

# *DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL 2003*



## *TRASTORNOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES*

Programa de Educación en Salud Mental de la  
***FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL***

# ÍNDICE DE CONTENIDO

Carta de la Presidenta Honoraria de la Federación Mundial de Salud Mental: Sra. Rosalynn Carter

Carta de L. Patt Franciosi, Ph. D., Presidenta de la Federación Mundial de Salud Mental

Un mundo de agradecimiento

Sección uno: Trastornos Emocionales y Conductuales de Niños y Adolescentes

- Introducción: La salud mental de niños y adolescentes: Trastornos emocionales y conductuales graves
- Abuso de sustancias entre los adolescentes
- El suicidio entre los adolescentes
- La ansiedad en los niños: ¿Qué debemos saber los padres?
- Trastorno de déficit de la atención con hiperactividad (TDAH)
- El autismo y otros trastornos del desarrollo
- Trastorno bipolar
- Los niños y las familias afectados por el VIH/SIDA
- La depresión en los niños. ¿Qué debemos saber los padres?
- Trastornos de conducta perturbadora
- Los trastornos de conducta perturbadora en los niños: ¿Qué debemos saber los padres?
- Trastornos de la alimentación
- Discapacidades del aprendizaje
- Esquizofrenia
- La falta de sueño en los niños
- Tics y Trastorno de Tourette
- Adelantos en la investigación de la salud mental de niños y adolescentes

Sección dos: Entrar en acción/Lo que usted puede hacer

- Guía para cuidadores y maestros de niños pequeños
- Guía del ciudadano en apoyo de la creación de una política nacional de salud mental para niños y adolescentes
- Publicidad de su evento
- Muestra de proclama del Día Mundial de la Salud Mental 2003
- Solicitud de afiliación
- Formulario de Informe a la Federación Mundial de la Salud Mental 2003

Sección tres: Datos de referencia

- La Federación Mundial de Salud Mental: Perfil
- Directorio de la WFMH
- Panel de científicos internacionales asesores de la Federación Mundial de Salud Mental 2003
- Patrocinadores de la Federación Mundial de la Salud Mental 2003
- Lista de recursos valiosos para obtener Información adicional sobre la salud mental de niños y adolescentes

Otras hojas complementarias sobre conflictos, guerras y las necesidades de salud mental de los niños refugiados, niños objeto de tráfico y los niños y el SARS se encuentran disponibles en el sitio electrónico de la Federación Mundial de Salud Mental– [www.wmhd.org](http://www.wmhd.org)



# DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

Un programa de educación en salud mental de la  
**FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL**



## **TRASTORNOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES**

---

Queridos amigos,

El tema del Día de la Salud Mental para el año 2003, Trastornos Emocionales y conductuales de niños y adolescentes, sigue a la campaña del año pasado, la cual concentró la atención del mundo entero en los efectos del trauma y la violencia sobre el bienestar mental y emocional de los jóvenes. La campaña de este año es igualmente importante y oportuna, puesto que se están dedicando recursos sumamente exiguos y escasa atención a entender y tratar con efectividad estos problemas que experimentan niños y adolescentes.

La Organización Mundial de la Salud ha declarado que la falta de buena salud mental en las primeras etapas de la vida puede llevar a trastornos mentales con consecuencias en el largo plazo, socavar el cumplimiento de las prácticas de salud generalmente aceptadas como buenas, y reducir la capacidad de las sociedades de ser seguras y productivas. Se calcula que 20 por ciento de los niños y adolescentes del mundo sufren de alguna enfermedad mental debilitante. Es fundamental que todos trabajemos juntos, los profesionales de la salud mental y los que abogan por la causa, las familias, los encargados de formular políticas, a fin de mejorar la atención y el tratamiento de nuestros niños y adolescentes, para de esa manera aumentar la base de conocimientos por medio de la investigación, y establecer políticas avanzadas que lleven a una reducción considerable en la carga que estos trastornos imponen.

El paquete preparado para la campaña de salud mental de este Día Mundial de la Salud Mental le ofrece una gran cantidad de información, recursos y acciones sugeridas para resolver estos importantes problemas en su comunidad y en todas partes del mundo. Espero que usted se una a otras organizaciones en más de 100 países para conmemorar el Día Mundial de la Salud Mental 2003. Juntos podemos aumentar la conciencia pública sobre las necesidades de niños y adolescentes que experimentan trastornos emocionales y conductuales, alentar la creación de servicios mejores y de fácil acceso, y promover la acción positiva por parte de los formuladores de políticas y los gobiernos nacionales a fin de mejorar la vida de todos los jóvenes del mundo.

Le agradecemos su constante esfuerzo.

Atentamente,  
Rosalynn Carter





# **World Federation for Mental Health**

## **Federation Mondiale pour la Sante Mentale**

2001 North Beauregard Street, 12th Floor Alexandria, VA 22311 USA Tel: 703-838-7543 Fax: 703-519-7648 E-mail: info@wfmh.com

#### **President**

L. Patt Franciosi, PhD  
4930 North Lake Drive  
Milwaukee, WI 53217  
USA

#### **President-Elect**

Shona Sturgeon, MSW  
South Africa

#### **Immediate Past President**

Pirkko Lahti  
Finland

#### **Treasurer**

Edward Pennington  
Canada

#### **Honorary Secretary**

Janet Meagher, AM  
Australia

#### **Board Members At Large**

Paulo Alterwain, MD  
Uruguay

Maan A. Barry, PhD  
Yemen

Chueh Chang, ScD  
Taiwan

Anthony Fowke, AM  
Australia

Brian Howard  
Ireland

Beverly Long, MPH  
USA

Janet Paleo  
USA

Richard Studer  
USA

Deborah Wan  
Hong Kong

#### **Regional Vice Presidents**

**AFRICA**  
Elizabeth Matare  
Zimbabwe

**EASTERN MEDITERRANEAN**  
Ahmed Abou El-Azayem, MD  
Egypt

**EUROPE**  
Leo de Graff  
The Netherlands

**MEXICO & CENTRAL AMERICA**  
Virginia Gonzalez Torres  
Mexico

**NORTH AMERICA & CARIBBEAN**  
Cynthia Wainscott  
USA

**OCEANIA**  
Peter McGeorge, MBChB  
New Zealand

**SOUTH AMERICA**  
Miguel R. Jorge, MD  
Brazil

**SOUTHEAST ASIA**  
Regina de Jesus  
Philippines

**WESTERN PACIFIC**  
Kazuyoshi Yamamoto, MD  
Japan

#### **At The United Nations**

GENEVA  
Stanislas Flache, MD

NEW YORK  
Nancy E. Wallace, CSW

#### **At The Secretariat**

Secretary General/CEO  
Preston J. Garrison

Senior Advisor for Programs  
Richard C. Hunter

Senior Consultant  
Eugene B. Brody, MD

#### **Mailing Address**

PO Box 16810  
Alexandria, VA 22302-0810  
USA

Junio de 2003

Estimados amigos y adherentes al Día Mundial de la Salud Mental:

Me agrada sobremanera presentar este paquete que acompaña al **DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL 2003**, de la Federación Mundial, que trata del tema de este año – *Trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes*. Agradezco su interés en el Día Mundial de la Salud Mental, y aguardo con interés sus noticias sobre las actividades que realizarán en su comunidad para conmemorarlo.

La defensa de la mejora de los servicios para niños y adolescentes, así como para una política pública avanzada para que las necesidades de nuestros niños se eleven a un nivel más alto de prioridad ha sido una parte importante de mi carrera en el campo de la salud mental, tanto en mi capacidad de voluntaria como de profesional. Muchas veces hemos oído que “el futuro de nuestra sociedad depende de la salud y el bienestar de nuestros niños.” Sin embargo, estas conceptuosas palabras rara vez se ven apoyadas por una política pública o la asignación de recursos adecuados para garantizar que las familias y comunidades puedan alimentar y mantener un sano desarrollo mental, físico y social de los jóvenes. Por cierto, tenemos mucho que hacer en el campo de la salud mental si hemos de asegurar la promoción y prevención, así como los servicios de tratamiento y programas necesarios para todo niño que los necesite en todas las comunidades y países del mundo.

Los esfuerzos que usted haga el Día Mundial de la Salud Mental 2003 en pro de la toma de conciencia pública, la educación y la reivindicación de la salud mental son sumamente importantes para alcanzar el objetivo de poner la promoción, prevención y programas y servicios de tratamiento a disposición de todo niño que los necesite. Lo felicito por el importante trabajo que realiza. Espero que los materiales que incluimos en este paquete de planificación le resulten útiles para la celebración del Día Mundial de la Salud Mental. No deje comunicarse con nosotros en WFMH si podemos serle de utilidad.

