativos, y cognitivos.

Síntomas Positivos: Los síntomas “positivos” son comportamientos psicóticos que no son generalmente vistos en personas sanas. Las personas con síntomas positivos pueden “perder conexión” con algunos aspectos de la realidad. Los síntomas incluyen:

- Alucinaciones
- Delirios
- Trastornos del pensamiento (formas inusuales o disfuncionales del pensamiento)
- Trastornos del movimiento (movimientos corporales agitados)

Síntomas Negativos: Los síntomas “negativos” están asociados con perturbaciones en las emociones y conductas normales. Los síntomas incluye:

- “Afecto plano” (expresión reducida de las emociones vía expresión facial o tono de voz)
- Reducción en los sentimientos de placer en la vida cotidiana
- Dificultades en iniciar y mantener actividades
- Reducción del habla

Síntomas Cognitivos: Para algunos pacientes, los síntomas cognitivos de esquizofrenia son sutiles, pero para otros, ellos son más severos y los pacientes podrían notar cambios en su memoria u otros aspectos del pensamiento. Los síntomas incluyen:

- “Funciones ejecutivas” pobres (la habilidad para entender información y usarla para decidir)
- Problemas para concentrarse o poner atención
- Problemas en la “memoria de trabajo” (la habilidad para usar información inmediatamente luego de aprenderla)

SERVICIOS DE INTERVENCION TEMPRANA SON CLAVES PARA MEJORAR LAS VIDAS DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON TRASTORNOS DE SALUD MENTAL

Profesor Patrick McGorry, AO

Se ha estimado que el 50% de las personas con un trastorno mental carecen actualmente de acceso temprano a un cuidado adecuado, prolongando la duración y el impacto de su enfermedad.^{1,6} Desarrollada originalmente con la intención de la detección e intervención temprana de los trastornos psicóticos, la Intervención Temprana (IT) es una perspectiva bien establecida que provee intervención y apoyo especializados a una persona que está experimentando alguno de los síntomas tempranos de un trastorno de salud mental.² El es entregado a través de los Servicios de Intervención Temprana (SIT) que combinan intervenciones psicosociales, sociales, ocupacionales, y educacionales, como también tratamientos farmacológicos.⁴ Los equipos de la IT son idealmente multidisciplinarios, y consisten típicamente de un rango de profesionales de la salud mental, tales como psiquiatras, psicólogos, enfermeras de psiquiatría, terapeutas educacionales y trabajadores sociales², como también con otros especialistas, tales como consultores vocacionales, nutricionistas y fisioterapeutas/kinesiólogos. Los beneficios específicos de los SIT han sido bien documentados, tanto para los individuos como para la sociedad en general.

Un pionero del desarrollo e investigación del servicio de intervención temprana es el Profesor Patrick McGorry. Él fue el Presidente Fundador de la Intervención Temprana en Salud Mental Inc. (IEPA, en sus siglas en inglés) y permanece como el Tesorero de la organización internacional. Con sus orígenes en la intervención temprana en psicosis y previamente conocida como la Asociación Internacional de Psicosis Temprana, IEPA tiene como objetivo promover la concientización sobre las fases de los trastornos mentales más generalmente, como también las causas, tratamiento, prevención y los procesos de recuperación. Busca proveer una red internacional para aquellos involucrados en el estudio y tratamiento de las fases tempranas de los trastornos mentales con una perspectiva transdiagnóstica. En anticipación a la 11ava. Conferencia Internacional en Intervención Temprana en Salud Mental a llevarse a cabo en Boston desde el 7 al 10 de Octubre de 2018, el Profesor McGorry contestó algunas preguntas:

1. ¿Qué es la intervención temprana en salud mental?

Intervenir cuando existen los primeros signos de una necesidad por atención – esa es la primera etapa de la enfermedad de acuerdo a nuestro modelo en etapas. Proveer atención basada en la evidencia desde un punto de vista integrativo y multidisciplinario desde el primer episodio tratado hasta que la remisión y la recuperación son alcanzados. Luego, mantener la remisión y la recuperación durante un plazo de mediano y largo alcance.

2. ¿Cómo una débil salud mental impacta a los adultos jóvenes?

Tiene una relación dosis-efecto a lo largo de un amplio rango de consecuencias desde la mortalidad al alcance completo de consecuencias económicas, sociales y vocacionales.

3. *¿Por qué son importantes las intervenciones tempranas?*

Ellos “doblan la curva” para mejorar las consecuencias a lo largo de un amplio rango y resultan en un retorno dramático de la inversión. Las ITs en salud mental representan la mejor oferta en la atención de la salud. El reducir las demoras en el tratamiento y asegurar el tratamiento basado en la evidencia durante el periodo crítico de los primeros cinco años luego del diagnóstico.

4. *¿Cuál es el valor de las intervenciones tempranas (para la sociedad, para las personas con psicosis, para sus familias)?*

Existen grandes beneficios para los individuos, las familias, y la sociedad en el frente humano, social, y económico.

- Tasas más altas de recuperación en un 1/3 del costo de los servicios estándares de salud mental pública⁷
- Ahorros financieros en atención de salud directa de aproximadamente €25.000 durante un periodo de 5 años³
- Mejoras en las tasas de éxito de tratamiento, incluyendo reducción de los días cama hospitalarias² y disminución de las tasas de recaída^{8, 9}
- Mejoras en el funcionamiento social² de personas que experimentan psicosis
- Mejoras en la empleabilidad de las personas con psicosis⁹
- Superior al tratamiento estándar a lo largo de un rango amplio de resultados clínicamente relevantes, incluyendo riesgo de hospitalización, días cama, síntomas, y funcionamiento global¹²

5. *¿Qué deberían hacer los legisladores para mejorar las intervenciones tempranas en adultos jóvenes?*

¡Invertir en las intervenciones tempranas para salvar vidas, salvar futuros y ahorrar mucho dinero!!

Referencias

1. Henderson C, *et al.* Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American journal of public health*, 2013; 103(5), 777-780
2. Csillag C, *et al.* Early intervention in psychosis: from evidence to wide implementation. *Early Intervention in Psychiatry* 2015;10(6):540–546. DOI: doi:10.1111/eip.12279
3. McDaid D, *et al.* Growth in the use of early intervention for psychosis services: An opportunity to promote recovery amid concerns on health care sustainability 2016; Available at: http://eprints.lse.ac.uk/65630/1/lse.ac.uk_storage_LIBRARY_Secondary_libfile_shared_repository_Content_PSSRU_Growth%20in%20the%20use%20of%20early%20intervention_2016.pdf [Date accessed: June 2018]
4. Andrew A, *et al.* Effective Interventions in schizophrenia: the economic case. Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, London 2012; Available at: [http://eprints.lse.ac.uk/47406/7/libfile_repository_Content_Knapp.%20M_Effective%20Interventions%20in%20schizophrenia%20the%20economic%20case_Effective%20Interventions%20in%20schizophrenia%20\(LSE_RQ\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/47406/7/libfile_repository_Content_Knapp.%20M_Effective%20Interventions%20in%20schizophrenia%20the%20economic%20case_Effective%20Interventions%20in%20schizophrenia%20(LSE_RQ).pdf) [Date accessed: June 2018]
5. European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness (EUFAMI). *Carers for Carers (C4C) survey* 2015; Available at: <http://www.eufami.org/c4c/> [Date accessed: June 2018]
6. Nordentoft M, *et al.* How successful are first episode programs? A review of the evidence for specialized assertive early intervention. *Curr Opin Psychiatry* 2014;27:167–172.
7. Hastrup LH, *et al.* Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). *Br J Psychiatry* 2013;202:35–41
8. Craig TKJ, *et al.* The Lambeth Early Onset (LEO) Team: Randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ* 2004;329(7474):1067. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmj.38246.594873.7C> [Date accessed: June 2018]
9. Serretti A, *et al.* The socio-economical burden of schizophrenia: A simulation of cost-offset of early intervention program in Italy. *Eur Psychiatry* 2009;24:11–16.
10. Csillag C, *et al.* Early intervention in psychosis : from clinical intervention to health system implementation. *Early Intervention in Psychiatry* 2017;1–8. DOI: 10.1111/eip.12514.
11. Secher RG, *et al.* Ten-Year Follow-up of the OPUS Specialized Early Intervention Trial for Patients With a First Episode of Psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 2014;41:3.
12. Correll , Christof, et al.... *JAMA Psychiatry*. 2018;75(6):555-565 <https://doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.062> Published online May 2, 2018

PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN TEMPRANA EN SALUD MENTAL

Salud Mental América

“Si solo” es una frase que escuchamos demasiado frecuentemente en salud mental. Si solo hubiéramos sabido lo que estaba pasando. Si solo hubieran sabido que no estaban solos. Si solo hubiéramos reconocido las señales. Si solo tuviéramos acceso a tratamiento. Si solo. Desafortunadamente, la conversación tiende a ser corta y luego de que la tragedia ha golpeado – suicidios, situación de calle, desempleo, y encarcelamiento.

Afortunadamente, sabemos cómo actuar tempranamente. Los estudios en el país prueban una y otra vez que somos capaces de prevenir y mitigar los efectos de los trastornos mentales y permitirles a los individuos vivir una vida plena, productiva en sus comunidades. Desde la influencia de la genética y la salud prenatal hasta la adultez temprana, estamos aprendiendo más acerca de los puntos críticos en el desarrollo del cerebro y las experiencias vitales que incrementan el riesgo o protegen contra el desarrollo de los trastornos mentales.

Los estudios muestran que la mitad de aquellos que desarrollarán trastornos mentales muestran síntomas a los 14 años.^[i]^[ii] Sabemos que el periodo entre el desarrollo prenatal y adultez temprana es crucial para el cerebro. A pesar de este conocimiento, continuamos fallándole a nuestros niños al ignorar los problemas hasta que alcanzan nivel crisis. En vez de invertir en programas de prevención e intervención temprana y proveer acceso apropiado a los servicios, tenemos tasas desmesuradas de suicidio, abandono escolar, situación de calle, e involucramiento en el sistema de justicia juvenil.^[iii]^[iv]^[v]^[vi] Mientras trabajamos en proveer servicios y apoyos de salud mental y promover la recuperación de aquellos individuos en necesidad, el número desbordante de aquellos que luchan contra un problema de salud mental es un recordatorio de cuán menudo esperamos demasiado para tomar acciones.

La información presentada a continuación presenta una línea de tiempo de los factores importante que sabemos que son dañinos para la salud mental a lo largo de las etapas tempranas de la vida, y subraya diversos programas y políticas que abordan los factores de riesgo y aumentan los factores protectores de manera tal de promover la prevención y la intervención temprana en trastornos mentales.

Perjudicial o Útil

Los factores de riesgo y protectores son a menudo usados como un marco para abordar los aspectos que impactan la prevención y la intervención temprana para los trastornos mentales. Los factores de riesgo son dañinos e impiden la recuperación, mientras que los factores protectores ayudan y apoyan la recuperación. Hemos elegido abordar los factores dañinos y de ayuda en cuatro categorías. Mientras existe cierta superposición entre las categorías y no existe formula exacta sobre cuánto ese factor específico afectará al individuo, estas cuatro categorías proveen un buen marco para explorar las diferentes formas en que podemos apoyar a las personas para alcanzar sus objetivos de recuperación. Las categorías son:

1. Salud

¿Tienen mi cerebro y mi cuerpo la habilidad para hacer las cosas que necesito? Las lesiones cerebrales traumáticas, las enfermedades crónicas, y los trastornos mentales son ejemplos comunes de problemas de salud que afectan nuestro cuerpo y la habilidad de nuestro cerebro para hacer las

cosas que quisiéramos hacer. Los problemas de salud que influyen la salud mental pueden también incluir la exposición a sustancias tóxicas, la nutrición, y el sueño, entre otros. Los factores dañinos y positivos que caen en esta categoría están directamente relacionados a la salud física y la habilidad del cerebro para llevar a cabo funciones vitales para que las personas tengan una vida plena.

2. Protección o Seguridad

¿Existen factores ambientales o interpersonales que afectan mi habilidad para poner atención en las cosas que necesito? El trauma como abuso, negligencia, experimentar violencia física o sexual, o la exposición a violencia interfiere con nuestra habilidad para poner atención a lo que necesitamos atender. Luego de experiencias traumáticas, muchos sobrevivientes responden con hipervigilancia – un estado elevado de temor y atención al alrededor de la persona. De esta forma, muchos niños que experimentan trauma se convierten en niños soldados, poniendo especialmente atención a cualquier factor que les pueda traer inminente daño. Este cambio en la atención conlleva dificultades en los niños cuando ellos tratan de concentrarse y responder a las demandas diarias, tales como la escuela u otras actividades cotidianas. Los factores de daño y ayuda en esta categoría se refieren a las influencias externas que impactan como una persona puede prestar *atención apropiada y requerida* a las cosas que ellos necesitan y quieren hacer.

3. Recursos

¿Tengo los bienes y los servicios disponibles para satisfacer mis necesidades? Esto incluye el acceso a los recursos, tales como vivienda adecuada, alimentación nutritiva, finanzas, y educación, como también servicios de salud mental, tales como tratamiento de salud mental y apoyo en el contexto escolar. Como Abraham Maslow entendió su Jerarquía de las Necesidades, las necesidades fisiológicas como el aire, el agua, la comida, y abrigo son los requerimientos más básicos para que un individuo funcione y prospere. Cuando los jóvenes experimentan los signos tempranos de un trastorno mental (típicamente en la pubertad), tener acceso a los recursos de salud mental necesarios, tales como terapia, servicios de pares, apoyo educacional, manejo de caso, integración escolar y cuidado en la comunidad, y algunas veces medicación son cruciales para prevenir que el trastorno mental empeore. Los factores de riesgo y protectores en esta categoría se refieren a los bienes y los servicios que apoyan la salud mental y física de un individuo y su bienestar como un todo.

4. Relaciones

¿Tengo apoyo interpersonal que me ayude con mis necesidades? Esto incluye relaciones sanas y apropiadas con otros, incluyendo cuidadores, familiares, amigos, y compañeros. Esto también incluye la medida en que los individuos sienten que son un miembro valorado de su comunidad. Mientras las relaciones pueden ser un recurso y contribuir a que se sientan seguros o inseguros, ellos son una categoría separada debido al rol especial que las relaciones sanas o enfermas pueden tener para los individuos. Los efectos negativos del aislamiento se encuentran como una experiencia demasiado frecuente en la vida de los individuos con trastornos mentales. Los programas y las políticas pueden abordar el aislamiento o el apoyo familiar y de pares se merece extra atención. Los factores de daño o ayuda en esta categoría se refieren al apoyo que una persona necesita y recibe de aquellos a su alrededor y que impacta su salud y bienestar.

Además de las cuatro categorías de los factores de daño (riesgo) y de ayuda (protectores), dividimos la vida temprana en tres periodos distintivos donde específicos cambios biológicos, emocionales, y sociales ocurren: el periodo prenatal a la infancia temprana, la infancia temprana a la pubertad, y la pubertad a la adultez temprana. Estos periodos son periodos críticos en los que podemos iniciar acciones para ayudar a los niños y

adultos jóvenes antes de que alcancen una crisis o cuando la recuperación se vuelve más difícil. Para cada etapa, proveemos investigación en factores de riesgo y protectores importantes, y ofrecemos opciones de políticas y programas que han mostrado remover los factores de riesgo y aumentar los factores de ayuda. La esperanza es que el apoyo de estos cambios de política y la implementación de programas de prevención e intervención reducirán el número de familias que reflexionarán en torno al “si solo” y también disminuirá la sobredependencia en las prácticas retroactivas y reactivas que usamos actualmente para abordar el trastorno mental.