Atentamente,  
L. Patt Franciosi  
Presidenta  
Directorio de WFMH

Honorary President - Tsung Yi Lin, MD - Canada

An international non-governmental organization in Consultative Status to the United Nations and its specialized agencies

The Federation is a not-for-profit 501 (c) (3) organization

# UN MUNDO DE AGRADECIMIENTO

Una vez más es hora de prepararnos para la próxima campaña educativa del Día Mundial de la Salud Mental. La Federación Mundial de Salud Mental agradece profundamente las muchas e interesantes actividades y eventos que organizaciones, grupos e individuos de todo el mundo planearon y celebraron en conmemoración del Día Mundial de la Salud Mental 2002, sobre *Los efectos del trauma y la violencia sobre niños y adolescentes*. Estamos gratamente impresionados por la dedicación y el compromiso que muchos de ustedes han demostrado con su apoyo al Día Mundial de la Salud Mental durante los últimos diez años, y aguardamos con entusiasmo la continuación de sus esfuerzos en 2003.

El tema del Día Mundial de la Salud Mental 2003, *Trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes*, fue seleccionado para concentrar la atención y la conciencia a nivel mundial de los devastadores efectos de los trastornos mentales y emocionales graves de niños y adolescentes en todos los países, así como la urgente necesidad de promover una política pública avanzada, aumentar la disponibilidad de servicios de tratamiento, y desarrollar e implementar estrategias preventivas efectivas para reducir el sufrimiento de los niños y sus familias.

El paquete para la campaña de 2003 incluye algunos recursos nuevos para que usted use en su campaña de conciencia pública sobre este importante tema y los haga aún más fáciles de usar por educadores de salud mental, padres, maestros y defensores de la causa. WFMH también lanzará a corto plazo un sitio electrónico dedicado al Día Mundial de la Salud Mental, [www.wmhday.net](http://www.wmhday.net), el cual se actualizará con regularidad con materiales e información sobre temas relacionados con el tema de la campaña.

WFMH extiende su aprecio y gratitud a todos los que han participado en la preparación de la campaña mundial de educación del Día Mundial de la Salud Mental 2003. El apoyo permanente de nuestra Presidenta Honoraria, la Sra. Rosalynn Carter, se reconoce con gratitud, y le damos la bienvenida al Profesor John Copeland (RU) como nuevo Presidente del Comité de la WFMH encargado del Día Mundial de la Salud Mental. El Profesor Copeland sucede a la Dra. L. Patt Franciosi, quien asume la Presidencia de la WFMH.

Le debemos un agradecimiento especial a la principal escritora científica por el material para el paquete de este año, la Srta. Robin Perth-Pierce, y a los contribuyentes de materiales sobre temas de las consecuencias de la guerra, el trauma y la violencia sobre la salud mental de niños refugiados – Ellen R. Mercer, Thad Rydberg y Dennis Hunt. También agradecemos a las organizaciones colegas que con toda gentileza han provisto información y autorización para usar y adaptar sus excelentes materiales sobre los temas que incluimos en el tema de este año– el Center for Mental Health Department of Health, New South Wales (AU) [Centro de Salud Mental del Departamento de Salud de New South Wales, Australia], la American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, US [Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente, EE.UU.], el National Institute of Mental Health (US) [Instituto Nacional de Salud Mental, EE.UU.], el Australian Centre on Posttraumatic Mental Health (AU) [Centro Australiano de Salud Mental Post Trauma], la Federation of Families for Children's Mental Health [Federación de Familias por la Salud Mental de los Niños], el Republic of South Africa's Department of Health [Departamento de Salud de la República de Sudáfrica] y el Transcultural Mental Health Centre (SA) [Centro Transcultural de Salud Mental, Australia]. Todos los años, la WFMH tiene la buena fortuna de reunir a un grupo destacado de asesores internacionales para que le presten apoyo y orientación en la preparación de los materiales de la campaña. Deseamos expresar nuestro agradecimiento especial a los doctores Myron Belfer, Peter Jensen, Eve Moscicki y John Fayyad, así como al Profesor Brian Robertson por su asistencia.

También agradecemos los esfuerzos del personal de la WFMH, nuestros traductores y diversos miembros del Directorio de la WFMH– Regina de Jesús (Filipinas), Dr. Chueh Chang (Taiwan), y Elizabeth Matare (Zimbabwe) – quienes revisaron los primeros borradores del material para determinar su utilidad en sus regiones del mundo. Nuestros generosos patrocinadores financieros hacen que el Día Mundial de la Salud Mental y la campaña anual de educación en salud mental sean posibles. Una vez más en 2003, *Janssen Cilag* ha mantenido su inversión como principal patrocinador del proyecto, con la compañía de *AstraZeneca, Eli Lilly and Company* y *Otsuka America* en apoyo de este esfuerzo. También agradecemos a los patrocinadores nacionales y locales que contribuyen a las actividades de conmemoración en todas partes del mundo.

Para concluir, la WFMH quisiera agradecer a las organizaciones, los gobiernos e individuos que participan en el Día Mundial de la Salud Mental año tras año. El futuro del proyecto depende de ustedes y de todas las espléndidas actividades que tienen lugar en todas partes del mundo. Ustedes continúan aportando un esfuerzo enorme y son la clave del crecimiento del proyecto del Día Mundial de la Salud Mental. ¡Le deseamos todo lo mejor en esta importante tarea, y aguardamos sus noticias!



## **Día Mundial de la Salud Mental 2003**

### **Sección uno: *Trastornos Emocionales y Conductuales de Niños y Adolescentes***

- Introducción: La salud mental de niños y adolescentes: Trastornos emocionales y conductuales graves
- Abuso de sustancias entre los adolescentes
- El suicidio entre los adolescentes
- La ansiedad en los niños: ¿Qué debemos saber los padres?
- Trastorno de déficit de la atención con hiperactividad (TDAH)
- El autismo y otros trastornos del desarrollo
- Trastorno bipolar
- Los niños y las familias afectados por el VIH/SIDA
- La depresión en los niños. ¿Qué debemos saber los padres?
- Trastornos de conducta perturbadora
- Los trastornos de conducta perturbadora en los niños: ¿Qué debemos saber los padres?
- Trastornos de la alimentación
- Discapacidades del aprendizaje
- Esquizofrenia
- La falta de sueño en los niños
- Tics y Trastorno de Tourette
- Adelantos en la investigación de la salud mental de niños y adolescentes



# Introducción

## LA SALUD MENTAL EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA:

### TRASTORNOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES GRAVES

Los niños de todas partes del mundo enfrentan muchas amenazas; la imagen del niño que ríe feliz con esperanzas para el futuro no es más que un sueño para demasiados niños y sus familias. Los retos son muchos, tanto físicos como psicológicos. Gozar de buena salud física y mental puede ayudar al niño a manejarse en el complejo mundo en que se mueve. La buena salud mental tiene sus cimientos en la primera infancia, comenzando por la relación que establece el lactante con sus padres o cuidadores, lo cual sienta las bases de la confianza.<sup>1</sup> El contexto social y familiar para el desarrollo ofrece un ingrediente esencial para una salud mental permanente. Lo que tomamos como natural en los países occidentales, en los países de más altos ingresos y en los países más desarrollados, no es algo que se pueda dar por sentado en los países en vías de desarrollo, ni en los países afectados por la guerra, las hambrunas y la enfermedad. Para muchos niños del mundo con trastornos emocionales y conductuales graves, las actividades cotidianas, crear amistades y ser integrantes de la sociedad son retos extraordinarios. Con demasiada frecuencia los niños y los adolescentes con trastornos mentales enfrentan estigmas y discriminación.

*“En todo el mundo, la salud mental de los niños y los adolescentes es importante – para todas las culturas y razas, desde la lactancia hasta llegar a la edad adulta y más. Reconocer y tratar los trastornos emocionales y conductuales graves de la niñez y la adolescencia debe ser una prioridad para todos los países, si es que los niños y las sociedades en que se desarrollan han de alcanzar su pleno potencial.”*

L. Patt Franciosi, PhD  
Presidente, Junta Directiva de la WFMH

### Las repercusiones de los trastornos emocionales y conductuales graves entre niños y adolescentes

En todo el mundo, hasta un 20% de los niños y adolescentes padecen de una enfermedad mental discapacitante, y 3-4% requiere tratamiento.<sup>5</sup> La salud mental de niños y adolescentes se ve influenciada por los traslados causados por guerras y catástrofes, por las tensiones sobre las familias, por la adversidad económica, por las limitaciones sobre los derechos del niño a la educación y la salud, y por las mujeres que los deben criar. Para los numerosos niños que enfrentan futuros inciertos ...incluidos aquellos que quedan huérfanos por las guerras o el SIDA, y aquellos traumatizados por desastres naturales ... la carga de trastornos emocionales y conductuales graves multiplica sus dificultades en la vida<sup>4</sup>.

En todo el mundo, los niños y los adolescentes tienen muchas necesidades de salud mental. El suicidio entre los jóvenes es un problema de salud mental presente en todo el mundo: a nivel mundial, el suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes. El abuso de sustancias entre los adolescentes también es un problema mundial. Muchos niños que viven entre los estragos de la guerra o los rastros de los desastres naturales sufren de trastornos de estrés postraumático.<sup>3,7</sup> No solo esos trastornos emocionales y conductuales afectan a una proporción considerable de la población mundial, sino que sus efectos son costosos y muy difundidos. En la actualidad tenemos pruebas de las consecuencias en el largo plazo de los trastornos de la niñez y su continuidad en trastornos psiquiátricos en la edad adulta.<sup>3,11</sup> El costo financiero para la sociedad causado por las consecuencias de trastornos no tratados está siendo documentado.<sup>12</sup> Algunos trastornos, como los de la alimentación, se están difundiendo y son más notorios en diversas culturas.<sup>8</sup>

La carga de los trastornos emocionales en la niñez y la adolescencia, sentida especialmente por las familias y los amigos de los afectados, también afecta muchos sistemas que sustentan una sociedad, incluidos la salud, la educación, el bienestar y la justicia juvenil. Existen innumerables costos asociados con los trastornos de salud mental, incluidos la falta de participación en sistemas educativos, la falta de rendimiento que lleva a la dependencia, la participación en actividades delictivas, el consumo de drogas ilegales, la incapacidad de beneficiarse de actividades de rehabilitación, y las afecciones médicas co-mórbidas.<sup>12</sup> De no ser tratados, estos trastornos dejan marcas indelebles y erosionan la capacidad de las sociedades de ofrecer condiciones seguras y productivas<sup>4</sup>.

### El impacto del VIH/SIDA en los niños

En 26 países de África, el número de niños que quedan huérfanos por cualquier motivo será más del doble para el año 2010, más de la mitad de ellos debido al SIDA. Para el año 2010, cuarenta millones de niños en 23 países en vías de desarrollo perderán a uno de sus padres, o a los dos, lo cual equivalent al total de la población estadounidense de niños y adolescentes<sup>6</sup>.

### Trastornos mentales de niños y adolescentes: Aspectos preocupantes

Este año, como parte de su celebración del Día Mundial de la Salud Mental 2003, la Federación Mundial de Salud Mental (World Federation for Mental Health, WFMH), desea aumentar la conciencia, a nivel mundial, de los graves trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes. La WFMH ofrece este paquete de información para ayudarle a usted a informar a otros sobre estos trastornos. El paquete incluye Hojas de información sobre trastornos emocionales y conductuales graves en la niñez y la adolescencia. También se incluye información sobre la creación de una política nacional de salud mental para niños y adolescentes, la cual se indica en detalle en el documento *The Citizen's Guide to Advocacy for Creating a Child and Adolescent Mental Health Policy*. [Guía para el ciudadano que defiende la creación de una política de salud mental para niños y adolescentes]

Los trastornos marcados con un asterisco han sido identificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como inquietudes prioritarias, sobre la base de su prevalencia o su potencial de causar minusvalías, sus posibilidades terapéuticas de recuperación, especialmente a nivel de atención primaria de la salud, y sus consecuencias en el largo plazo.<sup>4</sup>

- Síndrome de Asperger
- Trastornos por ansiedad \*
- Déficit de la atención / Trastornos por hiperactividad \*
- Autismo
- Trastorno bipolar
- Niños afectados por VIH/SIDA
- Manejo del trauma, la violencia y la guerra
- Trastornos depresivos \*
- Trastornos de conducta perturbadora
- Trastornos de la alimentación \*
- Discapacidades en el aprendizaje \*
- Abuso de sustancias nocivas \*
- Tics o síndrome de Tourette \*
- Suicidio entre adolescentes\*

### Prevalencia de trastornos emocionales y conductuales graves entre niños y adolescentes en todo el mundo

La forma en que se diagnostican los trastornos mentales varía en diferentes partes del mundo. Por supuesto, todo diagnóstico debe tener en cuenta la cultura en la cual los niños se crían, con especial atención a la migración de niños a otros países. Lo que en un país o en una sociedad puede parecer un trastorno diagnosticable, puede considerarse normal o una simple conducta de adaptación en otro<sup>4</sup>. Si bien hay datos confiables sobre la incidencia de trastornos conductuales y emocionales graves en países no occidentales, estos datos no son necesariamente comparables entre sí, debido en gran medida a las diferencias de un país a otro por la forma en que se miden los trastornos. No obstante, los datos recogidos hasta ahora muestran la enormidad de los problemas potenciales en todo el mundo, como se demuestra en el Cuadro 1<sup>10</sup>. Reiteramos, estos datos no son necesariamente comparables entre sí, pero se los cita para dar una imagen de la posible magnitud de los problemas en los diferentes países.

**Cuadro 1. Tasas de prevalencia\*Trastornos emocionales y conductuales graves entre niños y adolescentes, en países seleccionados**

<u>País</u>	<u>Prevalencia</u>
EE.UU. <sup>9</sup>	18-22%
Nueva Zelanda <sup>9</sup>	22%
Puerto Rico <sup>9</sup>	18%
Canadá <sup>9</sup>	18%
Finlandia <sup>10</sup>	15%
Suecia <sup>10</sup>	17%
Grecia <sup>10</sup>	39%
Japón <sup>10</sup>	12%
India <sup>10</sup>	7-20%
China <sup>10</sup>	7%
Franja de Gaza (ansiedad únicamente) <sup>10</sup>	21%
Sudán, Filipinas y Colombia <sup>10</sup>	12-29%

\*Nótese que los datos no son necesariamente comparables entre países; que comprenden diferentes grupos de edades, en períodos diferentes, y que la categoría “trastornos emocionales y conductuales graves” no incluye los mismos trastornos en cada país.

Por ejemplo, en la India se notifica un 7-20% de trastornos psiquiátricos entre los niños (4-12 años de edad). En Sudán, las Filipinas y Colombia, los datos muestran que un 12-29% de los niños (5-15) padece de trastornos mentales. En la franja de Gaza, 21% de los niños de edad escolar padece de trastornos por ansiedad, una tasa comparable a la de las sociedades occidentales. En los países del Pacífico occidental, se notifica que 7% de los niños en China, 12% de los niños en Japón y 19% de los niños en Corea sufren de trastornos mentales. En EE.UU. casi el 21% de los niños muestra algún trastorno mental o adictivo diagnosticable, con al menos una discapacidad mínima. En Europa, la prevalencia de trastornos mentales varía, llegando hasta 15% en Finlandia (niños de 8-9 años de edad), 17% en Suecia (11-13 años), y 39% en Grecia (12-15 años). En términos generales, los trastornos mentales afectan a un 10-20% de la juventud mundial. Los trastornos mentales son responsables de 5 de las 10 principales causas de discapacidad en el mundo entre los niños de 5 años en adelante.<sup>10</sup>

**Tratamiento de los trastornos emocionales y conductuales graves**

Hay esperanza para las numerosas familias de todas partes del mundo cuyos niños y adolescentes

En muchos países en vías de desarrollo, maestros y trabajadores comunitarios desempeñan una función importante en la identificación, y, en algunos casos, en la prestación de servicios a niños y adolescentes con trastornos mentales. A menudo, en comunidades en las que hay poca información sobre los trastornos emocionales y conductuales graves de los niños, los síntomas de ansiedad y depresión se interpretan como travesuras, haraganería o intentos de llamar la atención. La Federación Mundial de Salud Mental (WFMH) abraza la sincera esperanza de que este paquete de información profundizará la comprensión sobre los trastornos emocionales y conductuales graves de los niños, y aportará recursos para obtener más información sobre la identificación, la prevención y el tratamiento de estos trastornos.