La Genética y el Desarrollo del Cerebro

Mientras muchos de los factores protectores y de riesgo discutidos a continuación abordan factores ambientales, es importante reconocer la influencia de la genética y el desarrollo del cerebro. Como muchos problemas de salud física, los genes y el desarrollo del cerebro juegan un rol en el trastorno mental, y un individuo tiene una probabilidad más alta de desarrollar un trastorno específico si otros en su familia han sido diagnosticado con ese trastorno.[vii] Sin embargo, tener una predisposición genética a un trastorno mental no necesariamente implica que un individuo desarrollará un trastorno mental. Implica que se encuentra en un riesgo más alto, lo cual, cuando se combina con otros factores de riesgo, aumenta la posibilidad de que esa persona experimentara problemas de salud mental. Para complicarlo más, algunas veces una mutación aleatoria en el desarrollo del cerebro ocurre de manera tal que, aunque las personas nacen en un ambiente sano y de apoyo, con acceso a recursos necesarios, pueden seguir lidiando con problemas de salud mental.

Afortunadamente, sabemos que los genes y las características físicas del cerebro no operan fuera de la influencia del ambiente. Mientras no podemos todavía cambiar el código genético de alguien que nace con él, al influenciar el ambiente en que ellos viven podemos tener una influencia positiva en como un cerebro funciona y continúa creciendo (llamado neuroplasticidad). Esto no es desafortunadamente como una terapia física u ocupacional apoya una persona luego de cualquier lesión física.

Existen periodos críticos durante el desarrollo del cerebro donde el cerebro pasa por un crecimiento y cambio rápido. Al momento del nacimiento, un infante tendrá casi todas las neuronas (células nerviosas) que tendrá durante toda su vida. Sin embargo, dentro de los primeros años de vida, el cerebro desarrollará el doble de sinapsis (estructuras que permite a una neurona transmitir señales eléctricas y químicas a otra neurona) como cuando en la adultez.[viii] Este proceso, llamado arborización, hace que la infancia sea un periodo sensible para el aprendizaje y el vínculo con la información del mundo exterior. Las sinapsis que están conectadas y se usan repetidamente se vuelven más fuertes. La arborización es seguida por un proceso de poda – la eliminación de conexiones innecesarias entre las neuronas y el fortalecimiento de conexiones importantes. El proceso de poda ha sido especialmente vinculado a problemas importantes del desarrollo cerebral y de salud mental en la adolescencia.[ix].x]. El tiempo de estos cambios (desde la infancia a la pubertad) provee evidencia adicional del por qué focalizarse en los problemas de salud mental entre los jóvenes es crítico, y por qué esperar hasta que alguien alcance la adultez es dañino. Si realmente queremos abordar los trastornos mentales, debemos *abordar todos los factores* que sabemos que juegan un rol en su desarrollo y debemos *abordar estos factores tempranamente*.

Prevención e Intervención Temprana en Salud Mental – Desde la Pubertad a la Adultez Temprana

Desde la Pubertad a la Adultez Temprana

El periodo desde la pubertad a la adultez temprana es una etapa crítica final de arborización y poda de neuronas en el cerebro, similar al que ocurre en etapas tempranas de vida. El rápido crecimiento de la materia gris del cerebro antes de la pubertad se logra por medio del

fortalecimiento de vías que son usadas más a menudo y por el debilitamiento de aquellas que no son usadas tan frecuentemente a medida que el cerebro se refina a sí mismo a través del proceso de poda.^[i] Las investigaciones han comenzado a explorar la conexión entre los cambios del cerebro, tales como poda anormal del cerebro (exacerbada por perturbaciones del sueño e incremento del estrés) con el comienzo de varios problemas de salud mental, incluyendo esquizofrenia, consumo de sustancias, trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, y trastornos alimenticios.^{[ii],[iii],[iv],[v],[vi]} Los cambios del cerebro están combinados con cambios en las relaciones de amistad, roles sociales, autoestima, hormonas, y expectativas desafiantes. La mayoría de los estudiantes avanzarán a la enseñanza secundaria, la cual puede ser extremadamente estresante, particularmente para los estudiantes vulnerables. Este también es un periodo cuando los trastornos de salud mental se vuelven más aparentes o cuando los adolescentes comienzan a mostrar síntomas de trastornos de salud mental. Con tantas transiciones y nuevos estresores, desde la pubertad a la adultez temprana es un periodo especialmente vulnerable para la salud mental de los adolescentes.

Salud

- **Sueño:** Los cambios rápidos en el cerebro y en el cuerpo que ocurren durante la adolescencia lo convierten en un periodo crítico para el sueño. Cuando un niño/a alcanza la pubertad, la relación del cuerpo con el sueño comienza a cambiar. El ritmo circadiano, o la combinación de las influencias internas que determinan los horarios del cuerpo de vigilia y sueño, lleva a aquellos en este grupo de edad a comenzar a sentirse cansados alrededor de dos horas después que cuando se sentían en su infancia.^[vii] Ellos también comienzan a necesitar una cantidad mayor de sueño cada noche. Las presiones actuales en los niños, adolescentes, y los adultos jóvenes enfatiza el éxito en lo académico, y en los deportes o clubes, en adición al lidiar con la presión de pares y trabajos de media jornada. Para muchos, la sobrecarga, inicio de clases muy temprano, y otras preocupaciones son más prioritarias que dormir en un momento en que el sueño es particularmente importante. Los trastornos del sueño pueden resultar en problemas de concentración, cambios de humor, hiperactividad, nerviosismo, y conducta agresiva.^[viii] Un estudio mostró que los adolescentes que durmieron menos de seis horas por noche fueron tres veces más propensos a experimentar malestar psicológico que aquellos que durmieron una cantidad saludable.^[ix]
- **Consumo de Sustancias:** El consumo de sustancias durante este periodo podría también estar asociado con problemas de salud mental después.^[x] En particular, las investigaciones han encontrado una relación causal potencial entre la cantidad de marihuana usada durante este periodo y la probabilidad de más tarde experimentar síntomas psicóticos.^[xi] Las investigaciones muestran la conexión más clara entre el consumo de marihuana y posterior síntomas de psicosis entre los consumidores fuertes con vulnerabilidad pre-existente. Por ejemplo, un estudio mostro que los consumidores diarios con una específica variante de gen fueron siete veces más propensos a desarrollar psicosis que aquellos consumidores ocasionales o que no consumían y que tenían el mismo gen.^[xii]
- **Actividad Física:** La actividad física regular en la infancia y la adolescencia ha estado asociada con mejor salud mental, mientras que el tiempo enfrente de la pantalla ha sido asociado con peor salud mental.^[xiii]

Protección o Seguridad

- **Violencia de Pareja:** Para muchos, el periodo de la pubertad a la adultez temprana es cuando las relaciones románticas se vuelven más comunes e importantes. Mientras estas relaciones pueden ser una parte saludable de crecer, esto también es cuando las personas jóvenes pueden comenzar a experimentar violencia de pareja, incluyendo física, emocional, psicológica, y sexual. Entre 10 y 30% de los adolescentes reportan que han sido abusados físicamente por su pareja. Entre 20 y 50% reportan que han sido abusados psicológica o

emocionalmente. Entre 10 y 13% reportan coerción o agresión sexual por parte de su pareja.[xiv] Aquellos que experimentan violencia de pareja son más propensos a mostrar síntomas de depresión y ansiedad, abuso de sustancias, y reportar pensamientos suicidas, además de estar en un riesgo más alto de victimización durante sus estudios superiores.[xv]

Recursos

- **Apoyos:** Para los estudiantes que se encuentran experimentando dificultades, puede ser desafiante obtener ayuda, especialmente con temores en torno a hablar sobre salud mental y pedir ayuda. Incluso cuando alguien pide ayuda, el acceso a los apoyos pueden estar influenciados por la cobertura de seguro de salud, el costo de tratamiento, y la disponibilidad de proveedores en el área. Los establecimientos educacionales tienen la obligación de proveer Programas de Educación Individualizada (IEPs en su sigla en inglés), los cuales están diseñados para proporcionar a los niños con problemas de salud mental el apoyo y los acomodos que ellos necesitan para ser exitosos en el ámbito escolar. Sin embargo, el financiamiento para IEPs es limitado, por lo que muchos niños con problemas de salud mental no recibirán un IEPs o recibirán apoyo inadecuado desde su IEPs. Como resultado, los niños que tienen una alteración emocional que los califique para tener un IEP tienen una tasa de graduación del 43.3%, la más baja de todas las discapacidades.[xvi] Además de las dificultades en obtener tratamiento y apoyo en los ámbitos escolares, los proveedores comunitarios y los equipos del IEP no están coordinados a menudo para asegurar que ellos están trabajando efectivamente juntos. El cuidado necesita estar integrado entre los establecimientos educacionales y el tratamiento y apoyo comunitarios para el mejor apoyo a los niños.

Relaciones

- **Bullying:** El Suplemento del Crimen Escolar 2014–2015 - PDF (Centro Nacional para Estadísticas de la Educación y la Oficina de Estadísticas de la Justicia) indica que, a nivel nacional, cerca del 21% de los estudiantes con edades entre 12 y 18 años experimentaron *bullying*. El Sistema de Vigilancia de la Conducta de Riesgo Juvenil 2015 (Centros por el Control y la Prevención de las Enfermedades) también indica que un estimado 16% de los estudiantes de enseñanza secundaria experimentaron *bullying* electrónicamente en los 12 meses previos a la encuesta.[xvii] Con la Encuesta de Bullying de Salud Mental América, sobre el 60% de los que jóvenes que respondieron de grado seis a doce reportaron sufrir ciberbullying. Cuando se refiere a *bullying* en las escuelas y liceos, un informe del 2013 por parte de la Oficina de Estadísticas de la Justicia estableció que el 28% de los estudiantes entre 12 y 18 años sufrieron *bullying* en el último año.[xviii] Un informe de los Centros por el Control y la Prevención de las Enfermedades en el 2013 señalaron que el 7.2% de los estudiantes señalaron que no fueron a la escuela por motivo de preocupaciones de seguridad personal.[xix] El mismo estudio subrayó un riesgo dramáticamente más alto para el *bullying* entre los estudiantes que se autoidentificaban, son identificados por otros, o están cuestionando la identificación como LGBT. Entre el 12 y el 28% de los estudiantes en este grupo reportaron haber sido amenazados o lesionados con un objeto en la propiedad de la escuela o liceo en el último año.[xx] Aquellos que experimentan *bullying* se encuentran en un riesgo más alto de depresión, ansiedad, abuso de sustancias, bajo rendimiento escolar, y conducta suicida. Por otro lado, los estudiantes, independientemente de su orientación sexual, que reportaron un clima escolar positivo y no experimentaron burlas homofóbicas, tenían niveles más bajos de depresión, sentimientos suicidas, consumo de sustancias, e inasistencias injustificadas.[xxi]
- **Aislamiento:** El periodo de la pubertad a la adultez temprana es cuando las relaciones con pares son especialmente importantes, como los jóvenes están formando sus identidades y navegando su transición hacia los roles adultos. Los adolescentes que reportan altos niveles de

aislamiento social también reportan más síntomas depresivos, más baja autoestima, y se encuentran en un riesgo más alto de suicidio o intentos suicidas que aquellos que no sienten aislamiento.[xxii] Esto demuestra que los ambientes socialmente inclusivos son importantes para asegurarse que los adolescentes obtengan el apoyo que ellos necesitan durante este tiempo.

Intervenciones:

La prevención y la intervención temprana en esta etapa toman en cuenta los desafíos únicos de la enseñanza secundaria y la transición a la adultez. Muchos de los programas de prevención universales se centran en manejar las conductas de alto riesgo, tales como el abuso de sustancias, las cuales pueden relacionarse a la salud mental más tarde. El Programa de Habilidades para la Vida es un ejemplo de un currículo de la enseñanza secundaria que refuerza la autoestima y la resiliencia a presiones sociales. Este programa demuestra una disminución del consumo de sustancias en los adolescentes y el Instituto de Política Pública del Estado de Washington calculó que tiene un retorno en la inversión de 13 dólares americanos por cada dólar invertido.[xxiii]

Debido a que el periodo de la pubertad a la adultez es cuando los síntomas de trastornos específicos se vuelven más aparentes, tres pasos claves son importantes en lograr que los jóvenes reciban la atención que necesitan para ayudar al avance del empeoramiento de los síntomas. En primer lugar, proveer tamizajes universales de salud mental es un primer paso necesario y crítico para la intervención. El tamizaje para los problemas de salud mental debería ser tan extenso como los exámenes preventivos de la visión o de la audición y proveídos durante la pubertad. Un pesquisaje positivo debería ser seguido por una evaluación comprehensiva de salud mental. En segundo lugar, la educación universal sobre los signos tempranos es importante para traer miembros claves de la comunidad que tienen más probabilidades de detectar los problemas cuando ocurren. Un compromiso para el financiamiento de la divulgación y la educación, incluyendo los profesores, los mentores, las iglesias, los pediatras, y los hospitales es necesario para identificar a los jóvenes que a menudo titubeantes en compartir sus problemas de salud mental. Finalmente, una vez que los jóvenes han recibido una evaluación psicosocial complete, debemos proveer servicios especializados que han sido probados ser efectivos. Los ejemplos del cuidado de salud mental especializado basado en la evidencia deberían incluir servicios envolventes, tales como aquellos incluidos en el Tratamiento Comunitario Asertivo Asistido por la Familia o Atención de Especialidad Coordinada por los Primeros Episodios de Psicosis.[xxiv] Actualmente, obtener atención temprana a menudo se reduce a una combinación de recursos, conocimiento del sistema de salud mental, localización, y tiempo; aun desde que con los recursos adecuados y seguro de salud, obtener ayuda puede todavía reducirse a si un buen tratamiento se encuentra disponible en tu área o no. Para aquellos que no tienen acceso a atención especializada durante este periodo crítico, centrándose en la reducción de estrés, aumento del sueño, y adecuada nutrición han mostrado ayudar a construir factores protectores. Por ejemplo, en una investigación, los adolescentes declararon riesgos más altos para el desarrollo de los trastornos psicóticos quienes tomaron 1200 miligramos de aceite de pescado fueron cuatro veces menos propensos a desarrollar un trastorno psicótico 2 años después.[xxv] Para los adolescentes que podrían estar mostrando signos tempranos de trastorno mental, es crucial para nosotros proveerles tratamiento para mantenerlos en sus escuelas y liceos, y vinculados en sus comunidades, con el apoyo que les permita alcanzar sus objetivos de recuperación personales.

SUICIDIO Y JÓVENES

Pareciera ser que cada día que uno sintoniza las noticias otra persona ha terminado con su vida. Famosos, jóvenes, viejos, ricos, pobres, sanos y enfermos – el suicidio no discrimina.

En los jóvenes, el suicidio es la 2da causa de muerte – y completamente prevenible -. Las investigaciones lo demuestran y la información es clara – entonces, ¿por qué tantas personas, aún así, continúan decidiendo terminar con sus vidas de manera prematura? Necesitamos visibilizar la importancia de una buena salud mental, posicionándola como tópico de conversación como el estar resfriado o tener una carie. Nadie debería sentirse solo o con miedo de hablar sobre cómo se siente, y nadie debería llegar al extremo de sentir que nada tiene importancia. La educación, el activismo y las medidas de prevención son una gran ayuda para alejar a las personas de ese abismo. Debemos, como sociedad global, continuar aprendiendo, más allá de las enfermedades y situaciones puntuales, y entender por qué hay personas dispuestas a tomar esa decisión final y qué podemos hacer para revertirla antes que sea tarde.

SUICIDIO

Organización Mundial de la Salud

INFORMACIÓN CLAVE

- **Aproximadamente 800.000 personas fallecen debido al suicidio cada año.**
- **Por cada suicidio hay muchas más personas que intentar cometer suicidio cada año. Un intento suicida previo es el mayor factor de riesgo en la población general.**
- **El suicidio es la 2da causa de muerte en personas de 15 a 29 años.**
- **78% de los suicidios globales ocurren en países con ingresos bajos y medios (países subdesarrollados).**
- **La ingestión de pesticidas, ahorcamientos y el uso de armas (pistolas) se encuentran dentro de los métodos más utilizados a nivel global.**

Cada año aproximadamente 800.000 personas cometen suicidio y hay muchas otras que tienen intento suicida. Cada suicida es una tragedia que afecta familias, comunidades y países enteros, y tiene efectos duraderos en quienes que conocían a la persona. El suicidio puede ocurrir a cualquier edad y fue la segunda causa de muerte entre los 15 y 29 años a nivel global el 2015.