**CUADRO 2. Intervenciones terapéuticas para trastornos mentales prioritarios de niños y adolescentes<sup>4</sup>**

	Psico terapia	Terapia cognoscitiva y conductual	Terapia psico farmacológica	Terapia familiar	Intervención escolar	Consejería	Intervenciones especializadas	Otras
<b>Trastornos del aprendizaje</b>					X	X		X
<b>Hiperkinético / TDAH</b>			X*					
<b>Tics</b>		X	X	X				
<b>Depresión (y conducta suicida)</b>	X	X	X*	X				
<b>Psicosis</b>			X		X		X	
<b>Esquizofrenia</b>			X	X				

muestran trastornos emocionales y conductuales graves. Es necesario continuar el diálogo y el estudio sobre las intervenciones más útiles para tratar trastornos emocionales y conductuales graves entre los niños. ¿Qué podemos aprender de las culturas no occidentales? ¿Cuáles son los tratamientos que dan buenos resultados en comunidades aisladas de la cultura principal? ¿Qué papel les cabe a los programas basados en creencias religiosas? ¿Cuán pronto se debe intervenir y durante cuánto tiempo se debe aplicar el tratamiento?

Mientras que el debate continúa sobre el uso de medicamentos para tratar a los niños pequeños, y las autoridades reguladoras aprueban escasos medicamentos para usar específicamente con niños y adolescentes, hay pruebas científicamente demostradas de que algunos trastornos mejoran con medicamentos. En muchos casos, una combinación de medicamentos y terapia puede aliviar síntomas; El Cuadro 2 resume los diversos tratamientos para varios trastornos mentales graves que se observan entre niños y adolescentes. Por cierto, se han hallado algunos tratamientos nuevos que encierran promesa, pero todavía queda trabajo por hacer para adaptarlos o crearlos en alianza con las comunidades en las cuales verdaderamente se los necesita.

### **Cómo superar barreras para el cuidado en países desarrollados y en vías de desarrollo**

Pese a la existencia de intervenciones efectivas para la atención de niños y adolescentes con trastornos mentales, una enorme cantidad de los necesitados no tiene acceso al cuidado. Las barreras a la atención existen en el mundo desarrollado tanto como en el mundo en vías de desarrollo; la declinación económica en los países desarrollados y la competencia por recursos financieros en los países en vías de desarrollo afectan negativamente a los servicios de salud mental en medida desproporcionada en prácticamente todo el mundo<sup>4</sup>. Además de la falta de recursos destinados al cuidado de la salud mental, existen otros obstáculos:

- Estigma (a nivel local, nacional e internacional)
- Falta de transporte
- Falta de capacidad para comunicarse con efectividad en el idioma materno del paciente
- Falta de conocimiento sobre los trastornos mentales de niños y adolescentes por parte del público

En todas partes del mundo se está trabajado para eliminar estos obstáculos y mejorar el tratamiento de niños con trastornos emocionales y conductuales graves. Desde la creación de organizaciones no gubernamentales (ONG) que se ocupan de aquellos cuyas necesidades de salud mental no están siendo

atendidas por instituciones existentes (Ciudad del Cabo), hasta la creación de “equipos móviles de salud mental” (Alemania), existen numerosas soluciones ingeniosas en muchos países del mundo.<sup>4</sup>

### **Algunos esfuerzos ingeniosos para superar barreras para la atención de la salud mental de niños y adolescentes**

#### **Servicio móvil de salud mental infantil en Alemania**

En Marburgo, Alemania, un servicio móvil emplea un equipo de tres profesionales (un psiquiatra infantil, un psicólogo y un asistente social) que viajan en automóvil a diferentes ciudades y pueblos y celebran consultas destinadas a tres finalidades:

- Seguimiento de pacientes que han estado hospitalizados;
- Nuevas consultas psiquiátricas infantiles; y
- Supervisión de instituciones para niños.

En Tailandia se han creado servicios similares.

#### **Creación de una ONG para niños con trastornos hiperkinéticos en el Líbano**

Profesionales locales de la salud mental infantil ayudaron a padres de niños con TDAH (déficit de la atención e hiperkinesia) a formar una organización no gubernamental (ONG), la Asociación Libanesa contra el TDAH. En colaboración con psiquiatras y psicólogos de niños y adolescentes, esta asociación viene creando conciencia sobre el TDAH en las escuelas y ONG que se ocupan de los niños. También abogan por los derechos de niños y adolescentes con TDAH, para que sus necesidades de educación especial se reconozcan en las escuelas y a nivel de gobierno nacional.

#### **Adaptación a la transición socioeconómica en Bulgaria**

Durante el llamado período de la transición en Bulgaria, era difícil transferir conocimientos nuevos y experiencia de salud mental y psiquiatría infantil a estructuras estables. Los pasos siguientes dieron los mejores resultados:

1. Establecimiento de una institución modelo para la salud mental infantil con la Universidad Médica de Bulgaria. Fundada por ONG venidas de afuera y con la ayuda de consultores, se crearon un programa e instalaciones modelo.
2. Creación de un modelo de organización adaptado a la cultura y los antecedentes sanitarios locales, con estabilidad garantizada. Durante 1997-2000 se observaron:
  - Medicina basada en pruebas
  - Evaluación de actividades
  - Separación de las fases diagnóstica y terapéutica del trabajo
  - Participación obligatoria de la familia
  - Trabajo con las comunidades
  - Creación de lazos recíprocos entre las escuelas y los practicantes de la medicina general.
3. Multiplicación del nuevo modelo, fuera de Sofía, durante el período 2001-2002.

Un taller de organización que incluía representantes del gobierno, autoridades financieras, autoridades locales y visitas de consultores que facilitaron el proceso. Además, ha habido:

- Programas de educación permanente relacionados con el nuevo modelo;
- Cooperación con los medios de comunicación fuera de Sofía;
- Aliento por parte de la asociación profesional de psiquiatras infantiles y profesiones afines para la creación de centros regionales de salud; y
- Actividades en pro del desarrollo de una nueva autoridad local y financiera en apoyo de nuevas instalaciones especializadas.

Pese a dificultades económicas en Bulgaria, se crearon dos instituciones modernas alejadas de Sofía. El nuevo modelo ha favorecido la causa de normas más elevadas.

### Un “Lugar de sanación” en Sudáfrica

El proyecto Empilweni o “Lugar de sanación” se estableció en 1994 en Khayelitsha, una zona de asentamientos informales de 500.000 personas en Ciudad del Cabo, Sudáfrica. Tras un estudio epidemiológico en 1993 en el cual se halló que 64% de los niños (6-16 años de edad) tenía por lo menos un problema psicosocial, la Universidad de Ciudad del Cabo creó esta nueva iniciativa. Puesto que las clínicas de atención primaria de la salud en la zona estaban demasiado recargadas de trabajo para manejar con efectividad los problemas psicosociales de los niños, esta nueva iniciativa delega en la comunidad la capacidad de manejar sus problemas de salud mental, con capacitación y apoyo de profesionales de salud mental de la Universidad. En esencia, el proyecto es una clínica de salud mental que funciona sin turnos ni citas previas, con personal empírico local que ha aprendido en la práctica a partir de casos reales. Los trabajadores manejan casos, y ofrecen asesoría individual y grupal, para los padres y las familias. Un psicólogo clínico ofrece supervisión una vez por semana, y un asistente social licenciado tiene su base de operaciones en el centro. Un psiquiatra infantil atiende consultas y remite a algunos pacientes a otros especialistas. No obstante, los trabajadores comunitarios tratan la mayoría de los problemas. Los padres y profesionales basados en la comunidad reciben educación sobre problemas de salud mental infantil mediante visitas a la casa, la escuela y la agencia, talleres y divulgación de información personalmente o por una radio de la comunidad. Los problemas más comunes que el proyecto maneja son: abuso sexual, conducta antisocial (trastornos de la conducta), y los efectos del VIH/SIDA. Una evaluación de 1997 halló que este centro comunitario ofrece las alternativas más costoefectivas, accesibles y apropiadas a los sistemas profesionales de salud mental, y que sus objetivos habían sido ampliamente alcanzados, por lo cual obtuvieron una renovación de sus fondos.

### Mejorar el futuro de nuestros niños y adolescentes: ¿Qué se puede hacer?

A nivel mundial, se está trabajando para mejorar la identificación y el tratamiento de los trastornos emocionales graves de la niñez y la adolescencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) concentra su atención en los siguientes campos para el avance de la atención de los niños con trastornos mentales graves.