El suicidio no ocurre solamente en países desarrollados, sino que se trata de un fenómeno global presente en todas las regiones del mundo. De hecho, más del 78% de los suicidios a nivel mundial el 2015 ocurrieron en países en vías de desarrollo y subdesarrollados. Es un importante problema a nivel de salud pública; no obstante, el suicide es prevenible con intervenciones precisas, basadas en evidencia y suelen ser a bajo costo. Para que la respuesta sea efectiva, se necesita una estrategia de prevención multisectorial.

¿Quiénes están en riesgo?

Mientras que el nexo entre suicidio y trastorno mental (en particular, depresión y abuso de sustancias) está bien definido en países desarrollados, muchos suicidios suceden de manera impulsiva en momentos de crisis debido a la imposibilidad de lidiar con momentos estresantes como problemas económicos, término de relaciones y dolores crónicos u otras enfermedades.

Además, experimentar conflictos, desastres, violencia, abuso o pérdidas, y el aislamiento están fuertemente relacionados con la conducta suicida. Los índices de suicidios también son altos en los grupos vulnerables como quienes vivencian discriminación; refugiados y migrantes, personas indígenas, personas lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros, intersexuales (LGBTI) y convictos. El factor de riesgo más alto es un previo intento suicida.

Métodos de suicidio

Se estima que alrededor de un 30% de los suicidios a nivel global son realizados mediante auto-envenenamientos con pesticidas, la mayoría de los cuáles ocurren en zonas Rurales en países subdesarrollados o en vías de desarrollo. Otro método común es el uso de armas y el ahorcamiento.

El conocimiento de los métodos más utilizados es importante para la creación estrategias de prevención que han resultado efectivas, como la restricción al acceso a estos medios para cometer suicidio.

Prevención y control

Los suicidios se pueden prevenir. Hay un gran número de medidas que se pueden implementar en la población, grupos y de manera individual para prevenir los intentos suicidas y el suicidio. Estas incluyen:

- Reducir el acceso a medios tales como: pesticidas, armas, algunos medicamentos;
- Transmisiones responsables de los medios de comunicación masiva;
- Políticas para reducir el consume excesivo de alcohol;
- Identificación temprana, tratamiento y seguimiento de las personas con trastornos mentales y abuso de sustancias, dolor crónico y desordenes emocionales agudos;
- Capacitación del personal de salud no especializado en la asesoría y manejo de la conducta suicida;
- Seguimiento de las personas que han tenido intento suicida y apoyo comunitario.

El suicidio es un fenómeno complejo y por lo tanto, los esfuerzos para su prevención requieren de la coordinación y colaboración entre diversos actores sociales, incluyendo el sector de salud y otros, como el sector educativo, laboral, económico, agricultor, legal, políticos y los medios. Estos esfuerzos deben ser integrales e integrados, ya que ningún enfoque por sí solo puede tener un impacto en un tema tan complejo como el suicidio.

DESAFÍOS Y OBSTÁCULOS

Estigma y tabú

El estigma, particularmente el que rodea los trastornos de mentales y el suicidio, implica que muchas personas con ideación suicida o que han hecho intentos de suicidio no busquen ayuda, y por ende, no estén recibiendo el apoyo que necesitan. La prevención del suicido no ha sido abordada de manera adecuada debido a la poca noción del suicidio como un gran problema a nivel de salud pública, y por los tabúes presentes en muchas sociedades que se resisten a hablar de ello de manera abierta. A la fecha, pocos son los países que han incluido la prevención del suicidio entre las prioridades de salud y solo 28 países reportan contar una estrategia nacional de prevención del suicidio.

Aumentar la conciencia de la comunidad y romper el tabú es importante para que los países progresen en la prevención del suicidio.

Calidad de la información

A nivel mundial, la disponibilidad y calidad de la información sobre el suicidio y los intentos de suicidio es deficiente.

Solo 60 Estados miembros tienen datos de registro de buena calidad que pueden utilizarse directamente para estimar las tasas de suicidio.

El problema de la baja calidad en las estadísticas de mortalidad no es exclusivo del suicidio, pero dada la sensibilidad del suicidio - y la ilegalidad del comportamiento suicida en algunos países -, es probable que la falta de información y la clasificación errónea sean problemas mayores en el caso del suicidio que en la mayoría de las otras causas de muerte.

Se requiere una mejor vigilancia y monitoreo del suicidio y los intentos de suicidio para desarrollar estrategias efectivas de prevención del suicidio.

Las diferencias internacionales en los patrones de suicidio y los cambios en las tasas, las características y los métodos de suicidio resaltan la necesidad de que cada país mejore la exhaustividad, la calidad y la precisión de sus datos relacionados con el suicidio. Esto incluye lo vital de tener registros de los casos de suicidio, de intentos de suicidio en hospitales y encuestas representativas (autoreporte) a nivel nacional que recopilan información sobre intentos de suicidio.

Respuesta de la OMS

La OMS reconoce el suicidio como una prioridad de la salud pública. El primer reporte sobre el suicidio de la OMS, “Previniendo el suicidio: un imperativo global”, publicado en 2014, tiene como objetivo aumentar la conciencia de lo significativos de los intentos de suicidio y el suicidio para la salud pública, y hacer de la prevención una alta prioridad en la agenda de salud pública mundial. Además, busca alentar y apoyar a los países a desarrollar o fortalecer estrategias integrales de prevención del suicidio en un enfoque de salud pública multisectorial.

El suicidio es una de las condiciones prioritarias en el Programa de Acción para superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP siglas en inglés) de la OMS lanzado en 2008, que proporciona orientación técnica basada en evidencia para ampliar la prestación de servicios y la atención en países para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. En el Plan de acción de salud mental 2013-2020 de la OMS, los Estados Miembros de la OMS se han comprometido a trabajar para alcanzar el objetivo global de reducir la tasa de suicidio en los países en un 10% para 2020.

Además, la tasa de mortalidad por suicidio es un indicador de la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: para el año 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.

Organización Mundial de la Salud <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
31 de enero de 2018

HOJA INFORMATIVA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

CENTRO DE INFORMACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL (NIMH EN SUS SIGLAS EN INGLES)

INFORMACIÓN CLAVE

- El **suicidio** se define como la muerte causada por un comportamiento dañino auto-dirigido con la intención de morir como resultado de este comportamiento.
- Un **intento suicida** es un comportamiento no fatal, auto-dirigido y potencialmente dañino con la intención de morir como resultado de este comportamiento. Un intento de suicidio puede no resultar en una lesión.
- La **ideación suicida** implica pensar, considerar o planear el suicidio.

SEÑALES Y SÍNTOMAS: Las conductas que se enumeran a continuación pueden ser signos de que alguien está pensando en suicidarse.

- Hablar de querer morir o querer matarse.
- Hablar de sentirse vacío, desesperanzado o el no tener razones para vivir.
- Crear o buscar un plan para matarse como, por ejemplo, búsquedas en internet, guardar fármacos o comprar un arma.
- Hablar de sentir mucha culpa o vergüenza
- Hablar de sentirse atrapado o sentir que no hay solución a sus problemas.
- Sentir un dolor insoportable (emocional o físico).
- Hablar de sentirse una carga para los demás.
- Aumentar el consume de alcohol o drogas.
- Actuar agitado o muy ansioso.
- Aislarse de familia y amigos
- Cambiar hábitos alimenticios y/o de sueño.
- Demostrar rabia o hablar de buscar venganza.
- Tomar riesgos que podrían ser fatales como manejar a gran exceso de velocidad.
- Hablar o pensar frecuentemente sobre la muerte.
- Demostrar cambios abruptos de ánimo, de estar muy triste a muy calmado o feliz.
- Regalar pertenencias muy importantes.
- Despedirse de amigos y familiares
- Poner los asuntos en orden, hacer un testamento

FACTORES DE RIESGO

El suicidio no discrimina. Personas de todos los géneros, edades y etnias pueden estar en riesgo. El comportamiento suicida es complejo y no tiene una única causa. De hecho, son muchos los factores que contribuyen a que alguien intente suicidarse. Pero las personas con mayor riesgo tienden a compartir ciertas características. Los principales factores de riesgo del suicidio son:

- Depresión, otros trastornos mentales o trastornos por abuso de sustancias
- Ciertas condiciones médica
- Dolor crónico
- Un previo intento suicida
- Antecedentes familiares de trastornos mentales o por abuso de sustancias
- Antecedentes familiares de suicidio
- Violencia intrafamiliar, incluyendo abuso físico o sexual
- Tener armas en la casa
- Salida reciente de la cárcel
- Estar expuesta al comportamiento suicida de otras personas, como familiares, pares o celebridades.

Muchas personas presentan estos factores, pero cometen suicidio. Es importante señalar que el suicidio no es una respuesta normal frente al estrés. **Los pensamientos o acciones suicidas son un signo de angustia extrema, no una mera búsqueda de atención inofensiva, y no deben ser ignorados.**

AUTOLESIONES Y SUICIDIO EN JÓVENES

Dr. Rohan Borschmann, Dr. Shilpa Aggarwal, Prof. George Patton

INTRODUCCIÓN

Las autolesiones y el suicidio en jóvenes (menos de 25 años (1, 2)) son un gran problema en la salud pública global. Mientras que el suicidio se traduce en la trágica pérdida de los jóvenes, las autolesiones suelen tener efectos profundos en el comportamiento de los jóvenes, así como en sus familias, servicios de salud y la comunidad en general. "Autolesión" se refiere a cualquier comportamiento intencional que cause daño, mutilación o destrucción del cuerpo y que no se considera como parte de un intento suicida. Esto puede incluir cortes, sobredosis, quemarse, tragar objetos o ingerir sustancias peligrosas, morderse, pellizcarse, tirarse el pelo, golpearse la cabeza, provocarse moretones. Muchos otros términos se usan indistintamente como el término "autolesión"; estos incluyen "automutilación", "autocortes", "autolesión deliberada", "autolesión no suicida", "autolesión deliberada no mortal", "autoenvenenamiento", "comportamiento autolesivo", "violencia autoinfligida", "comportamiento suicida no fatal" y "para-suicidio" (5-7). En este artículo, "autolesión" se entenderá como todos los comportamientos capturados por la definición anterior. Por otro lado, un intento de suicidio es cualquier acto en el que una persona intenta suicidarse, pero sobrevive. La ideación suicida se refiere al pensamiento sobre el suicidio, y la ideación puede ir desde un pensamiento pasajero hasta hacer un plan o llevar a cabo una "prueba" del plan.

¿Cuán comunes son las autolesiones y el suicidio?

Autolesiones

La autolesión es inusual antes de la pubertad y se vuelve más común en la adolescencia temprana (8), con el primer episodio de autolesión entre los 12 y los 16 años (6, 7). Las tasas de autolesiones disminuyen en los últimos años de la adolescencia y continúan disminuyendo hasta al menos el final de los años veinte (ver Figura 1) (9).

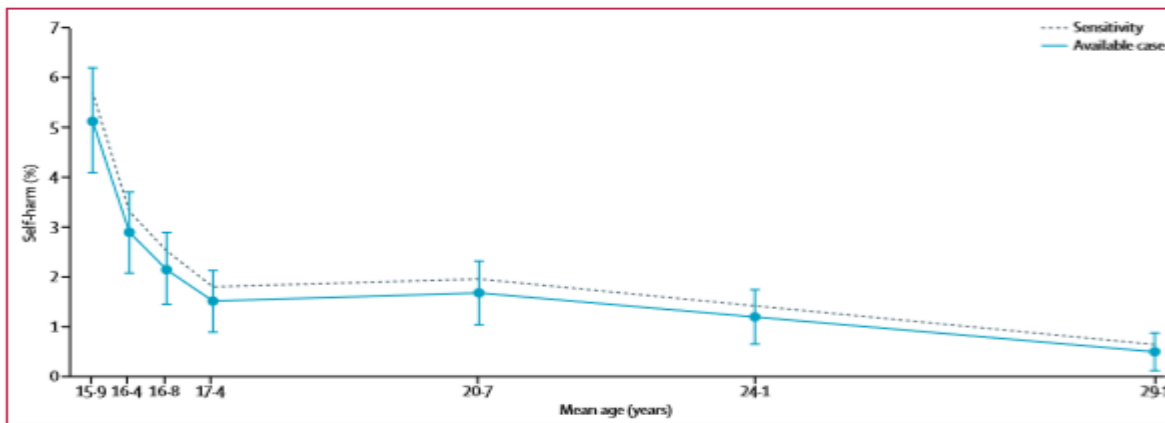


Figura 1. La proporción de jóvenes que han reportado autolesiones recientes entre las edades de 15 a 29 (Moran et al. (9)).

Los estudios comunitarios en países de altos ingresos informan de manera consistente que aproximadamente el 10% de los jóvenes reportan haberse lesionado al menos una vez en sus vidas (10). Es más frecuente en mujeres que en hombres (9, 10), y cortarse es la forma más común de autolesión, seguida de envenenamiento o sobredosis (11, 12). Solo una pequeña cantidad de jóvenes que se autolesionan (aproximadamente uno de cada ocho) se presentan a los servicios de salud para recibir tratamiento (10), lo que significa que la mayoría se omite en las estadísticas oficiales. No obstante, en el Reino Unido la autolesión es una de las cinco razones más comunes para el ingreso agudo al hospital (13). Son 120.000 ingresos al año, de los cuales casi la mitad son episodios repetidos y el 90% involucra sobredosis de medicamentos.

La autolesión en jóvenes ha sido menos estudiada en los países de ingresos bajos y medianos (LMIC en sus siglas en inglés), pero la evidencia disponible sugiere que podría ser igual, si no mayor, que en los países de ingresos altos. Una reciente revisión sistemática de autolesiones en jóvenes de LMIC informó que aproximadamente entre el 15 y el 31% de los jóvenes de 12 a 25 años informaron autolesiones (14). En ocasiones, la lesión puede infringirse en respuesta a un estrés agudo con poco riesgo posterior para la persona. Sin embargo, a menudo, es un indicador de problemas de salud mental subyacentes y un mayor riesgo de suicidio (15). En la población general se reporta que aproximadamente el 4% de los adultos (16), el 13-45% de los adolescentes (17-19) y el 14-35% de los estudiantes universitarios (20-22) tienen una historia reciente de autolesiones. Es más común en los grupos vulnerables o marginados, como las personas homosexuales y bisexuales (6, 23) y en ciertas subculturas de adolescentes, como los góticos (24, 25).

Es particularmente común entre los jóvenes, grupo en el que las tasas de autolesiones repetitivas y clínicamente graves parecen aumentar (9, 11, 26-32). En estudios longitudinales se ha encontrado que la mayoría de los jóvenes que se autolesionan durante la adolescencia ya no lo hacen cuando ingresan en la adultez temprana (9). Sin embargo, este grupo etario a menudo experimenta persistentes dificultades en la edad adulta (23, 33), las cuales incluyen tasas más altas de consumo de drogas y alcohol (34, 35), trastornos mentales (34) y problemas para mantener relaciones íntimas (36).

Suicidio

Cada año se estima que hay 800.000 suicidios en todo el mundo, y en los jóvenes es la segunda causa de muerte (37).

Por cada muerte, hay muchos más que intentan quitarse la vida. A diferencia de la autolesión, el suicidio es más común en hombres que en mujeres (10). Más de tres cuartos (78%) de todas las muertes por suicidio en el mundo ocurren en países de ingresos bajos y medios (37).

Aunque los suicidios masculinos superan en número a los suicidios femeninos en los países europeos y en los Estados Unidos en aproximadamente cuatro a uno, la proporción en los países asiáticos es mucho menor; dos es a uno (56, 57). Tragar pesticidas, colgarse y el uso de armas de fuego son de los métodos más comunes en todo el mundo.

¿Existe una correlación entre las autolesiones y el suicidio?

Las autolesiones están fuertemente asociadas al suicidio (38-41). El riesgo de suicidio es mayor en los primeros seis meses después de un episodio de autolesión y la autolesión también está asociada con un mayor riesgo de muerte accidental o discapacidad permanente (6, 13).