- **Hacer de la salud mental una prioridad mundial.** En todas las iniciativas relacionadas con la salud en general o la salud mental en particular se debe incorporar la debida consideración de los trastornos mentales de niños y adolescentes.
- **Establecer un plan de acción.** La planificación a nivel mundial de la salud mental de niños y adolescentes debe apoyar un *sistema equilibrado de atención*, utilizando *todos los medios apropiados de tratamiento*, con prioridad en ayudar a las autoridades de salud mental con planes nacionales, en documentar los efectos económicos y personales de los trastornos mentales y en identificar y divulgar prácticas óptimas.
- **Acumular conocimientos en un registro.** Se debería identificar por país y región a los especialistas y centros de excelencia con experiencia en salud mental de niños y adolescentes.
- **Usar la Red Mundial (WWW) para diseminar información.** Hojas interactivas de alta calidad en Internet deberían servir como punto focal a nivel mundial para divulgar información útil para Ministros de Salud y otros interesados sobre prácticas óptimas, resultados de investigación, datos económicos y epidemiológicos y fuentes de consulta.

A nivel local, los esfuerzos que usted haga para defender la causa y educar son importantes. En el paquete se incluye la *Guía del ciudadano en pro de la creación de una política de salud mental para niños y adolescentes*, la cual incluye estrategias para ayudar a promover una política de salud mental para niños y adolescentes. Brevemente, estas estrategias incluyen:

**El conocimiento es poder**

**Conozca las necesidades de salud mental de sus niños y adolescentes.** Hace falta un conocimiento a fondo de las necesidades de salud mental de los niños y los adolescentes de su país, cómo se las está

atendiendo, las lagunas que existen en el sistema actual de atención de la salud mental, el clima político y económico, y los aliados en potencia que puedan existir en el gobierno y en organismos y organizaciones no gubernamentales a fin de organizar y llevar adelante una iniciativa que conduzca al éxito.

### **Creación de alianzas**

**Crear un equipo y colaborar.** Organizar una iniciativa nacional propendiente a la creación de una política nacional no es tarea para “una persona” ni “una organización”. Crear una política nacional nueva o mejorar las ya existentes requiere colaboración con una base amplia y muchos interesados –padres, profesionales, organizaciones públicas y privadas prestadoras de servicios, organizaciones no gubernamentales y formuladores de políticas.

### **Planificación adecuada**

**La planificación está en el centro de una buena iniciativa de política pública.** Abarca generar conocimientos, crear alianzas y, más importante aún, crear públicos interesados a nivel de base en diferentes etapas del proceso de planificación y reunir las voces colectivas de padres, profesionales y la sociedad interesada para hacer presión sobre funcionarios en cargos con poder de decisión.

### **Perseverancia**

**La perseverancia da buenos resultados.** Se necesitan trabajo y esfuerzos persistentes para crear una nueva política nacional de salud mental. Los defensores efectivos de una causa reconocen que su tema no siempre es lo más importante que enfrenta al cuerpo legislativo, que las presiones económicas, sociales y políticas pueden actuar en contra de la iniciativa, o que todavía tienen que trabajar para establecer un público con base amplia en la comunidad lo suficientemente fuerte como para que el tema se instale en el calendario de los encargados de formular políticas. La perseverancia consiste en mantener el compromiso con los objetivos de la iniciativa, mantener y fortalecer la coalición, y continuar con el difícil trabajo de educar y convencer a formuladores claves de políticas de la necesidad y el valor de las metas y los objetivos de la iniciativa.

### **El futuro: Una mirada hacia adelante**

El futuro de la práctica de salud mental en países en desarrollo va de la mano del crecimiento económico, el conocimiento sobre los temas de salud mental de niños y adolescentes, y la reducción del estigma. Se deben apoyar los esfuerzos creativos de los países mencionados anteriormente, y se deben iniciar nuevos. Si bien son escasos los recursos que pueden existir en muchos países, por ejemplo pocos psiquiatras infantiles y de adolescentes, hay muchas otras maneras en que se pueden prestar estos servicios. El uso de ONG, la capacitación de voluntarios y compañeros, el uso de médicos de salud primaria para identificar y tratar estos trastornos, y la participación de familias y comunidades en la planificación de programas de salud mental infantil y adolescente deberían ser el foco de esfuerzos futuros. Le agradecemos el trabajo que usted desempeña en este campo, y aguardamos la oportunidad de trabajar con usted en el futuro, para que la salud mental de niños y adolescentes sea una prioridad en todas partes del mundo.

## Referencias

- <sup>1</sup>The National Research Council and the Institute of Medicine (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. [Consejo Nacional de Investigación e Instituto de Medicina. *De las neuronas a los vecindarios: la ciencia del desarrollo infantil temprano*] Jack P. Shonkoff y Deborah A. Phillips, eds. Board on Children, Youth, and Families, Commission on Behavioural and Social Sciences Education. Washington, D.C.: National Academy Press.
- <sup>2</sup>The Child Mental Health Foundations and Agencies Network (2001). *A Good Beginning: Sending America's Children to School with the Social and Emotional Competence They Need to Succeed*. [Red de fundaciones y agencias para la salud mental de los niños. *Un buen comienzo. Enviar a los niños estadounidenses a la escuela con la capacidad social y emocional que necesitan para alcanzar el éxito*]. Chapel Hill: University of North Carolina, FPG Child Development Center.
- <sup>3</sup>Sack W., Him C. Dickason, D. (1999). Twelve-year follow-up study of Khmer youths who suffered massive war trauma as children. [Estudio de seguimiento de doce años de duración sobre jóvenes khmer que sufrieron traumas masivos por la guerra durante su niñez] *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 38(9):1173-1179.
- <sup>4</sup>Organización Mundial de la Salud (OMS), Departamento de Salud Mental y Dependencia de Substancias. *Caring for Children and Adolescents with Mental Disorders: Setting WHO Directions*. [Atención de niños y adolescentes con trastornos mentales. Fijar direcciones en la OMS] Ginebra, 2003.
- <sup>5</sup>Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la salud 2001. Ginebra, Suiza, 2001.
- <sup>6</sup>Foster, G (2002). Supporting Community Efforts to Assist Orphans in Africa [Apoyo a los esfuerzos de la comunidad para ayudar a los huérfanos en África]. *New England Journal of Medicine* 346(24):1907-1910.
- <sup>7</sup>Hsu, C.C., Chong, M.Y., Yang, P., y col. (2002). Posttraumatic stress disorder among adolescent earthquake victims in Taiwan. [Estrés post traumático entre víctimas adolescentes de terremotos en Taiwan] *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41(7):875-881.
- <sup>8</sup>Becker, A.E.(1995). *Body, Self, and Society: A View from Fiji*. [El cuerpo, el ser y la sociedad. Opinión desde Fiji] Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- <sup>9</sup>Rapael, B. (2000). Promoting the Mental Health and Wellbeing of Children and Young People. Discussion Paper: Key Principles and Directions. National Mental Health Working Group. Department of Health and Aged Care, Canberra. [Promoción de la salud mental y el bienestar entre niños y jóvenes Principios y directivas clave. Grupo nacional de trabajo sobre salud mental. Departamento de salud y atención de ancianos, Canberra]
- <sup>10</sup>Shatkin, J.P. y Belfer, M.L. (2003). La carencia mundial de una política de salud mental para niños y adolescentes. En prensa.
- <sup>11</sup>Weissman, M.M., Wolk, S., Goldstein, R.B., y col. (1999). Depressed Adolescents Grown Up [Adultos que crecieron con depresión]. *Journal of the American Medical Association*. 281(18):1701-1713.
- <sup>12</sup>Scott, S., Knapp, M, Henderson, J., y col. (2001). Financial cost of social exclusion: follow-up study of anti-social children into adulthood. [Los costos financieros de la exclusión social: estudio de seguimiento de niños antisociales en la edad adulta. ] *British Medical Journal* 322:191-195.



# DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

Un programa de educación en salud mental de la  
**FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL**



## TRASTORNOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

### Abuso de Substancias entre los Adolescentes

#### Abuso de Substancias entre los Adolescentes

A medida que los jóvenes llegan a la adolescencia, muchos de ellos aprovecharán su independencia y asumirán riesgos, tal vez experimentando con drogas, alcohol o cigarrillos. Para algunos adolescentes, tomar drogas es una manera de “automedicarse”. Tal vez estén deprimidos o ansiosos, tal vez vivan en un mundo en el que se sientan abandonados, abusados, con frío y hambre, o vivan con padres drogadependientes. Algunos intentarán consumir alcohol, tabaco o drogas para “no ser menos” que sus compañeros.

En la actualidad se reconoce al abuso de sustancias como un problema mundial de salud pública<sup>2</sup>. En el último siglo, muchos factores sociales, económicos y políticos han contribuido a la difusión mundial del abuso de sustancias<sup>1</sup>; con las mejoras en tecnología, transporte y comunicaciones, ahora hay más disponibilidad de sustancias ilegales. Además, en las sociedades occidentales especialmente, los adolescentes se ven bombardeados por anuncios de alcohol y cigarrillos. El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas afecta la vida de muchos adolescentes en todas partes del mundo. El abuso de sustancias es un factor importante que contribuye a los accidentes, suicidios, violencia, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (incluidos VIH/SIDA) entre los jóvenes de muchos países<sup>4</sup>.

Al tiempo que el consumo de drogas es un problema conocido en todo el mundo, lo que es menos sabido es la tasa de uso por jóvenes, debido a las dificultades para recoger datos. Estas dificultades incluyen el hecho de que en algunos países, algunas sustancias no han sido reconocidas como objeto de abuso (inhalantes), o tal vez no hay líneas divisorias claras entre uso y abuso. También hay dificultades para comparar datos entre culturas, porque el patrón de abuso se debe considerar en el contexto cultural en el

#### Datos sobre el Abuso de Substancias entre los Adolescentes<sup>4</sup>

<b>Tabaco</b>	En todo el mundo, de los 300 millones de jóvenes que fuman, 150 millones morirán por causas relacionadas con el tabaco.
<b>Alcohol</b>	Cuanto más joven empiece a beber el adolescente, más probabilidades tendrá de tener problemas de alcohol en la edad adulta.
<b>Drogas ilícitas</b>	Hay una tendencia entre los jóvenes a consumir drogas por inyección; en todo el mundo, 5-10 por ciento de infecciones nuevas por VIH ocurren entre los que usan agujas.
<b>Inhalantes</b>	Los adolescentes tienden a usar sustancias asequibles y fáciles de conseguir.

que se produce, y no es necesariamente comparable. La Organización Mundial de la Salud ha actualizado las directrices para mejorar el acopio de datos sobre drogas en todo el mundo. ([http://www.who.int/substance\\_abuse/PDFfiles/EPI\\_GUIDE\\_A.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/PDFfiles/EPI_GUIDE_A.pdf))

### ¿De qué drogas abusan los adolescentes de hoy?

Aparte del alcohol y los cigarrillos, los adolescentes de hoy abusan de muchas drogas. Los siguientes datos<sup>2</sup> presentan una idea de los tipos de drogas que se consumen en todo el mundo:

- Los inhalantes se usan principalmente en las economías más pobres; en Brasil, 25% de los niños y adolescentes entre los 9 y los 18 años usan inhalantes.
- Khat, (produce una euforia suave) si se lo combina con otras sustancias psicoactivas, puede producir psicosis. El Khat se consume en África oriental y en el Oriente Cercano desde los 10 años de edad.
- En Nigeria la heroína ahora es barata y el patrón de uso ha cambiado, de minorías adineradas a varones jóvenes marginados y desempleados.
- Entre los jóvenes de 16-29 en el Reino Unido se notifican tasas de 14% de uso de anfetamina y 6% de MDMA.
- En el Líbano, 9% de los estudiantes secundarios y universitarios han probado una sustancia ilegal (cannabis, heroína, cocaína, ecstasis). Más aún, más de 12% abusa del alcohol<sup>5</sup>.

#### Algunas de las drogas más comunes

Anfetaminas  
Cocaína  
Mezclas con jarabes para la tos  
Crack (cocaína que se puede fumar)  
Halucinógenos  
Heroína  
Inhalantes (pegamentos, gasolina)  
Khat  
LSD  
Marihuana/hachís  
MDMA (ecstasis)  
Metanfetamina  
PCPPara Pa  
Píldoras para dormir  
Esteroides  
Tranquilizantes

### Tratamiento del abuso de sustancias e implementación de programas de prevención en su comunidad

En la actualidad se dispone de numerosos tipos diferentes de tratamiento con tra el abuso de sustancias. Los tratamientos se deben adaptar a la sustancia específica del abuso. Las limitaciones de espacio nos impiden discutir a fondo cada uno de los tratamientos aquí. Sin embargo, podemos decir que el tratamiento debe incluir una combinación de medicamentos y psicoterapia como parte de programa de tratamiento integral; la investigación demuestra que los resultados dependen de un tratamiento adecuadamente prolongado.<sup>3</sup> Se pueden encontrar ejemplos de tratamientos efectivos contra el abuso de sustancias entre los adolescentes en la hoja electrónica de Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) (<http://www.samhsa.gov/centers/csat2002/programs.html>) o en Drug Strategies, un instituto de investigación sin fines de lucro (<http://www.drugstrategies.org/pubs.html#teen>).

Para las comunidades, los costos del abuso sin tratar entre los adolescentes son enormes, y aparecen más adelante en diferentes partes del sistema de servicios humanos (educación, justicia juvenil y bienestar).

### Para entender la adicción<sup>6</sup>

Según el National Institute on Drug Abuse (NIDA), la adicción comienza cuando una persona toma la decisión consciente de consumir drogas, pero no es un simple “consumo de un montón de drogas.”

Investigación científica reciente proporciona pruebas abrumadoras de que las drogas no solo interfieren con el funcionamiento normal del cerebro creando fuertes sensaciones de placer, sino que también tienen efectos en el largo plazo sobre el metabolismo y la actividad cerebral. En algún momento se producen cambios en el cerebro que pueden convertir el uso en adicción, una enfermedad crónica con recaídas. Los adictos a las drogas sienten un deseo compulsivo de consumirlas, y no pueden abandonar el hábito por sí mismos. Para terminar con esta conducta compulsiva se necesita tratamiento.

El lector que desee más información sobre la forma en que su comunidad puede implementar programas de prevención, podrá ver “Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for the Community” de la campaña de la Oficina Nacional de Políticas de Control sobre la manera de formar coaliciones para la prevención de drogas (<http://www.helpyourcommunity.org>).

#### Referencias:

- <sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud, Department of Mental Health and Substance Abuse and Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. *Guide to Drug Abuse Epidemiology*. Ginebra, 2000.
- <sup>2</sup> Belfer, M.L. *International Child and Adolescent Mental Health Review*. Department of Mental Health and Substance Dependence, Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2003.
- <sup>3</sup> Physicians Leadership on National Drug Policy (PLNDP). “Adolescent Substance Abuse: A Public Health Priority. Septiembre 2002.
- <sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud. “Prevention and Care of Illness, Adolescents.” (2003), [http://www.who.int/child-adolescent-health/PREVENTION/Adolescentes\\_substance.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/PREVENTION/Adolescentes_substance.htm)
- <sup>5</sup> Karam, E., Ghandour, L., Maalouf, W., Yamout, K. (2003). *Substance Use and Misuse in Lebanon: The Lebanon Rapid Situation Assessment and Responses Study*. Technical Report on Drugs and Crime in North Africa and the Middle East. United Nations Office on Drugs and Crime.
- <sup>6</sup> The National Institute on Drug Abuse (NIDA). “Understanding Drug Abuse and Addiction,” Infofacts, fact sheet on drug abuse and addiction. Retrieved from NIDA website May 9, 2003, <http://www.nida.nih.gov/Infofax/understand.html>

**Para más información:**

National Institute on Drug Abuse — INFOFAX

Phone: +1 888 NIH NIDA (644 6432) or +1 800 TTY NIDA (889 6432) (TTY/TDD)<http://www.drugabuse.gov/>

National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information (NCADI)

Phone: +1 800 729 6686 or +1 800 487 4889 (TTY/TDD)<http://www.health.org>

Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), Substance Abuse and Mental Health Services Administration

Tel.: +1 301 443 8956

<http://www.samhsa.gov/centers/csat2002/programs.html>

**Para conseguir información local, comuníquese con:**



# DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

Un programa de educación en salud mental de la  
**FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL**



## TRASTORNOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

### El suicidio entre los adolescentes

#### Alcance del problema

El suicidio es un problema de salud pública trágico y potencialmente prevenible. A nivel mundial, el suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes.<sup>1</sup>

La mayoría de los adolescentes que intenta suicidarse tiene problemas de salud mental, especialmente depresión. La depresión y los sentimientos suicidas son trastornos mentales tratables. El suicidio también a menudo tiene relación con el consumo de sustancias nocivas; la mayor proporción de suicidios en algunos países de Europa Central y del Este se ha atribuido al consumo de alcohol.<sup>1</sup>