Por cada joven que muere a causa de un suicidio, ocurren aproximadamente 30 actos de autolesión (42). Tras un acto de autolesión, la tasa de

suicidio en jóvenes aumenta en 50-100 veces en comparación a la tasa de suicidio observada en la población general (26, 40)(58). Aproximadamente el 1% de los jóvenes que acuden a los departamentos de emergencia después de autolesiones mueren por suicidio en el año siguiente. Esta cifra aumenta al 4% en diez años, al 9% en 22 años y 10% a lo largo de toda la vida (43, 44). Aproximadamente la mitad de todas las personas que mueren por suicidio tienen antecedentes de autolesión, y aproximadamente el 25% se autolesionó en el año anterior (44). A la luz de esta asociación entre la autolesión y el suicidio, al intervenir efectivamente para reducir las autolesiones en los jóvenes, es probable que la cantidad de muertes por suicidio también se reduzca.

¿Por qué los jóvenes se autoagreden?

La mayoría de los jóvenes que se autolesionan lo hacen en respuesta a un dolor emocional intenso o a la sensación de sentirse abrumados por sentimientos, pensamientos o recuerdos negativos (45). Algunos pueden percibir que no hay otra manera de lidiar con lo que están experimentando, o expresar lo que están sintiendo. A veces puede ser un medio de escape de situaciones sociales intolerables o para provocar una respuesta de apoyo de los demás. (14). Aun cuando se pueda producir un aparente alivio temporal, la autolesión poco ayuda a superar los problemas emocionales. Existen otras funciones emocionales de la autolesión, como el castigarse a uno mismo, expresar enojo, aliviar tensión, distraerse de una situación intolerable, afirmar su autonomía o establecer un límite entre uno y los demás, y generar entusiasmo (6, 24, 46-56).

¿En qué nos deberíamos enfocar para prevenir las autolesiones y el suicidio?

La autolesión y el suicidio en los jóvenes son producto de una interacción entre factores biológicos, psiquiátricos, psicológicos, sociales y culturales (10). La Tabla 1 enumera los principales factores asociados con la autolesión en adolescentes (6, 11, 57-60) y el suicidio (10, 61). Aunque estos factores no necesariamente *causan* autolesiones o suicidio, cada uno se ha asociado de manera independiente con autolesiones y/o comportamientos suicidas en varios estudios. Si bien el vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales (en particular, la depresión y los trastornos por consumo de alcohol) está bien establecido en los países de altos ingresos, muchos suicidios ocurren de manera impulsiva en momentos de crisis, como el tener problemas financieros, rupturas de relaciones o dolores crónicos y enfermedades (37). El riesgo de cometer suicidio es más común en los grupos que experimentan discriminación, como las personas homosexuales, bisexuales, transgéneros, intersexuales (LGBTI), refugiados y migrantes, jóvenes indígenas, y jóvenes que estén en contacto con el sistema penitenciario (37). Cabe destacar que el mayor factor de riesgo es un intento de suicidio previo (37).

El vínculo entre los trastornos mentales y el suicidio está menos establecido cuando se trata de LMICs (57). Hay muchos factores relacionados con la familia, los pares y el colegio que se han relacionado de manera significativa con las autolesiones y suicidios de adolescentes en los LMIC. Los factores de riesgo a nivel familiar son similares a los de países desarrollados e incluyen un historial de violencia familiar y/o maltrato infantil, relaciones familiares conflictivas y padres divorciados que introducen nuevas parejas en la estructura familiar. Al contrario, un buen funcionamiento familiar superior y el tener padres más comprensivos parecen ser factores de protección contra el suicidio. Esto podría deberse a las redes familiares significativas y a una mayor sensación de confianza de parte de los jóvenes hacia sus familias en los LMIC (14). Los factores de riesgo relacionados con los pares incluyen cuando el mejor amigo/a del joven se autolesiona, y cuando tienen una opinión negativa de los miembros de su familia. Además, el bajo rendimiento escolar, la inasistencia a clases y el abandono escolar se asocian con las autolesiones en los LMIC (14).

Tabla 1 Factores asociados con las autolesiones y el suicidio.

Factores	Autolesiones	Suicidio/ Intento suicida
Demográficos	Edad: <20 años	Edad: 18 – 40
	Género femenino	Género masculino
	Bajo nivel económico	Bajo nivel económico
	Bajo nivel educativo	Bajo nivel educativo
	Divorciado/Separado	Divorciado/Separado
	LGBTI ¹	LGBTI ¹
	Antecedentes criminales	Antecedentes criminales
	Abuso sexual en la infancia	Abuso sexual en la infancia
	Victimización debido a agresión sexual	
		Padres separados o divorciados
	Desempleo	
Sociales	Experiencias negativas en la infancia	Experiencias negativas en la infancia
	Aislamiento social	Dificultades interpersonales en la adolescencia (dificultad para hacer nuevos amigos, discusiones con autoridades y pares, crueldad frecuente hacia sus pares)
	Victimización debido a experiencias bullying	Victimización debido a experiencias bullying
	Exposición a las autolesiones	Exposición al suicidio o intentos suicidas
	Consumo de alcohol	
	Inicio de la actividad sexual	
	Soledad	
Psiquiátricos	Depresión	Depresión
	Abuso de sustancias	Abuso de sustancias
	Previa hospitalización psiquiátrica	Previa hospitalización psiquiátrica
	Trastorno de personalidad	
	Trastorno de ansiedad	
Psicológicos	Impulsividad	Impulsividad
	Pocas habilidades para resolver problemas	Pocas habilidades para resolver problemas
	Desesperanza	Desesperanza
	Baja autoestima	Baja autoestima
	Perfeccionismo	
	Autocrítico	
		Alto intento suicida
Situacionales	Eventos negativos actuales	Eventos negativos actuales
	Intoxicación	Intoxicación
		Exposición al suicidio a través de los medios

¹Lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros, intersexuales

Tratamientos para las autolesiones y la ideación suicida en jóvenes:

La evidencia, obtenida a partir de investigaciones sobre tratamientos efectivos para las autolesiones y los intentos suicidas, es limitada. La evidencia sostiene una mayor efectividad en la reducción de las autolesiones que los intentos de suicidio(62). Sólo se han logrado pequeños avances en la prevención y faltan pruebas de intervenciones de tratamiento eficaces. Fuera del tratamiento clínico estructurado en entornos comunitarios, es probable que la mayor parte del tratamiento de las autolesiones de los adolescentes se lleve a cabo en el consultorio de un consejero escolar. Existen pruebas limitadas de la efectividad de algunas terapias de conversación (como la terapia dialéctica conductual para adolescentes [DBT-A] y el tratamiento basado en la mentalización[MBT]), sin embargo, estos hallazgos necesitan ser replicados en otros estudios antes de que puedan ser aceptados como verdaderamente beneficiosos.

También hay pocas pruebas que apoyen la utilidad de involucrar a las familias en el tratamiento de las autolesiones de los adolescentes, y pueden considerarse como socios en la prestación de atención y la promoción de la participación en los servicios de tratamiento (59). Sin embargo, la evidencia general no es alentadora, ya que los autores de un estudio a gran escala en 2018 concluyeron que los médicos todavía no pueden recomendar una intervención clara y basada en la evidencia para reducir la autolesión repetida en adolescentes (63). El desarrollo y la evaluación de nuevas intervenciones psicosociales y farmacológicas para reducir el daño autoinfligido y el suicidio en los jóvenes debería considerarse una prioridad importante, y debería incluir intervenciones basadas en Internet. La mejora de la atención de la salud mental de los adolescentes, tanto en términos de acceso como de calidad de los servicios, es esencial, especialmente en los países de ingresos bajos y medios (10).

¿Cómo puedo ayudar a alguien que se ha autoagredido o que pudiese presentar riesgo de suicidio?

La mayoría de los jóvenes que se autolesionan no buscan ayuda de antemano; los adolescentes han informado de que la preocupación por la confidencialidad y el estigma son barreras para buscar ayuda para autolesionarse o para tener ideas suicidas (10). Los elementos de apoyo incluyen hacer saber al joven que no está solo y animarlo a pedir ayuda profesional. Es importante ser lo más abierto posible y garantizar la seguridad en la discusión de los sentimientos. La evaluación debe incluir preguntarle directamente al joven si está pensando en suicidarse y, cuando sea pertinente, llamar al hospital local o al servicio de salud mental. Aunque esto puede ser difícil, llamar a una ambulancia o llevar a un joven al departamento de emergencia del hospital más cercano puede ser apropiado si necesita atención médica urgente (45). La evidencia disponible nos dice que el riesgo de suicidio de una persona joven sigue siendo elevado durante al menos una década después de una presentación en urgencias con autolesiones (33). Por lo tanto, la autolesión durante la adolescencia debe ser considerada por los amigos, familiares y profesionales de la salud como algo más que una fase pasajera (64).

Dr. Rohan Borschmann, PhD, DClinPsych
Instituto de Investigación Infantil de Murdoch (Centro para la Salud de los Adolescentes)
AUSTRALIA
e): rohan.borschmann@mcri.edu.au

Dr. Shilpa Aggarwal, Adv. Training Cert. en Psiquiatría de Niños y Adolescentes, FRANZCP
Afiliación: Universidad Deakin
AUSTRALIA
e): shilpazq@gmail.com

Prof. George Patton, MD, MRCPsych
Instituto de Investigación Infantil de Murdoch (Centro para la Salud de los Adolescentes)
AUSTRALIA
e): george.patton@rch.org.au

Referencias

1. UN. Division for Social Policy and Development. World Youth Report 2007. New York (NY): United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2007. Available from: http://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/wyr07_introduction.pdf. 2007.
2. Sawyer S, Azzopardi P, Wickremarathne D, Patton G. The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2018;17 January; [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1).
3. Feigenbaum J. Self-harm - the solution not the problem: the dialectical behaviour therapy model. *Psychoanalytic Psychotherapy*. 2010;24(2):115-34.
4. Hawton K, Harriss L. The changing gender ratio in occurrence of deliberate self-harm across the lifespan. *Crisis*. 2008;29(1):4-10.
5. NICE. Self-harm: the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. Clinical guidelines. National Institute for Health and Clinical Excellence. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2004.
6. Skegg K. Self-harm. *The Lancet*. 2005;366:1471-83.
7. Nock MK. Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2010;6:339-63.
8. Wilkerson P, Goodyer I. Non-suicidal self-injury. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2011;20:103-8.
9. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB, et al. The natural history of self-harm during adolescence and young adulthood: population-based cohort study. *The Lancet*. 2012;379(9812):236-43.
10. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379:2373-82.
11. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*. 2002;325:1207-11.
12. Madge N, Hewitt A, Hawton K, De Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(6):667-77.
13. NICE. Self-harm: longer-term management. National Clinical Guideline 133. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2011.
14. Aggarwal S, Patton G, Reavley N, Sreenivasan SA, Berk M. Youth self-harm in low-and middle-income countries: systematic review of the risk and protective factors. *International journal of social psychiatry*. 2017;0020764017700175.
15. Portzky G, de Wilde EJ, van Heeringen K. Deliberate self-harm in young people: differences in prevalence and risk factors between The Netherlands and Belgium. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2008;17:179-86.
16. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1998;68:609-20.
17. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of nonsuicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*. 2007;37:1183-92.
18. Plener PL, Libal G, Keller F, Fegert JM, Muehlenkamp JJ. An international comparison of adolescent nonsuicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*. 2009;39:1549-58.
19. Ross S, Heath N. A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 2002;31:67-77.
20. Favazza AR, DeRosear L, Conterio K. Self-mutilation and eating disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1989;19:352-61.
21. Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2001;23(4):253-63.
22. Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*. 2006;117(6):1939-48.
23. Deliberto TL, Nock MK. An exploratory study of correlates, onset, and offset of non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*. 2008;12(3):219-31.
24. Moorey S. Managing the unmanageable: cognitive behaviour therapy for deliberate self-harm. *Psychoanalytic Psychotherapy*. 2010;24(2):135-49.
25. Young R, Sweeting H, West P. Prevalence of deliberate self harm and attempted suicide within contemporary Goth youth subculture: longitudinal cohort study. *British Medical Journal*. 2006;332:1058-61.
26. Hawton K, Harriss L, Hall S, Simkin S, Bale E, Bond A. Deliberate self-harm in Oxford, 1990-2000: a time of change in patient characteristics. *Psychological Medicine*. 2003;33(6):987-95.
27. Brener ND, Krug EG, Simon TR. Trends in suicide ideation and suicidal behavior among high school students in the United States, 1991-1997. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2000;30(4):304-12.
28. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160:1501-8.
29. Boyce P, Oakley-Browne MA, Hatcher S. The problem of deliberate self-harm. *Current Opinion in Psychiatry*. 2001;14:107-11.
30. Hawton K, Hall S, Simkin S, Bale L, Bond A, Codd S, et al. Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003;44(8):1191-8.
31. Nicholson S, Jenkins R, Meltzer H. Suicidal thoughts, suicide attempts and self-harm. *Adult psychiatric morbidity in England*. 2007:71-87.
32. Sawyer SM, Patton GC. Why are so many more adolescents presenting to our emergency departments with mental health problems? *The Medical Journal of Australia*. 2018;208(8):339-40.
33. Herbert A, Gilbert R, Cottrell D, Li L. Causes of death up to 10 years after admissions to hospitals for self-inflicted, drug-related or alcohol-related, or violent injury during adolescence: a retrospective, nationwide, cohort study. *The Lancet*. 2017.
34. Mars B, Heron J, Crane C, Hawton K, Lewis G, Macleod J, et al. Clinical and social outcomes of adolescent self harm: population based birth cohort study. *BMJ*. 2014;349:g5954.
35. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Degenhardt L, Borschmann R, Patton G. Substance use in adulthood following adolescent self-harm: a population-based cohort study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2015;131(1):61-8.
36. Borschmann R, Becker D, Coffey C, Spry E, Moreno-Betancur M, Moran P, et al. 20-year outcomes in adolescents who self-harm: a population-based cohort study. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2017.

37. WHO. Suicide. World Health organization. Accessed 3 May 2018 from: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. 2018.
38. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self harm: long term follow up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*. 2003;182:537-42.
39. Maddock GR, Carter GL, Murrell ER, Lewin TJ, Conrad AM. Distinguishing suicidal from non-suicidal deliberate self-harm events in women with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010;44(6):574-82.
40. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 2002;181:193-9.
41. Clarke T, Baker P, Watts CJ, Henderson H, Evans T, Sherr L. Self-harm in younger people: audit of prevalence and provision. *Psychology, Health and Medicine*. 2001;6(4):349-59.
42. Gelder M, Mayou R, Cowen P. Suicide and deliberate self-harm. In: Gelder M, Mayou R, Cowen P, editors. *Shorter Oxford textbook of psychiatry* (4th ed). Oxford, UK: Oxford University Press; 2001. p. 507-32.
43. Crawford M, Thomas O, Kham N, Kulinskaya E. Psychosocial interventions following self-harm: systematic review of their efficacy in preventing suicide. *British Journal of Psychiatry*. 2007;190:11-7.
44. Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R, et al. Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal*. 1998;317:441-7.
45. Headspace. Self-harm. Headspace National Youth Mental Health Foundation. Downloaded 31 March 218 from: <https://www.headspace.org.au/assets/Uploads/Resource-library/Young-people/Self-harm-web.pdf> 2018.
46. Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 2002;111(1):198-202.
47. Gunderson J. *Borderline Personality Disorder*. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 1984.
48. Herpetz S. Self-injurious behavior: psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1995;91:57-68.
49. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*. 2006;27:226-39.
50. Korner A, Gerull F, Stevenson J, Meares R. Harm avoidance, self-harm, psychic pain, and the borderline personality: life in a "haunted house". *Comprehensive Psychiatry*. 2007;48:303-8.
51. Motz A. Self-harm as a sign of hope. *Psychoanalytic Psychotherapy*. 2010;24(2):81-92.
52. Slee N, Garnefski N, van der Leeden R, Arensman E, Spinhoven P. Cognitive behavioural intervention for self-harm: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 2008;192(3):202-11.
53. Tragesser SL, Sohan M, Schwartz-Mette R, Trull TJ. The role of affective instability and impulsivity in predicting future BPD features. *Journal of Personality Disorders*. 2007;21(6):603-14.
54. Brooke S, Horn N. The meaning of self-injury and overdosing amongst women fulfilling the diagnostic criteria for 'borderline personality disorder'. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2010;83:113-28.
55. Zanarini MC, Laudate CS, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Predictors of self-mutilation in patients with borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*. 2011;45(6):823-8.
56. Perroud N, Dieben K, Nicastrò R, Muscionico M, Huguélet P. Functions and timescale of self-cutting in participants suffering from borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2012;26(2):267-79.
57. Patton G, Hemphill SA, Beyers JM, Bond L, Toumbourou JW, McMorris BJ, et al. Pubertal stage and deliberate self-harm in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2007;46(4):508-14.
58. De Leo D, Heller TS. Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *Medical journal of Australia*. 2004;181(3):140.
59. O'connor RC, Rasmussen S, Hawton K. Predicting Deliberate Self-Harm in Adolescents: A Six Month Prospective Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2009;39(4):364-75.
60. Hawton K, Harriss L, Rodham K. How adolescents who cut themselves differ from those who take overdoses. *European child & adolescent psychiatry*. 2010;19(6):513-23.
61. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of general psychiatry*. 2002;59(8):741-9.
62. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2015;54(2):97-107. e2.
63. Cottrell DJ, Wright-Hughes A, Collinson M, Boston P, Eisler I, Fortune S, et al. Effectiveness of systemic family therapy versus treatment as usual for young people after self-harm: a pragmatic, phase 3, multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(3):203-16.
64. Patton G, Borschmann R. Responding to the adolescent in distress. *The Lancet*. 2017.