#### Suicidio y salud mental de los adolescentes

Muchos de los síntomas de los sentimientos de suicidio son similares a los de la depresión. Los padres deben tener en cuenta las siguientes señales de los adolescentes que pueden intentar suicidarse<sup>3</sup>:

- cambio en hábitos alimentarios y del sueño
- alejamiento de amigos, familiares y actividades regulares
- acciones violentas, conducta rebelde o fuga de la casa
- consumo de drogas y alcohol
- descuido inusual en apariencia personal
- cambio marcado de la personalidad
- aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse o empeoramiento del rendimiento escolar
- quejas frecuentes de síntomas físicos, a menudo emociones relacionadas, tales como dolor de estómago, dolor de cabeza, fatiga, etc.
- pérdida de interés en actividades agradables
- intolerancia a halagos o recompensas

Un adolescente que contempla el suicidio también puede:

- quejarse de que es una mala persona o de que se siente “mal por dentro”

#### El suicidio en el mundo

En todo el mundo, cada año al menos 4 millones de adolescentes intenta suicidarse; al menos 100.000 lo logran.<sup>8</sup> El índice de suicidios varía de un país a otro. La investigación indica que muchos factores pueden ser responsables por esta variación, incluidos la estabilidad socioeconómica, la facilidad de acceso a armas de fuego y sustancias tóxicas, y el consumo de alcohol.<sup>2</sup> En los países de Occidente, hay más probabilidades de que el suicidio esté asociado con la depresión u otros trastornos mentales; en otros países esta conexión no es tan clara, y se atribuye a otros factores sociales, económicos, religiosos o políticos.<sup>1</sup>

- dar indicios verbales como: “No te voy a resultar un problema durante mucho tiempo más”, “Ya nada importa,” “No vale la pena,” o “Ya no te voy a ver más”.
- poner sus asuntos en orden, por ejemplo regalar sus posesiones más queridas, limpiar su cuarto, tirar a la basura posesiones importantes, etc.
- ponerse súbitamente alegre después de un período de depresión.
- mostrar señales de psicosis (alucinaciones o pensamientos raros).

### **Factores de riesgo de suicidio**

Hay varios factores de riesgo conocidos. En pacientes con depresión, trastornos impulsivos e historial de intentos de suicidio violento, así como en autopsias de víctimas de suicidio se han encontrado niveles bajos de serotonina, una sustancia química que se encuentra en el cerebro.<sup>4</sup> Circunstancias adversas de la vida, en combinación con otros factores de riesgo como la depresión, pueden llevar al suicidio. Sin embargo, el suicidio y la conducta suicida no son respuestas normales al estrés. Muchas personas tienen uno o más factores de riesgo y no sienten deseos de suicidarse. Entre los jóvenes, los factores de riesgo incluyen depresión, consumo de alcohol u otra droga, abuso físico o sexual, y conductas agresivas o problemas de disciplina.<sup>4</sup>

### **Prevención y tratamiento**

En la actualidad no hay manera concluyente de predecir el suicidio o la conducta suicida. Los investigadores han identificado factores (ver arriba) que colocan a las personas en un nivel más alto de suicidio, pero muy pocas de estas personas llegarán a suicidarse. El suicidio es un hecho relativamente raro, por lo cual es difícil predecir qué personas con los factores de riesgo mencionados efectivamente se suicidarán.

El diagnóstico temprano y el tratamiento de la depresión, la evaluación precisa del pensamiento suicida y limitar el acceso de los jóvenes a agentes letales (ej. armas de fuego y sustancias tóxicas) son algunos de los pasos que se pueden tomar para prevenir el suicidio.

### **Suicidios en grupo**

Si bien son raros, de vez en cuando ocurren “suicidios en grupo”, o suicidios que ocurren en estrecha cercanía geográfica. Aproximadamente 5% (rango 1-13%) de todos los suicidios (en EE.UU.) entre los jóvenes ocurren como parte de un grupo<sup>4</sup>. Cuando ocurren, a menudo causan pánico y temor, y son motivo de gran preocupación para padres y comunidades. Éstas deben crear un plan para manejar los suicidios en grupo, por si acaso ocurrieran.

### **El suicidio y los medios de comunicación**

La forma en que la prensa informa sobre el suicidio tiene una enorme influencia sobre el público en general. La idealización o romantización del suicidio puede contribuir a los suicidios por imitación.<sup>7</sup>

Se deben realizar esfuerzos por informar a la prensa local sobre el suicidio entre los adolescentes de su comunidad. Esto incluye educar a los periodistas sobre las causas, las señales de alerta y los programas de prevención disponibles en su comunidad.

**Para obtener más información:**

Canterbury Suicide Project (Nueva Zelanda)

Tel.: +64 3 364 0530

[www.chmeds.ac.nz/RESEARCH/SUICIDE/Suicide.htm](http://www.chmeds.ac.nz/RESEARCH/SUICIDE/Suicide.htm)

National Swedish Centre for Suicide Research

Tel.: +46 08 728 70 26

[www.ki.se/ipm/enheter/engSui.html](http://www.ki.se/ipm/enheter/engSui.html)

Office of the Surgeon General [Asesor de la Casa Blanca en materia de salud] (Estados Unidos )

National Strategy for Suicide Prevention

[www.mentalhealth.org/suicidioprevention](http://www.mentalhealth.org/suicidioprevention)

The National Institute of Mental Health (NIMH)

Tel.: +1 301 443 4513

<http://www.nimh.nih.gov>

**Notas:**

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), Departamento de Salud Mental y Dependencia de Substancias. *Caring for Children and Adolescents with Mental Disorders: Setting WHO Directions*. [Atención de niños y adolescentes con trastornos mentales. Fijar direcciones en la OMS] Ginebra, 2003.

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la salud 2001. *Mental Health: New Understanding, New Hope* [Salud mental: Nuevos datos, nueva esperanza]. Ginebra, 2001.

<sup>3</sup>The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998) [Academia estadounidense de psiquiatría infantil y adolescente]. Reimpreso de "Fact Sheet on Suicide: Adolescents and Young Adults," [Hoja de datos sobre el suicidio: Adolescentes y adultos jóvenes] No. 10.

<sup>4</sup> The National Institute of Mental Health [Instituto nacional de salud mental]. Reimpreso en parte de "In Harm's Way: Suicide in America" (2001) [En problemas: el suicidio en Estados Unidos]. Rockville, M.D.

<sup>5</sup>Canterbury Suicide Project, Boletín No 10, Febrero de 1997. Suicidio Clusters and Suicidio Contagion [El suicidio en grupo y por contagio] ([www.chmeds.ac.nz/RESEARCH/SUICIDE/suicide.htm](http://www.chmeds.ac.nz/RESEARCH/SUICIDE/suicide.htm).)

<sup>6</sup>Belfer, M.L. *International Child and Adolescent Mental Health Review*. Department of Mental Health and Substance Dependence, [Revista Internacional de Salud Mental. Departamento de salud mental y dependencia de sustancias] Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2003.

<sup>7</sup>Center for Disease Control and Prevention, National Institute of Mental Health, The Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of the Surgeon General, American Foundation for Suicide Prevention, American Association of Suicidology, y Annenberg Public Policy Center. "Reporting on Suicide: Recommendations for the Media" [Reportajes sobre el suicidio: recomendaciones para la prensa]

<sup>8</sup> Organización Mundial de la Salud, Programa de salud adolescente, familia y salud reproductiva. "The Second Decade: Improving Adolescent Health and Development" [El segundo decenio: mejorar la salud y el desarrollo de los adolescentes] Ginebra, 1998.

**Para conseguir información local, comuníquese con:**



# DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

Un programa de educación en salud mental de la  
**FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL**



## **TRASTORNOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES**

### **La ansiedad en los niños ¿Qué debemos saber los padres?**

#### **¿En qué consiste la ansiedad?**

Ansiedad es una palabra que emplean los profesionales de la salud cuando un niño está atemorizado o angustiado y la angustia se prolonga en el tiempo. En algunos niños, este temor o ansiedad ocurre en situaciones particulares, como el parque o antes de dormirse. Otros niños se sienten ansiosos o preocupados de que les pueda pasar algo malo en cualquier situación, desde ir a la escuela hasta quedarse en la oscuridad. Estas reacciones pueden ser normales. Como padres, nos deben preocupar temores o aflicciones más fuertes de lo que se podría esperar para la situación.