IDENTIDAD DE GÉNERO Y BIENESTAR MENTAL

Muchos jóvenes exploran su identidad de género durante su juventud, lo que a veces resulta en cambios importantes en su realidad, sus relaciones y su estabilidad. Es real, no es una elección y debemos considerar a la persona que está debajo de todo esto y crear un ambiente de aceptación y apoyo para permitir que el niño crezca sano y resistente. La educación, la promoción y los derechos humanos básicos para los miles de jóvenes que están considerando su identidad en este momento son cruciales para ayudarles a lograr su bienestar a largo plazo.

VELANDO POR LA SALUD MENTAL DE ADOLESCENTES LGBTI (MINORÍAS SEXUALES Y DE GÉNERO)

Elizabeth M. Saewyc, PhD, RN, FSAHM, FACHS, FAAN

La adolescencia es una etapa de tremendo crecimiento y cambio, tanto físico como intelectual y social. Es durante estos años cuando los jóvenes desarrollan con mayor frecuencia sus atractivos románticos y sexuales, además de consolidar su identidad de género. La mayoría de los adolescentes se identificarán como uno de los dos únicos géneros, niños o niñas, y ese género tenderá a alinearse con el sexo que se les asignó al nacer en base a la observación (jóvenes cisgénero). Sin embargo, una pequeña proporción de jóvenes se identificará como el otro de los dos géneros principales, o como una opción diferente, no binaria; a este grupo a veces se le llama juventud transgénero. Otro 1% a 2% de la población tendrá diferencias en sus cuerpos que no están claramente alineadas como hombres o mujeres, niños o niñas, también conocidos como personas intersexuales.

De manera similar, la mayoría, pero no todos los adolescentes desarrollarán atracciones románticas y sexuales heterosexuales (los niños se sienten atraídos únicamente por las niñas, las niñas se sienten atraídas únicamente por los niños). Entre el 2% y el 10% de los jóvenes desarrollarán atracciones del mismo sexo (gay, lesbiana o queer) o atracciones para más de un género (también llamadas en su mayoría heterosexuales, bisexuales o pansexuales), o ninguna atracción en absoluto (asexual). Dada la gran variedad de términos y etiquetas para las personas pertenecientes a minorías sexuales y de género en diferentes idiomas, las Naciones Unidas, la OMS y otros organismos de las Naciones Unidas utilizan el acrónimo LGBTI, que significa lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales.

Como pequeña minoría de la población, en la mayoría de los países del mundo las personas LGBTI están marginadas y se enfrentan al estigma y la discriminación, al rechazo familiar e incluso a la violencia. En más de 70 naciones sigue siendo ilegal identificarse como LGBTI, y en algunos de esos países, las personas LGBTI pueden ser arrestadas, encarceladas o condenadas a muerte. Incluso en lugares donde están plenamente protegidos por las leyes de derechos humanos, como en Canadá, los jóvenes LGBTI pueden enfrentarse a la desaprobación social y al estigma, y pueden ser acosados o intimidados en la escuela.

Este estigma y discriminación contribuye al estrés y a los retos de salud mental de los adolescentes LGBTI. En casi todos los países en los que se ha estudiado su salud, incluyendo países de América del Norte y del Sur, Europa y Asia, los jóvenes LGBTI enfrentan mayores índices de ansiedad, depresión y angustia emocional. Ellos reportan de 2 a 8 veces el riesgo de autolesionarse, pensamientos suicidas e intentos de suicidio que sus pares heterosexuales y cisgéneros en las mismas comunidades.

Este mayor riesgo no es universal. Hay varias maneras en que las comunidades, las escuelas y las familias pueden apoyar a los jóvenes LGBTI y promover una salud mental positiva. El primero y quizás el de mayor alcance es asegurar que las leyes y políticas de las regiones y comunidades locales protejan los derechos humanos de todas las personas, incluyendo a los jóvenes LGBTI. Como señaló la ONU en la Declaración Conjunta sobre *la Eliminación de la Violencia y la Discriminación contra las Personas Lésbicas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales* emitida en septiembre de 2015, siguen "seriamente preocupados por el hecho de que, en todo el mundo, millones de personas LGBTI, las percibidas como LGBTI y sus familias se enfrentan a violaciones generalizadas de los derechos humanos. Esto es motivo de alarma y acción". Abogar por la

aplicación de las leyes internacionales de derechos humanos en su comunidad local es una manera de crear un ambiente más seguro para promover la salud mental de los jóvenes LGBTI. Las investigaciones han demostrado que en las comunidades que tienen leyes de derechos humanos y actitudes de apoyo hacia las personas LGBTI, los intentos de suicidio son menores que en las comunidades que no cuentan con dicho apoyo.

Las instituciones educativas pueden ser otro lugar importante para apoyar el bienestar mental de los adolescentes LGBTI. Las políticas de seguridad escolar y contra la intimidación que identifican específicamente la orientación sexual y la identidad y expresión de género entre otras características, como el origen étnico o racial o las discapacidades físicas, son más efectivas para crear escuelas seguras y acogedoras, y están relacionadas con menores probabilidades de pensamientos e intentos de suicidio entre los jóvenes LGBTI. Los clubes sociales o grupos de apoyo, llamados alianzas gay/heterosexuales o alianzas de género y sexualidad (GSA, por sus siglas en inglés) durante o después de la escuela, pueden ser otra estrategia para apoyar a los jóvenes LGBTI, incluso si en realidad no participan en el grupo en sí. Se ha demostrado que tener un GSA en una escuela altera el clima escolar, reduciendo la discriminación y los problemas de salud mental. Las políticas escolares y las GSAs no sólo benefician a los jóvenes LGBTI; la intimidación y la discriminación anti-LGBTI pueden dirigirse a otras personas que se perciben o se sospecha que son LGBTI, incluso si no lo son, con resultados similares en desafíos de salud mental. En una investigación realizada en Canadá, encontramos que en las escuelas que tenían políticas de Escuelas Seguras y/o GSAs, las probabilidades de intentos de suicidio entre los niños heterosexuales eran la mitad de las probabilidades en las escuelas que no tenían tales políticas inclusivas.

Las escuelas que apoyan a los profesores y demás personal LGBTI e incluyen información precisa y positiva sobre las personas LGBTI en su currículo escolar, también proporcionan apoyo importante para la salud mental de los jóvenes LGBTI. Los jóvenes necesitan modelos a seguir para guiarlos e inspirarlos. El conocimiento de que algunas de las personas famosas que están aprendiendo en la escuela son LGBTI como ellos puede crear un sentido de orgullo y esperanza. Y los profesores y el personal LGBTI que son visibles en la escuela transmiten el mensaje de que la escuela da la bienvenida a estudiantes como ellos. Asegurar que todos los profesores y el personal tengan oportunidades de desarrollo profesional para aprender a incluir a los estudiantes LGBTI también ayuda a crear un ambiente escolar seguro y de apoyo.

Finalmente, las familias son un apoyo clave para los jóvenes LGBTI, tal como lo son para todos los demás adolescentes. Los jóvenes generalmente necesitan el amor y el apoyo de sus padres u otros miembros de la familia para crecer y prosperar. Incluso cuando la sociedad es hostil, o el colegio no es segura, los jóvenes LGBTI que tienen familias que los aman y los aceptan reportan una salud mental mucho mejor. Puede ser difícil para los padres y los miembros de la familia ir en contra de las creencias y actitudes culturales o espirituales con las que se han criado o que están generalizadas en su comunidad, pero puede marcar la diferencia para los adolescentes LGBTI tener padres y otros miembros de la familia que los acepten, los entiendan, los protejan y hablen por ellos en su comunidad.

Referencias:

Arnarsson A, Sveinbjornsdottir S, Thorsteinsson Eb, Bjarnason T. (2015). Suicidal risk and sexual orientation in adolescence: A population-based study in Iceland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(5), 497–505. Doi: 10.1177/1403494815585402.

Burton, C.M., Marshal, M.P., Chisolm, D.J., Sucato, G.S., & Friedman, M.S. (2013). Sexual minority-related victimization as a mediator of mental health disparities in sexual minority youth: A longitudinal analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(3), 394-402.

Eskin M., Kaynak-Demir H., & Demir S. (2005). Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behavior in university students in Turkey. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 185-195.

- Friedman MS, Marshal MP, Guadamuz TE, Wei C, Saewyc E, Wong CF, & Stall R. (2011). A meta-analysis to examine disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and non-sexual minority individuals. *American Journal of Public Health, 101*(81), 1481-1494. doi: 10.2105/AJPH.2009.190009.
- Hatzenbuehler ML. (2011). The Social Environment and Suicide Attempts in Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Pediatrics, 127*(5), 896-903. doi:10.1542/peds.2010-3020.
- Hatzenbuehler ML, Birkett M, Van Wagenen A, Meyer IH. (2013) Protective School Climates and Reduced Risk for Suicide Ideation in Sexual Minority Youths. *American Journal of Public Health, 104*(2), 279-286. doi:10.2105/AJPH.2013.301508.
- Lam T.H., Stewart S.M., Leung G.M., Lee P.W., Wong J.P., et al. (2004). Depressive symptoms among Hong Kong adolescents: Relation to atypical sexual feelings and behaviors, gender dissatisfaction, pubertal timing, and family and peer relationships. *Archives of Sexual Behavior 33* (5): 487-496.
- Lian Q, Zuo X, Lou C, Gao E, Cheng Y. (2015). Sexual orientation and risk factors for suicidal ideation and suicide attempts: A multi-centre cross-sectional study in three Asian cities. *Journal of Epidemiology, 25*(2), 155-161. Doi:10.2188/jea.JE20140084.
- Lucassen, M.F., Merry, S.N., Robinson, E.M., Denny, S., Clark, T., Ameratunga, S., & Rossen, F.V. (2011). Sexual attraction, depression, self-harm, suicidality and help-seeking behaviour in New Zealand secondary school students. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 45*, 5, 376-383.
- Peter T, Edkins T, Watson R, Adjei J, Homma Y, & Saewyc E. (2017). Trends in suicidality among sexual minority and heterosexual students in a Canadian population-based cohort study. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity. 4*(1), 115-123. doi:10.1037/sgd0000211.
- Pinhey T.K., & Millman S.R. (2004). Asian/Pacific islander adolescent sexual orientation and suicide risk in Guam. *American Journal of Public Health, 94*, 1204-1206.
- Porta C, Singer E, Mehus CJ, Gower AL, Fredkove W, Saewyc EM, Eisenberg ME. (2017). LGBTQ youth's views on gay-straight alliances: Building community, providing gateways, and representing safety and support. *Journal of School Health, 87*(7), 489-497. DOI: 10.1111/josh.12517
- Poteat VP, Yoshikawa H, Calzo JP, et al. (2015). Contextualizing Gay-Straight Alliances: Student, Advisor, and Structural Factors Related to Positive Youth Development Among Members. *Child Development, 86*, 176-193. doi:10.1111/cdev.12289
- Russell S.T., Kosciw J., Horn S., Saewyc E. (2010). Safe schools policy for LGBTQ students. *SRCD Social Policy Report, 24*(4), 1-17.
- Saewyc, E.M. (2011). Research on adolescent sexual orientation: Development, health disparities, stigma and resilience. *Journal of Research on Adolescence, 21*(1), 256-272. PMC4835230.
- Saewyc E, Konishi C, Rose H, & Homma Y. (2014). School-based strategies to reduce suicidal ideation, suicide attempts and discrimination among sexual minority and heterosexual adolescents in Western Canada. *International Journal of Child, Youth and Family Studies, 5* (1), 89-112. PMC4716826.
- United Nations Joint LGBTI Statement (2015). Available in several languages at <http://www.who.int/gender-equity-rights/news/un-statement-on-lgbti/en/>
- Veale J, Peter T, Travers R, Saewyc EM. (2017). Enacted stigma, mental health, and protective factors among transgender youth in Canada. *Transgender Health, 2*(1), 207-216. Doi: 10.1089/trgh.2017.0031.
- van Griensven F, Kilmarx PH, Jeeyapant S, Manopaiboon C, Korattana S, Jenkins RA, Uthavivoravit W, Limpakarnjanarat K, Mastro TD. (2004). The prevalence of bisexual and homosexual orientation and related health risks among adolescents in northern Thailand. *Archives of Sexual Behavior. 33*(2), 37-47.
- Wichstrom L., & Hegna K. (2003). Sexual orientation and suicide attempt: A longitudinal study of the general Norwegian adolescent population. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 144-151.
- Zhang H, Wong WC, Ip P, Fan S, Yip PSF (2017). Health status and risk behaviors of sexual minorities among Chinese adolescents: A school-based survey. *Journal of Homosexuality, 64*(3), 382-396, DOI:10.1080/00918369.2016.1190221.

Elizabeth M. Saewyc, PhD, RN, FSAHM, FACHS, FAAN
Escuela de Enfermería, Universidad de British Columbia
elizabeth.saewyc@ubc.ca



AMERICAN
PSYCHOLOGICAL
ASSOCIATION

Respuestas a tus Preguntas

SOBRE PERSONAS TRANSGÉNERO, IDENTIDAD DE GÉNERO Y EXPRESIÓN DE GÉNERO

<http://www.apa.org/topics/lgbt/transgender.pdf>

¿Qué significa “transgénero”?

Transgénero es un término genérico para las personas cuya identidad de género, expresión de género o comportamiento no se ajusta a lo que típicamente se asocia con el sexo al que fueron asignados al nacer. La identidad de género se refiere al sentido interno de una persona de ser hombre, mujer u otra cosa; la expresión de género se refiere a la manera en que una persona comunica la identidad de género a los demás a través de su comportamiento, vestimenta, peinados y características de voz o cuerpo. “Trans” se usa a veces como abreviatura de “transgénero”. Mientras que transgénero es generalmente un buen término para usar, no todas las personas cuya apariencia o comportamiento es de género no conforme se identifican como personas transgénero. Las formas en que se habla de las personas transgénero en la cultura popular, la academia y la ciencia están cambiando constantemente, particularmente a medida que crece la conciencia, el conocimiento y la apertura de las personas transgénero y sus experiencias.

¿Cuál es la diferencia entre sexo y género?

El sexo se asigna al nacer, se refiere al estado biológico de la persona como masculino o femenino, y se asocia principalmente con atributos físicos como cromosomas, prevalencia de hormonas y anatomía externa e interna. El género se refiere a los roles, comportamientos, actividades y atributos construidos socialmente que una sociedad dada considera apropiados para niños y hombres o niñas y mujeres. Éstos influyen en las maneras en que las personas actúan, interactúan y se sienten sobre sí mismas. Mientras que los aspectos del sexo biológico son similares en diferentes culturas, los aspectos de género pueden diferir.

Varias condiciones que conducen al desarrollo atípico de las características físicas sexuales se denominan colectivamente condiciones intersexuales. Para obtener información sobre las personas con afecciones intersexuales (también conocidas como trastornos del desarrollo sexual), vea el folleto de la APA *Answers to Your Questions About Individuals With Intersex Conditions* (Respuestas a sus preguntas sobre las personas con condiciones intersexuales).

¿Las personas transgénero siempre han existido?

Las personas transgénero han sido documentadas en muchas culturas y sociedades indígenas, occidentales y orientales desde la antigüedad hasta la actualidad. Sin embargo, el significado de la no conformidad de género puede variar de una cultura a otra.

¿Cuáles son algunas categorías o tipo de personas transgénero?

Muchas identidades caen bajo el paraguas de los transexuales. El término *transexual* se refiere a personas cuya identidad de género es diferente a la de su sexo asignado. A menudo, las personas transexuales alteran o desean alterar sus cuerpos a través de hormonas, cirugía y otros medios para hacer que sus cuerpos sean lo más congruentes posible con sus identidades de género. Este proceso de transición a través de la intervención médica a menudo se conoce como reasignación de sexo o de género, pero más recientemente también se conoce como afirmación de género. Las personas que fueron asignadas como mujeres, pero que se identifican y viven como hombres y alteran o desean alterar sus cuerpos mediante intervención médica para que se parezcan más a su identidad de género, se conocen como hombres transexuales o hombres trans (también conocidos como mujeres a hombres o FTM, por sus siglas en inglés). Por el contrario, las personas que fueron asignadas como hombres, pero que se identifican y viven como mujeres y alteran o desean alterar sus cuerpos mediante intervención médica para que se parezcan más a su identidad de género, son conocidas como mujeres transexuales o transexuales (también conocidas como hombre a mujer o MTF). Algunos individuos, que hacen la transición de un género a otro, prefieren que se les llame hombre o mujer en lugar de transgénero.

Las personas que se visten de *forma cruzada* llevan ropa tradicional o estereotipada de otro género en su cultura. Varían en la forma en que se visten como travestis, desde una prenda de vestir hasta el travestismo completo. Los que se visten como travestis se sienten cómodos con el sexo que se les ha asignado y no desean cambiarlo. El travestismo es una forma de expresión de género y no está necesariamente ligado a la actividad erótica. El travestismo no es indicativo de la orientación sexual. (Vea Respuestas a sus preguntas: Para una mejor comprensión de la orientación sexual y la homosexualidad para más información sobre la orientación sexual). El grado de aceptación social del travestismo varía entre hombres y mujeres. En algunas culturas, a un género se le puede dar más libertad que a otro para usar ropa asociada con un género diferente.

El término “*drag queens*” generalmente se refiere a hombres que se visten como mujeres con el propósito de entretener a otros en bares, clubes u otros eventos. El término “*drag king*” se refiere a las mujeres que se visten como hombres con el propósito de entretener a otros en bares, clubes u otros eventos.

Genderqueer es un término que utilizan algunas personas que identifican su género como ajeno a las construcciones binarias de “hombre” y “mujer”. Pueden definir su género como perteneciente a un continuo entre hombre y mujer, o pueden definirlo como totalmente diferente de estos términos. También pueden solicitar que se utilicen pronombres para referirse a ellos que no sean ni masculinos ni femeninos, como “le”; en lugar de “lo” o “la” algunas personas “*genderqueer*” no se identifican como transgénero.

Otras categorías de personas transgénero incluyen a las personas *andróginas*, *multigénero*, *no conformes con el género*, *tercer género*, y *personas con dos espíritus*. Las definiciones exactas de estos términos varían de persona a persona y pueden cambiar con el tiempo, pero a menudo incluyen un sentido de mezclar o alternar géneros. Algunas personas que usan estos términos para describirse a sí mismas consideran que los conceptos binarios tradicionales de género son restrictivos.

¿Por qué algunas personas son transgénero?

No hay una sola explicación para por qué algunas personas son transgénero. La diversidad de expresiones y experiencias transgénero se opone a cualquier explicación simple o unitaria. Muchos expertos creen que los factores biológicos como las influencias genéticas y los niveles de

hormonas prenatales, las experiencias tempranas y las experiencias posteriores en la adolescencia o la edad adulta pueden contribuir al desarrollo de las identidades transgénero.

¿Cuántas personas son transgénero?

Es difícil estimar con exactitud el número de personas transgénero, sobre todo porque no existen estudios de población que den cuenta de manera precisa y completa del rango de identidad de género y expresión de género.

¿Cuál es la relación entre identidad de género y orientación sexual?

La identidad de género y la orientación sexual no son lo mismo. La orientación sexual se refiere a la atracción física, romántica y/o emocional de un individuo hacia otra persona, mientras que la identidad de género se refiere al sentido interno de ser hombre, mujer u otra cosa. Las personas transgénero pueden ser heterosexuales, lesbianas, homosexuales, bisexuales o asexuales, de la misma manera que las personas no transgénero pueden serlo. Algunas investigaciones recientes han demostrado que un cambio o un nuevo período de exploración en la atracción de socios puede ocurrir durante el proceso de transición. Sin embargo, las personas transgénero generalmente permanecen tan apegadas a sus seres queridos después de la transición como lo estaban antes de la transición. Las personas transgénero suelen etiquetar su orientación sexual usando su género como referencia. Por ejemplo, una mujer transgénero, o una persona a la que se le asigna un varón al nacer y que pasa a ser mujer, que se siente atraída por otras mujeres, sería identificada como una mujer lesbiana o gay. De la misma manera, un hombre transgénero, o una persona a la que se le asigna una mujer al nacer y que pasa a ser hombre, que se siente atraído por otros hombres, sería identificado como un hombre gay.

¿Cómo alguien sabe que es transgénero?

Las personas transgénero experimentan su identidad transgénero de diversas maneras y pueden tomar conciencia de su identidad transgénero a cualquier edad. Algunos pueden rastrear sus identidades y sentimientos transgéneros hasta sus primeras memorias. Pueden tener vagas sensaciones de "no encajar" con las personas de su sexo asignado o deseos específicos de ser algo distinto a su sexo asignado. Otros se dan cuenta de sus identidades transgénero o empiezan a explorar y experimentar actitudes y comportamientos no conformes con el género durante la adolescencia o mucho más tarde en la vida. Algunos abrazan sus sentimientos transgéneros, mientras que otros luchan con sentimientos de vergüenza o confusión. Aquellos que hacen la transición más tarde en la vida pueden haber luchado para encajar adecuadamente como su sexo asignado sólo para más tarde enfrentarse a la insatisfacción con sus vidas. Algunas personas transgénero, en particular los transexuales, experimentan una intensa insatisfacción con el sexo asignado al nacer, las características físicas del sexo o el papel de género asociado con ese sexo. Estas personas a menudo buscan tratamientos que afirman el género.

¿Qué deberían hacer los padres si su hijo/a no está conforme con su género o es transgénero?

Los padres pueden estar preocupados por un niño o niña que parece ser de género no conforme por una variedad de razones. Algunos niños expresan una gran angustia sobre el sexo que se les ha asignado al nacer o sobre los roles de género que se espera que sigan. Algunos niños experimentan interacciones sociales difíciles con sus compañeros y adultos debido a su expresión de género. Los padres pueden preocuparse

cuando lo que creían que era una “fase” no pasa. Los padres de niños que no se ajustan a las normas de género pueden necesitar trabajar con las instituciones educativas y otras instituciones para atender las necesidades particulares de sus hijos y garantizar la seguridad de sus hijos. Es útil consultar con profesionales de la salud mental y médicos familiarizados con las cuestiones de género en los niños para decidir cuál es la mejor manera de abordar estas preocupaciones. No es útil forzar al niño a actuar de una manera más acorde con el género. El apoyo de otros padres de niños que no se ajustan al género también puede ser útil.

¿Cómo personas transexuales realizan una transición de género?

La transición de un género a otro es un proceso complejo y puede implicar la transición a un género que no es ni tradicionalmente masculino ni femenino. Las personas que hacen la transición a menudo comienzan expresando su género preferido en situaciones en las que se sienten seguras. Típicamente trabajan hasta vivir a tiempo completo como miembros de su género predilecto, haciendo muchos cambios de uno en uno. Aunque no hay una manera “correcta” de hacer la transición de género, hay algunos cambios sociales comunes que las personas transgénero experimentan y que pueden implicar uno o más de los siguientes: adoptar la apariencia del sexo deseado a través de cambios en la ropa y el aseo, adoptar un nuevo nombre, cambiar la designación del sexo en los documentos de identidad (si es posible), usar tratamiento de terapia hormonal, y/o someterse a procedimientos médicos que modifiquen su cuerpo para que esté de acuerdo con su identidad de género.

El proceso o transición de cada persona transgénero es diferente. Debido a esto, muchos factores pueden determinar cómo el individuo desea vivir y expresar su identidad de género. Encontrar un profesional de salud mental calificado que tenga experiencia en la prestación de atención positiva para personas transgénero es un primer paso importante. Un profesional calificado puede proporcionar orientación y referencias a otros profesionales de ayuda. También es útil conectarse con otras personas transgénero a través de grupos de apoyo de pares y organizaciones comunitarias transgénero.

La Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH), una organización profesional dedicada al tratamiento de personas transgénero, publica *The Standards of Care for Gender Identity Disorders*, que ofrece recomendaciones para la provisión de procedimientos y servicios de afirmación de género.

¿Ser transgénero es un trastorno mental?

Un estado psicológico se considera un trastorno mental sólo si causa angustia o discapacidad significativa. Muchas personas transgénero no experimentan su género como angustiante o incapacitante, lo que implica que identificarse como transgénero no constituye un trastorno mental. Para estas personas, el problema significativo es encontrar recursos asequibles, como asesoramiento, terapia hormonal, procedimientos médicos y el apoyo social necesario para expresar libremente su identidad de género y minimizar la discriminación. Muchos otros obstáculos pueden llevar a la angustia, incluyendo la falta de aceptación en la sociedad, experiencias directas o indirectas de discriminación o agresión. Estas experiencias pueden llevar a muchas personas transgénero a sufrir de ansiedad, depresión o trastornos relacionados a tasas más altas que las personas no transgénero.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), a las personas que experimentan incongruencia de género intensa y persistente se les puede dar el diagnóstico de “disforia de género”. Algunos sostienen que el diagnóstico patologiza inapropiadamente la falta de

congruencia de género y debe ser eliminado. Otros sostienen que es esencial mantener el diagnóstico para garantizar el acceso a la atención. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) está siendo revisada y puede haber cambios en su clasificación actual de incongruencia de género persistente e intensa como “trastorno de identidad de género”.

¿Qué tipo de discriminaciones enfrenta una persona transgénero?

Las leyes contra la discriminación en la mayoría de las ciudades y estados de los Estados Unidos no protegen a las personas transgénero de la discriminación basada en la identidad de género o la expresión de género. En consecuencia, las personas transgénero en la mayoría de las ciudades y estados enfrentan discriminación en casi todos los aspectos de sus vidas. El Centro Nacional para la Igualdad Transgénero y el Grupo de Trabajo Nacional de Gays y Lesbianas publicaron un informe en 2011 titulado “Injustice at Every Turn (La Injusticia en Cada Esquina)”, que confirmó la discriminación generalizada y severa que enfrentan las personas transgénero. De una muestra de casi 6,500 personas transgénero, el informe encontró que las personas transgénero experimentan altos niveles de discriminación en el empleo, la vivienda, la atención médica, la educación, los sistemas legales e incluso en sus familias. El informe puede consultarse en <http://endtransdiscrimination.org>.

Las personas transgénero también pueden tener identidades adicionales que pueden afectar los tipos de discriminación que experimentan. Los grupos con tales identidades adicionales incluyen personas transgénero de origen racial, étnico o religioso minoritario; personas transgénero de estatus socioeconómico más bajo; personas transgénero con discapacidades; jóvenes transgénero; personas transgénero de edad avanzada; y otros. Experimentar la discriminación puede causar cantidades significativas de estrés psicológico, dejando a menudo a las personas transgénero que se pregunten si fueron discriminadas debido a su identidad de género o expresión de género, otra identidad sociocultural, o alguna combinación de todas ellas.

Según el estudio, si bien la discriminación es generalizada para la mayoría de las personas transgénero, la intersección entre el sesgo antitransgénero y el racismo persistente y estructural es especialmente grave. A las personas de color en general les va peor que a las personas transgénero blancas, y a las personas transgénero afroamericanas les va mucho peor que a todas las demás poblaciones transgénero examinadas.

Muchas personas transgénero son blanco de crímenes de odio. También son víctimas de una sutil discriminación, que incluye desde miradas o miradas de desaprobación o incomodidad hasta preguntas invasivas sobre sus partes del cuerpo.

¿Cómo puede entregarle apoyo a familiares y amigos transgénero?

- Edúcate a ti mismo sobre temas de transgénero leyendo libros, asistiendo a conferencias y consultando con expertos en transgénero.
- Sé consciente de sus actitudes con respecto a las personas con apariencia o comportamiento no conforme con el género
- Saber que las personas transgénero son miembros de varios grupos de identidad sociocultural (por ejemplo, raza, clase social, religión, edad, discapacidad, etc) y que no existe una forma universal de verse o ser transgénero.

- Use nombres y pronombres que sean apropiados para la presentación de género e identidad de la persona; en caso de duda, pregunte.

- No hacer suposiciones sobre la orientación sexual de las personas transgénero, el deseo de recibir tratamiento hormonal o médico, u otros aspectos de su identidad o planes de transición. Si tienes una razón para saberlo (por ejemplo, si eres un médico que realiza un examen físico necesario o si eres una persona que está interesada en salir con alguien que has aprendido que es transgénero), pregúntale.
- No confundir la no conformidad de género con ser transgénero. No todas las personas que parecen andróginas o que no se ajustan a las normas de género se identifican como transgénero o desean un tratamiento de afirmación de género.
- Mantenga las líneas de comunicación abiertas con la persona transgénero en su vida.
- Obtenga apoyo para procesar sus propias reacciones. Puede tomar algún tiempo adaptarse a ver a alguien que usted conoce bien en transición. Tener a alguien cercano a usted en la transición será un ajuste y puede ser un reto, especialmente para sus parejas, padres e hijos.
- Busque apoyo para manejar sus sentimientos. Usted no está solo. Los profesionales de la salud mental y los grupos de apoyo para familiares, amigos y otras personas significativas de personas transgénero pueden ser recursos útiles.
- Abogar por los derechos de las personas transgénero, incluyendo la justicia social y económica y la atención psicológica adecuada. Familiarícese con las leyes locales y estatales o provinciales que protegen a las personas transgénero de la discriminación.

¿Dónde puede encontrar más información sobre salud transgénero, activismo y derechos humanos?

Te invitamos a revisar la página de la Asociación Americana de Psicología para encontrar más información, estudios y organizaciones.

www.apa.org

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, D.C.: Author.
- American Psychological Association. (2006). *Answers to your questions about individuals with intersex conditions* (PDF, 1MB). Washington, D.C.: Author.
- American Psychological Association. (2008). *Answers to questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality*. Washington, D.C.: Author.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., ... Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people (7th version). *International Journal of Transgenderism*, 13, 165-232. doi:10.1080/15532739.2011.700873
- National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Task Force. (2011). *Injustice at every turn*.
- World Health Organization. (1990). ICD-10: *International classification of diseases and related health problems (10t*

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD LGBTQ

Familydoctor.org

La adolescencia es un período importante para la salud mental. Muchos trastornos de salud mental aparecen por primera vez durante esos años. Desafortunadamente, la tasa de suicidio es alta entre todas las personas entre las edades de 10 a 24 años. Los adolescentes y adultos jóvenes lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros y homosexuales (LGBTQ) corren un riesgo aún mayor de tener una salud mental deficiente.

Los problemas de salud mental pueden incluir depresión y trastornos del estado de ánimo, ansiedad y estrés postraumático. También existe el riesgo de consumo y abuso de alcohol y de conductas de riesgo (como las relaciones sexuales sin protección). Mucho de esto se debe al estigma asociado con ser LGBTQ. Los adolescentes y adultos jóvenes LGBTQ temen no ser aceptados por su familia, amigos, profesores, compañeros de trabajo, su comunidad religiosa y la comunidad en general. También existe el temor de ser intimidado o de no ser capaz de lograr ciertas cosas debido a los prejuicios. Esto se llama "estrés minoritario".

El camino para mejorar el bienestar

La mayoría de los adolescentes y adultos jóvenes LGBTQ son individuos felices y seguros de sí mismos. Prosperan en todas las áreas de su vida. A menudo, esto se debe a un hogar y un ambiente escolar seguro, cariñoso y de apoyo. Si usted es el padre o educador de un adolescente LGBTQ, hay dos áreas en las que puede mejorar el bienestar social, emocional y físico de su adolescente LGBTQ:

- La mayoría de los adolescentes LGBTQ temen decirles a sus padres que son homosexuales, bisexuales o transgéneros. Los niños temen perder el amor y el apoyo de sus padres, e incluso ser expulsados de la casa. Como padre, lo mejor que puede hacer por su hijo es ofrecerle amor incondicional y apoyo. Para ayudar a su adolescente, ofrézcale su apoyo por medio de:
 - Hablar calmada y honestamente sobre los sentimientos de su hijo/a.
 - Animar a su hijo/a a hablar con usted en cualquier momento.
 - Invitar a su hijo a hablar con un consejero o terapeuta.
 - Resistirse a emitir juicios basados en sus propias elecciones.
 - Sostener a su hijo/a con los mismos valores que a sus hijos heterosexuales
 - Mantenerse involucrado en la vida de su adolescente y adulto joven.
 - Ser ingenioso. Ayude a su hijo a encontrar los recursos médicos, educativos y emocionales que ellos necesitan para desarrollarse.
- Si su hijo decide decirles a sus amigos y compañeros de clase que él o ella es LGBTQ, asegúrese de que estén en un ambiente escolar seguro. Hable con su hijo sobre su punto de vista de la cultura escolar, vea si celebra la diversidad, e investigue sus políticas relacionadas con la intimidación y la violencia. Además, fíjese en el colegio de su hijo:

- Identifica los “espacios seguros”, tales como oficinas de consejeros o salones de clase, donde los jóvenes LGBTQ pueden buscar el apoyo de administradores, profesores u otro personal de la escuela.
- Alienta a que los clubes y talleres escolares promuevan un ambiente seguro, acogedor y de aceptación (por ejemplo, alianzas gay-heterosexuales o alianzas de género y sexualidad. Estos son clubes escolares abiertos a jóvenes de todas las orientaciones sexuales y géneros).
- Asegura la educación sanitaria sobre el VIH y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) que es relevante para los jóvenes LGBTQ.
- Solicita que el personal del colegio sepa cómo crear un ambiente escolar seguro y de apoyo para todos los estudiantes, independientemente de su orientación sexual o identidad de género.
- Facilita el acceso a los proveedores comunitarios que tienen experiencia en la prestación de servicios de salud, incluyendo pruebas de VIH/ETS y consejería, y servicios sociales y psicológicos para jóvenes LGBTQ.

La Academia Estadounidense de Médicos de Familia (American Academy of Family Physicians, AAFP, siglas en inglés) cree que los profesionales de la salud mental son valiosos para las personas que luchan con el bienestar emocional. Muchas personas continúan acudiendo a su médico de atención primaria para obtener ayuda. Promover el bienestar emocional es una parte importante de la medicina familiar. La detección temprana de problemas de salud mental es más probable que ocurra a través de visitas regulares con su médico de familia. Los médicos de familia tratan a toda la familia. A menudo son más capaces de reconocer los problemas y proporcionar intervenciones en el sistema familiar. Los médicos de familia también pueden tratar a personas que no tendrían acceso a los servicios tradicionales de salud mental. Muchas veces esto se debe al estigma social asociado con la enfermedad mental.

Elementos a considerar

Si usted está preocupado por el bienestar emocional de su adolescente o adulto joven LGBTQ, aquí hay cosas que usted puede monitorear para evaluar su salud mental:

- Cambios abruptos en la personalidad de su hijo, como por ejemplo, el distanciamiento de su círculo de amigos y actividades sociales que solía disfrutar.
- Baja en las notas o ausencias escolares sin explicación.
- Baja de peso no planeada. Puede ser el resultado de un trastorno de alimentación. Signos de abuso de sustancias (alcohol y drogas).
- Signos de autolesiones, como cortes (en ocasiones una persona usará ropa de mangas largas y pantalones en verano para ocultar las marcas).
- Signos de bullying, tanto físico como emocional (moretones, cortes, miedo, evitación).
- Dolor de cabeza y de estómago. Son síntomas comunes relacionados con el estrés.

- Regalar objetos significativos (podría ser una señal de que su hijo está considerando el suicidio).

Preguntas para hacerle a tu médico:

- Si sospecho que mi hija o hijo es LGBTQ, ¿debería conversarlo con él/ella?
- La depresión y/o ansiedad de mi hijo/a, ¿puede ser tratada únicamente con fármacos?
- ¿Qué debo hacer mi pareja no apoya nuestro/a hijo/a en esto?
- ¿Cuáles son las señales presentes en un adolescente que está considerando el suicidio?

Este artículo fue una contribución del: Equipo Editorial de familydoctor.org
<https://familydoctor.org/lgbtq-mental-health-issues/>



Última actualización: 9 de octubre de 2017

Copyright © Academia Estadounidense de Médicos de Familia

CÓMO AVANZAR - PREVENCIÓN, RESILIENCIA Y APOYO

Todos sabemos que un joven que se sienta apoyado, estable e informado, va tender a convertirse en un adulto saludable física y mentalmente. Entonces, ¿cómo nos aseguramos que nuestros jóvenes cuenten con las habilidades y el apoyo que necesitan? Intervenciones tempranas, prevención, apoyo a la resiliencia y programas que educen a los jóvenes y sus entornos. A continuación, se presentan algunos ejemplos de cómo podemos ayudar a crear un ambiente que promueva la resiliencia y la felicidad.

ASISTENCIAS TELÉFONICAS INTERNACIONALES DE
PREVENCIÓN PARA EL SUICIDIO

Argentina: +5402234930430

Australia: 131114

Austria: 017133374

Belgica: 106

Bosnia & Herzegovina: 080 05 03 05

Botswana: 3911270

Brasil: 212339191

Canada: 5147234000 (Montreal); 18662773553 (fuera de Montreal)

Croacia: 014833888

Dinamarca: +4570201201

Egipto: 7621602

Estonia: 3726558088; en ruso 3726555688

Finlandia: 010 195 202

Francia: 0145394000

Alemania: 08001810771

Holanda: 09000767

Hong Kong: +852 2382 0000

Hungría: 116123

India: 8888817666

Irlanda: +4408457909090

Italia: 800860022

Japón: +810352869090

México: 5255102550

Nueva Zelanda: 045861048

Noruega: +4781533300

Filipinas: 028969191

Polonia: 5270000

Portugal: 21 854 07 40/8 . 96 898 21 50

Rusia: 0078202577577

España: 914590050

Sudáfrica: 0514445691

Suecia: 46317112400

Suiza: 143

Reino Unido: 08457909090

EEUU: 18002738255

Veteranos de Guerra: 1 800 273 8255/ text 838255

Veterans' Crisis Line: 1 800 273 8255/ text 838255

IMAGINA UN MUNDO SIN ESTIGMAS

Amy Molloy, MSW

La palabra *estigma* se deriva del término latino *stigmata*, que significa marca de vergüenza. A lo largo de la historia, los estigmas se impusieron a individuos que exhibían características desfavorables o que tenían comportamientos que no eran típicos. Cuando el estigma asociado con una afección específica se arraiga en las normas sociales, se manifiesta en actitudes y comportamientos que son difíciles de cambiar. Durante siglos, la sociedad no poseía las habilidades ni los conocimientos necesarios para identificar y tratar los problemas de salud mental. Así, la brecha en la comprensión se llenó con desinformación y miedo.

Como la mayoría de los trastornos, los trastornos de salud mental se pueden prevenir y tratar. Desafortunadamente, las personas que experimentan un problema de salud mental a menudo se sienten avergonzadas y temerosas debido al estigma persistente. En el caso de los jóvenes, pueden descartar los signos y síntomas como desarrollo típico de los adolescentes y pueden retrasar la obtención de ayuda o no pedirla en absoluto. De hecho, la edad media de inicio entre el momento en que aparecen los síntomas y el momento en que la persona recibe la ayuda profesional adecuada es de 10 años. En el caso de una persona joven, la edad de inicio del trastorno de ansiedad es de tan sólo ocho años. Imagínese si usted quisiera, que un niño comienza a mostrar síntomas en tercero básico (educación primaria) pero no recibe ayuda hasta que se gradúa de la escuela secundaria/enseñanza media. Ahora piense en el crecimiento que ocurre típicamente entre esos años - el desarrollo de habilidades sociales, el aprendizaje y la exploración de carreras, y la maduración psicológica. Cuando la enfermedad mental no se diagnostica o el tratamiento se retrasa, los resultados son un menor rendimiento académico, mayores tasas de ausentismo y problemas de disciplina, menores tasas de graduación y menor participación en la educación superior, el empleo u otras actividades remuneradas. La mayoría de los problemas de salud mental alarmantes, no reconocidos o no tratados pueden conducir a pensamientos o comportamientos suicidas y a una autolesión no suicida.

Educación en Salud Mental en las Escuelas de Leyes del Estado de Nueva York

El pasado mes de julio entró en vigor una ley en el estado de Nueva York que exige que las instituciones educativas enseñen sobre salud mental como parte del plan de estudios de salud. La Asociación de Salud Mental del Estado de Nueva York, Inc. (MHANYS siglas en inglés) dirigió los esfuerzos de abogacía, convirtiendo a Nueva York en el primer estado de los Estados Unidos en legislar la educación en salud mental para todos los estudiantes desde el jardín de infantes hasta el duodécimo grado. La Ley de Educación del Estado de Nueva York § 804 dice, en parte, "Todas las escuelas deben asegurar que sus programas de educación para la salud reconozcan las **múltiples dimensiones de la salud**, incluyendo la salud mental y la **relación entre la salud física y la salud mental**, a fin de mejorar la **comprensión, las actitudes y los comportamientos de los estudiantes que promueven la salud, el bienestar y la dignidad humana**".

Consistente con la investigación en salud mental, MHANYS cree que un enfoque sistemático para promover la comprensión de la prevención y el reconocimiento por parte de los jóvenes, así como el desarrollo de estrategias de afrontamiento y conductas de búsqueda de ayuda, puede reducir el estigma ahora y para las generaciones futuras. La Asociación de Salud Mental del Estado de Nueva York, Inc. recomienda un enfoque de salud pública para la educación en salud mental - uno que proporcione a toda la comunidad escolar el conocimiento y las habilidades para toda la vida para promover la salud mental y el bienestar de los estudiantes, las familias, los educadores y otros miembros del personal escolar.

Además, la instrucción en salud mental debe incluir:

- 1) El concepto de bienestar, incluyendo el autocuidado y la responsabilidad personal por la propia salud mental y el bienestar.
- 2) El concepto de salud mental como parte indispensable de la salud.
- 3) El reconocimiento del desarrollo de signos y síntomas de problemas de salud mental.
- 4) El entrenamiento en el conocimiento y manejo de crisis de salud mental, tales como el riesgo de suicidio, autolesiones y otras crisis de salud mental.
- 5) La relación entre la salud mental, el uso de sustancias y otras conductas negativas como mecanismos para sobrellevar situaciones difíciles.
- 6) El impacto negativo del estigma y las actitudes culturales hacia la enfermedad mental en la iniciativa a buscar tratamiento y como un factor que contribuye a la discriminación contra las personas con enfermedades mentales.
- 7) El concepto de recuperación de la enfermedad mental.
- 8) Las implicaciones de los factores de riesgo, los factores de protección y la resistencia en el bienestar, la salud mental y la recuperación.
- 9) El entrenamiento para identificar a los profesionales, servicios y apoyos familiares/sociales apropiados para tratar y mantener la recuperación de una enfermedad mental.

Una aproximación comprensiva de la implementación

La ley sólo se aplica a la instrucción en educación de la salud (un requisito K-12 en el Estado de Nueva York), pero muchas escuelas están usando esta oportunidad para desarrollar un plan para apoyar y promover la salud mental y el bienestar de toda la comunidad escolar. El enfoque no es en la instrucción sino en crear un clima de bienestar y conexión social en el que se valore y apoye la salud mental de todos, incluyendo estudiantes, familias y personal.

En el nivel secundario, las iniciativas de aprendizaje socio-emocional (SEL) en todo el colegio se están convirtiendo rápidamente en el enfoque preferido para afectar el clima escolar y construir los cimientos para la instrucción en salud mental. Aplicando los componentes centrales de los programas SEL a los conceptos relacionados con la salud mental, los colegios están adoptando un enfoque basado en las habilidades para las instrucciones de salud mental, utilizando:

- 1) habilidades de autoconciencia para apoyar la identificación y expresión de emociones,
- 2) estrategias de autogestión para promover el desarrollo de habilidades de afrontamiento positivas,
- 3) conciencia social para construir empatía y conexiones sociales,
- 4) habilidades relacionales para fomentar la conexión social y las relaciones de apoyo, y
- 5) la toma de decisiones responsable para promover un estilo de vida saludable.

El consenso general es que enseñar sobre la salud mental como parte del plan de estudios de educación para la salud simplemente no es suficiente, y que el aprendizaje se logra mejor cuando apoyamos al niño en su totalidad, no sólo su desarrollo académico. En el Estado de Nueva York, los estudiantes típicamente reciben medio año de educación para la salud en el 7º u 8º básico/grado, y medio año en la escuela secundaria/educación media. Considere esto: un estudiante aprende acerca de la salud mental en el otoño del séptimo grado y luego no de nuevo hasta la primavera del undécimo grado. Dado lo que sabemos sobre los problemas de salud mental no tratados, los años intermedios son críticos para el reconocimiento y la prevención de los problemas de salud mental. ¿Qué valor aplicamos a la salud mental si estamos limitando

nuestras discusiones a unas pocas clases en la escuela media (7mo y 8vo básico) y a unas pocas clases en la escuela secundaria/educación media?

Hablamos abiertamente y con frecuencia sobre la importancia del sueño, el lavado de manos, la buena nutrición y el ejercicio porque todas estas cosas apoyan la salud física. ¿Por qué no haríamos lo mismo con la salud mental? MHANYS anima a las escuelas a desarrollar estrategias para promover la salud mental y el bienestar todos los días mediante la integración de la conversación en otras materias, como Artes del Lenguaje Inglés, Historia y Biología. Además, las iniciativas a nivel de todo el colegio también pueden brindar oportunidades para continuar la conversación sobre salud mental fuera del aula de salud. Por ejemplo, las instituciones educativas pueden seleccionar una semana o un mes para promover la salud mental a través de actividades que aumentan la conciencia y fomentan las estrategias de prevención. Alternativamente, las escuelas pueden optar por un enfoque más regular instituyendo "miércoles de bienestar" para promover consejos de bienestar en los anuncios matutinos. Estos consejos no tienen que ser limitados en cuanto a la salud mental, sino que pueden incluir todo, desde usar protector solar y mantenerse hidratado hasta practicar la respiración profunda o estrategias de atención plena.

Finalmente, recuerde que un enfoque de salud pública es el mejor - así que considere maneras de educar a las familias, las comunidades y el personal del colegio sobre la salud mental y el bienestar. El desarrollo profesional para el material escolar es sin duda una parte importante de la implementación de la instrucción en salud mental. En la medida en que los jóvenes valoran su independencia y el apoyo de su red de compañeros, permanecen conectados todo el día con los adultos - profesores, administradores y entrenadores durante el día escolar, supervisores y compañeros de trabajo en sus trabajos, y padres y cuidadores en el hogar.

La Asociación de Salud Mental del Estado de Nueva York ha recibido fondos de la Legislatura y el Ejecutivo del Estado de Nueva York para establecer el Centro de Recursos y Capacitación de Salud Mental Escolar; visítenos en www.mentalhealthENdys.org para obtener más información. El Centro de Recursos provee asistencia técnica a las escuelas para apoyar la implementación de la ley de salud mental escolar, incluyendo planes de lecciones, recursos y desarrollo profesional. Además, hay información disponible para promover la conciencia sobre la salud mental entre los estudiantes, las familias y las comunidades. Es imperativo que nos esforcemos por mejorar una mejor comprensión de la salud mental para toda la comunidad, no sólo para los colegios. Si queremos imaginar un mundo sin estigma, será necesario un enfoque sistemático e integral que nos involucre a todos, independientemente de la edad, la raza, la ocupación o el país al que llamemos hogar.

Amy Molloy, MSW, M.Ed.
Centro de Recursos y Capacitación de Salud Mental Escolar
Asociación de Salud Mental del Estado de Nueva York, Inc.
www.mhanys.org

RESILIENCIA EN LOS JÓVENES

Dr Stanley Kutcher, Dr Yifeng Wei

La resiliencia en su esencia significa la capacidad de enfrentarse con éxito a los retos y oportunidades que la vida trae consigo y, a través de ese compromiso, desarrollar las competencias necesarias para afrontar futuros y más complejos enfrentamientos existenciales. El desarrollo de la resiliencia es una actividad que dura toda la vida e implica la compleja interacción entre el medio ambiente, la genética y los procesos epigenéticos. En los jóvenes es un componente necesario del desarrollo normal, en particular el crecimiento de la independencia. Lo que ha surgido de la literatura ahora robusta sobre la resiliencia es que el compromiso activo tanto con los desafíos como con las oportunidades que presenta la vida es fundamental para su desarrollo. La resiliencia no significa que las personas no sufran angustia emocional y cognitiva cuando se enfrentan a las circunstancias de la vida, sino que son capaces de aplicar las competencias que han aprendido para hacer frente a esas circunstancias y que son capaces de desarrollar nuevas habilidades como resultado de hacer frente a esas circunstancias, habilidades que aplicarán en situaciones futuras. Tener relaciones personales de apoyo, buenas habilidades para resolver problemas, la capacidad de manejar las emociones y saber cuándo, dónde y de quién obtener la ayuda necesaria son algunas de las competencias que contribuyen a la construcción de la resiliencia.

Salud Mental y Resiliencia

Tal vez no se comprenda bien que la salud mental es la base de la resiliencia y que es el mismo compromiso existencial que impulsa su desarrollo mutuamente dependiente. En su esencia, la salud mental es la capacidad de abordar con éxito los desafíos y las oportunidades de la vida. Las personas hacen esto por medio de todas aquellas actividades que sabemos que son clave para el desarrollo de la resiliencia: involucrarse con la adversidad; establecer y mejorar nuestras conexiones humanas; ayudar a los demás y aplicar actividades del estilo de vida que están bien establecidas para ayudar a facilitar la mejora de las capacidades emocionales, cognitivas y conductuales apropiadas para el desarrollo que promueven este compromiso.

La clave para entender esta dialéctica es la consideración de que la salud mental es una capacidad que todos tenemos, y que construimos esta capacidad a través de la participación activa en los desafíos y oportunidades que la vida nos trae. Es útil considerar esto dentro del siguiente esquema (Figura 1).

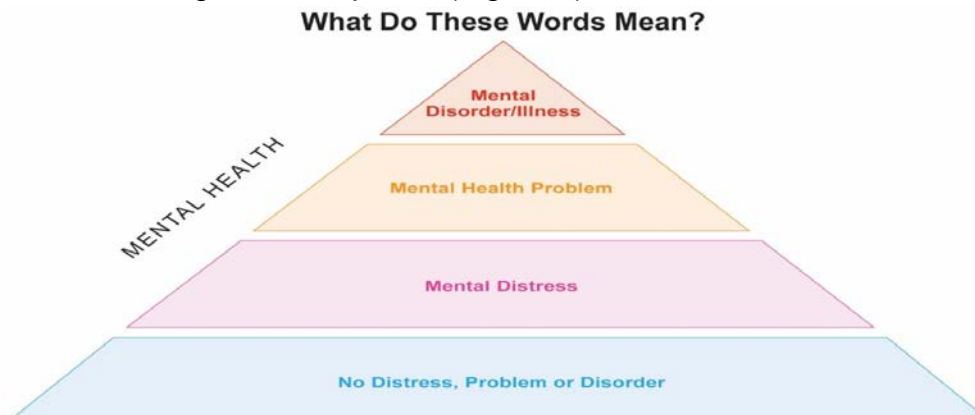


Figura 1: La interrelación entre los estados de salud mental

Aunque la salud mental existe en todos los estados ilustrados anteriormente, la forma en que se expresa puede diferir. Con la angustia mental, la salud mental proporciona la solución a las exigencias de la vida y se desarrolla a partir de ellas. Aprender a superar los retos habituales de la vida y a aprovechar al máximo las oportunidades que la vida puede ofrecer es fundamental para mejorar la salud mental y el desarrollo de las competencias necesarias para adaptarse y volverse resistente. Las personas que se ocupan de estos problemas no necesitan tratamiento médico o psicológico; necesitan el apoyo, la atención y la orientación de los demás. Evitar estos retos y oportunidades puede tener el efecto contrario.

Con un problema de salud mental, los retos y oportunidades de la vida son de una magnitud mucho mayor - tales como: la muerte de un ser querido; la pérdida de un trabajo; el enfrentamiento de un desplazamiento personal/familiar; etc. Estas situaciones también forman parte de los desafíos existenciales de la vida, pero son de una magnitud mucho mayor y requieren asistencia y apoyo adicionales. A nivel mundial, las instituciones comunitarias o las organizaciones religiosas suelen proporcionar este apoyo con la ayuda adicional de curanderos socialmente sancionados, como consejeros, curanderos tradicionales y otros. Por lo general, no se requieren tratamientos médicos y psicológicos. Con una enfermedad mental, además de los apoyos descritos anteriormente, a menudo se necesitan los mejores tratamientos basados en la evidencia disponible y aplicados por proveedores capacitados.

Lo que es clave es el entendimiento de que la salud mental y las enfermedades mentales no son exclusivas y están separadas unas de otras. Una persona puede tener una enfermedad mental, estar lidiando con un problema de salud mental y estar experimentando angustia mental simultáneamente. Cada uno de estos componentes se basa y se construye a partir de la resiliencia. Nuestra tarea como ciudadanos del mundo y sociedades civiles es trabajar juntos para crear las estructuras sociales, económicas e institucionales que optimicen los resultados de todos e involucren a todas las personas en igualdad de condiciones y sin discriminación en las oportunidades de aumentar la resiliencia y mejorar la capacidad de recuperación.

Esto debe hacerse de una manera apropiada desde el punto de vista del desarrollo y requiere un enfoque de la sociedad en su conjunto. Este es el significado del conocido proverbio: "se necesita un pueblo para criar a un niño". Esto también requiere el desarrollo y la aplicación de la alfabetización en salud mental, que es fundamental para la promoción de la salud mental, la prevención y la atención de quienes la necesitan.

Competencias en Salud Mental Escolar

El conocer y ser competentes en Salud Mental (MHL en inglés) es una parte esencial del conocimiento sobre salud (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf) y se compone de cuatro elementos separados pero relacionados.

Estos son: 1) entender cómo obtener y mantener una buena salud mental; 2) entender los trastornos de salud mental y sus tratamientos; 3) disminuir el estigma; 4) potenciar la eficacia al buscar ayuda (Kutcher et al., 2016a; Kutcher et al., 2016b). Para los jóvenes, lo ideal sería que esto se proporcionara desde y hacia las instituciones educativas, que demostrara un impacto significativo, sustancial y sostenido en todos los aspectos de la MHL, que pudiera aplicarse con frugalidad y que demostrara una aplicación global. Este enfoque es coherente con la iniciativa de Educación para Todos promovida por la UNESCO (<https://en.unesco.org/gem-report/report/2015/education-all-2000-2015-achievements-and-challenges>) y, cuando se aplica en el entorno escolar, puede llegar a muchos más jóvenes que cualquier otro método alternativo de enseñanza.

Se ha creado un recurso de alfabetización sobre salud mental (la Guía) recientemente desarrollado y preparado para el aula, apropiado desde el punto de vista del desarrollo para los jóvenes de 12 a 16 años de edad, que se ha aplicado con éxito y que demuestra resultados altamente positivos tanto para los jóvenes como para sus profesores. La Guía está disponible gratuitamente en ([http://teenmentalhealth.org/schoolmhl/school-mental-health-literacy/mental-health-high-school-curriculum-guide/download-the-guide/;](http://teenmentalhealth.org/schoolmhl/school-mental-health-literacy/mental-health-high-school-curriculum-guide/download-the-guide/)) y se puede acceder fácilmente a un curso en línea de preparación de profesores para ayudar a los educadores a aprender a aplicar la Guía en sus aulas en la siguiente dirección (<http://teenmentalhealth.org/schoolmhl/research/evaluations/>). También se ha demostrado que tiene un impacto positivo en la MHL de los candidatos a profesor antes del servicio, lo que la hace ideal para su implementación en la educación superior existente para educadores (Carr et al. , 2017).

Tabla 1

The Guide – Research and Evaluation (Teachers)

Location	Research type	Number of teachers	Improved Knowledge		Reduced Stigma	
Nova Scotia	Pre- and post-test	228	Yes	p<.0001 d=1.85	Yes	p<.0001 d=.51
British Columbia	Pre- and post-test	91	Yes	p<.0001 d=1.03	Yes	p<.05 d=.35
Newfoundland	Pre- and post-test	124	Yes	p<.001 d=2.65	Yes	p<.001 d=.39
Alberta	Pre- and post-test	325	Yes	p<.001 d=2.03	Yes	p<.05 d=.21

Tabla 2

Province	Study type	Year	Participants	Increased Knowledge		Improved Attitudes		Improved help-seeking	
				Yes	p=0.0001, d=0.46	Yes	p=0.0001, d=0.30	Yes	p=0.01; d=0.18
Ontario	RCT	2011-2012	362 Students	Yes	p=0.0001, d=0.46	Yes	p=0.0001, d=0.30	Yes	p=0.01; d=0.18
	Cross-sectional study	2012	409 Students	Yes	p<0.001, d=0.9; p<0.001*, d=0.73*	Yes	p<0.001, d=0.25; p<0.007*, d=0.18*		
	Program evaluation	2013	74 Educators	Yes	p<0.001, d=1.48	Yes	p<0.03, d=1.26		
	Cross-sectional study	2013	175 Students	Yes	p<0.0001, d=1.11; p<0.001*, d=0.91*	Yes	p<0.001, d=0.66; p<0.001*, d=0.52*		

Ahora, este recurso educativo de libre acceso (<http://www.mhinnovation.net/innovations/mental-health-literacy-students-and-educators-mental-health-high-school-curriculum-guide>) puede ser utilizado en todo el mundo como parte de nuestro compromiso común de trabajar en colaboración y utilizar los mejores recursos basados en la evidencia disponible para ayudar a mejorar las vidas y los resultados de los jóvenes de todo el mundo.

Dr. Stan Kutcher
 Professor of Psychiatry and Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health
 Dalhousie University
 Halifax, Canada

Dr. Yifeng Wei
 Assistant Professor, Department of Psychiatry
 Dalhousie University
 Halifax, Canada

Referencias

- Carr, W., Wei, Y., Kutcher, S., Heffernan, A. (2017). Preparing for the Classroom: Mental Health Knowledge Improvement and Stigma Reduction and their Retention with Enhanced Help-seeking Efficacy in Canadian Pre-Service Schools. *Canadian Journal of School Psychology*. DOI: 10.1177/0829573516688596
- Kutcher, S., Wei, Y., Gilberds, H., Brown, A., Ubuguyu, O., Njau, T., Sabuni, N., Magimba, A., & Perkins, K. (2017). The African Guide: One Year Impact and Outcomes from the Implementation of a School Mental Health Literacy Curriculum Resource in Tanzania. *Journal of Education and Training Studies*, 5(4), 64-73. DOI:10.11114/jets.v5i4.2049
- Kutcher, S., Wei, Y., & Morgilio, C. (2016a). Mental Health Literacy: Past, Present and Future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61 (3), 154-158.
- Kutcher, S., Wei, Y., Costa, S., Gusmão, R., Skokauskas, N., & Sourander, A. (2016b). Enhancing Mental Health Literacy in Young People [Editorial]. *European Child and Adolescent Psychiatry*.
- Kutcher, S., Wei, Y., & Morgan, C. (2015). Successful Application of a Canadian Mental Health Curriculum Resource by Usual Classroom Teachers in Significantly and Sustainably Improving Student Mental Health Literacy. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*, 60 (12) 580-586.
- Milin, R., Kutcher, S., Lewis, S.P., Walker, S., Wei, Y., Ferrill, N., & Armstrong, M.A. (2016). Impact of a mental health curriculum on knowledge and stigma among high school students: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55 (5), 383-391.

El impacto de la Violencia Escolar y Bullying – LA RESPUESTA

UNESCO, Informe del Estado Global de la Violencia Escolar y el Bullying

El sector de la educación, en colaboración con otros sectores y otras partes interesadas, tiene la responsabilidad de proteger a los niños y los jóvenes de la violencia y de proporcionar entornos de aprendizaje seguros e integradores para todos los estudiantes. El colegio es también un lugar donde se pueden cambiar las actitudes hacia la violencia y aprender comportamientos no violentos; tanto el entorno de aprendizaje como el contenido de la educación pueden inculcar la comprensión de los derechos humanos, la igualdad entre los géneros, los valores de respeto y solidaridad y las aptitudes para comunicar, negociar y resolver problemas de manera pacífica. Además, las escuelas libres de violencia también pueden promover la no violencia en la comunidad en general.

Liderazgo - Incluye: desarrollo y aplicación de leyes y políticas nacionales que protejan a los niños y adolescentes de la violencia y el acoso en las instituciones educativas; y asignación de recursos adecuados para abordar la violencia y el acoso escolar.

Ambiente Escolar - Incluye: creación de entornos de aprendizaje seguros e inclusivos; gestión escolar sólida; y desarrollo y aplicación de políticas y códigos de conducta escolares, y garantía de que el personal que los viole rinde cuentas.

Competencia- Incluye: capacitación y apoyo a los profesores y demás personal para asegurar que tengan los conocimientos y habilidades para utilizar los enfoques curriculares que previenen la violencia y responden a los incidentes de violencia e intimidación escolar; desarrollar la capacidad de los niños, niñas y adolescentes; y desarrollar los conocimientos, actitudes y habilidades apropiadas para prevenir la violencia entre los niños, niñas y adolescentes.

Asociaciones - Incluye: promoción de la concienciación sobre el impacto negativo de la violencia y el acoso escolar; colaboración con otros sectores a nivel nacional y local; asociaciones con profesores y sindicatos de docentes; trabajo con las familias y las comunidades; y la participación activa de niños, niñas y adolescentes.

Servicios y apoyo - Incluye: proporcionar mecanismos de denuncia accesibles, sensibles a los niños y confidenciales; ofrecer asesoramiento y apoyo; y derivación a servicios de salud y de otro tipo.

Evidencia - Incluye: implementación de la recolección de datos integrales; monitoreo y evaluación rigurosos para rastrear el progreso y el impacto; e investigación para informar el diseño de programas e intervenciones.

En el informe de la UNESCO “Violencia Escolar y Bullying (School Violence and Bullying en inglés)” sobre la situación mundial de estas temáticas figuran ejemplos concretos de medidas adoptadas en diferentes países en relación con los diferentes elementos de una respuesta eficaz y global a la violencia y el acoso escolar. **Por favor**, siga el enlace y lea este informe global informativo - <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002469/246970e.pdf>



FEDERACION MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

www.wfmh.global, info@wfmh.com,

Twitter: @WMHDay

Facebook.com/WMHDAY1