#### **Para saber cuán graves son las preocupaciones de los niños se necesita saber tres cosas:**

##### **1. ¿Las preocupaciones de nuestros niños son las mismas que las de otros niños?**

Es normal que los niños menores de tres años experimenten reacciones fuertes cuando se separan de sus padres. Durante los primeros años de escuela muchos niños adquieren temor a insectos, extraños o fantasmas. Los adolescentes pueden ponerse tímidos y reservados. Si los temores del niño son exagerados para la situación o si el temor dura demasiado, es posible que tenga un problema de ansiedad. El trastorno por ansiedad no es una reacción normal sino una enfermedad. Por ejemplo, si un adolescente al que siempre le ha ido bien en la escuela teme que lo vayan a aplazar en sus materias, es posible que ese adolescente tenga un problema de ansiedad.

##### **2. ¿Pueden los niños explicar cómo se sienten?**

Por lo general los niños no pueden explicar la ansiedad. Les resulta difícil hablar de sus temores o aflicciones. Como padres, tenemos la responsabilidad de tomar conciencia de los cambios en los hábitos de nuestros hijos y de la forma en que manejan sus sentimientos. Por ejemplo, ¿nuestra hija está más retraída? ¿Nuestro hijo está durmiendo menos? ¿Nuestro hijo preescolar está más apegado que antes? ¿Nuestra hija que asiste a la escuela primaria está faltando mucho a clase? ¿Ha comenzado nuestro hijo adolescente a preocuparse demasiado?

##### **3. ¿Cuánto dura?**

Las preocupaciones normales no duran mucho en la niñez, sino que desaparecen rápidamente. No obstante, si los temores o inquietudes de nuestros hijos duran más de tres semanas, debemos comenzar a preocuparnos. Si duran más de tres meses, debemos acudir a un profesional.

##### **¿Cómo averiguar si hay un problema real con nuestros hijos?**

Nuestros hijos interactúan con otros niños y con adultos en muchas situaciones todos los días. Algunas de estas personas pueden haber notado un cambio en la conducta de nuestros hijos o pueden explicar la causa de la conducta. A veces, cuando conocemos la causa, tenemos que ser comprensivos y darles a los niños la oportunidad de adaptarse.

## **¿Cómo distinguir la diferencia entre preocupaciones normales y una ansiedad que necesita tratamiento?**

Las preocupaciones y los temores son muy comunes entre niños y adultos. Tenemos que pensar bien para ver si estamos magnificando el problema o si se nos está pasando por alto un problema real, el cual podría estar impidiendo que nuestro hijo progrese. Si tratamos todas las preocupaciones de nuestros hijos como problemas graves, tal vez le hagamos más daño que bien. Nuestros hijos pueden comenzar a pensar que el mundo es un lugar peligroso. No todos los temores y preocupaciones necesitan ayuda profesional. Algunas preocupaciones son normales para la edad del niño, e incluso pueden demostrar que está madurando.

### **Applique las siguientes reglas para saber si el niño sufre de ansiedad:**

**1. No se le pasa: Digamos que el niño ha sido maltratado en el patio de juegos por un camorrista y que por un tiempo se siente ansioso y asustado cada vez que está rodeado por niños.** Una reunión con los maestros hace que el maltrato termine. No obstante, el niño sigue con miedo. Aun cuando vaya a otro patio de juegos en el que todos son amistosos, el niño continúa sintiendo pánico. Si los ataques de pánico continúan aun después de haber cesado el maltrato, el niño debe ver a un profesional que le ayude a superar sus temores.

**2. Las preocupaciones han empeorado con el paso del tiempo: Debemos averiguar qué pasa si la reacción inicial de ansiedad se ha convertido en preocupaciones nuevas,** especialmente si hay síntomas físicos como vómito o dolores de cabeza o de estómago.

**3. Se manifiesta en otros aspectos de su vida: si el niño no puede hacer cosas que hacía antes por causa de temor o ansiedad, debemos preocuparnos. Si nos parece que sus reacciones interfieren con su vida y progreso normales debemos buscar ayuda.**

## **¿Cuáles son los signos de que nuestros hijos están ansiosos?**

- El niño ansioso se preocupa mucho por alguna preocupación o amenaza. Por ejemplo, le preocupa que se pueda lastimar, que se burlen de él, o de que alguien cercano a él se enferme.
- Cuando el niño se pone ansioso, se le acelera la respiración, puede empezar a transpirar, tener náuseas, diarrea, dolor de cabeza y sentirse mal en general.
- El niño ansioso también se pone nervioso. Puede llorar, aferrarse a sus padres o moverse permanentemente.
- Por lo general el niño ansioso evita aquello a lo que teme; por ejemplo, se niega a ir al parque por temor a encontrar allí a niños que no conoce, o se niega a ir a una fiesta por temor de separarse de sus padres.

## **¿Cómo podemos ayudar a los niños ansiosos?**

Para ayudarles a superar preocupaciones que interfieren con la vida cotidiana, podemos comenzar por escuchar, sin tratar de dar respuestas, o podemos asegurarles que sus preocupaciones no son ciertas. Tratamos de animarlos con suavidad pero con firmeza para que no eviten situaciones que los asustan. Sin embargo, a veces nada de esto funciona y lo mejor es buscar ayuda fuera de la familia. Puede tratarse de un sacerdote o amigo de la familia en quien se tiene confianza. Sin embargo, si el problema persiste lo mejor es hablar con profesionales que puedan ayudar al niño ansioso. Estos profesionales pueden ser médicos clínicos, pediatras, consejeros escolares, psicólogos, psiquiatras y terapeutas. Estos profesionales ayudan a los niños a superar su ansiedad usando métodos como la relajación, la mejora de la autoestima y el aumento de la confianza. A veces, si ninguno de estos métodos da resultados y la preocupación es grave, también se pueden probar medicamentos.

### **¿Hay diferentes formas de preocuparse en diferentes culturas?**

Sí. Lo que podría parecer ansiedad en una cultura, puede parecer conducta normal en otra. Por ejemplo, hablar en voz baja, especialmente por parte de mujeres y niños, es normal en algunas culturas y no se considera señal de temor ni preocupación.

Como padres, tratamos de hacer lo que es mejor para nuestros hijos. Si nos inquietan conductas específicas entre nuestros hijos, es importante averiguar un poco más. Por otro lado, si otras personas se preocupan por conductas en nuestros niños que a nosotros no nos causan inquietud, siempre y cuando ese problema no les cause a los niños problemas en la vida, lo probable es que no sea grave. Recuerde que los temores y las preocupaciones son normales en los niños. Con todo, cuando nuestros niños muestran preocupaciones y temores persistentes, debemos recordar que hay tratamientos efectivos y que no debemos dejar que los niños sufran innecesariamente.

### **¿Qué podemos hacer cuando nuestros hijos necesitan ayuda y nosotros no tenemos respuestas?**

- Llamar al servicio local de salud mental para pedir consejo o una cita con un profesional.
- Hablar con el consejero escolar.
- Llamar al centro de salud de la comunidad.
- Hablar con un médico clínico para pedirle recomendaciones de profesionales locales, como un pediatra o un psicólogo infantil.

Esta hoja de datos ha sido reproducida con autorización de Children's Hospital en Westmead y de New South Wales Transcultural Mental Health Centre (Australia). Esta hoja es parte de un proyecto colaborativo llamado "Children of Culturally & Linguistically Diverse Backgrounds: Mental Health Project" [Niños con antecedentes culturales y lingüísticos diversos: Proyecto de salud mental]. Se lo puede conseguir en varios idiomas en <http://www.tmhc.nsw.gov.au/translaciones/transinfo.htm>

WFMH agradece el uso de este material.

**Para conseguir información local, comuníquese con:**



# DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

Un programa de educación en salud mental de la  
**FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL**



## **TRASTORNOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES**

### **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)**

#### **¿Qué es el TDAH?**

Los niños con TDAH—uno de los trastornos psiquiátricos más comunes que aparece en la niñez— tienen dificultades de concentración, se mueven constantemente, actúan antes de pensar, y tienen problemas para terminar la tarea escolar (ej. no prestan atención, hiperactividad e impulsividad). Si se lo deja sin tratar, el trastorno puede tener efectos en el largo plazo sobre la capacidad de un niño de crear amistades o de desempeñarse satisfactoriamente en la escuela o en el trabajo. Con el correr del tiempo, los niños con TDAH pueden sufrir depresión, baja autoestima y otros problemas emocionales (NIMH 2001). En Estados Unidos los investigadores han encontrado que:

- En un período de 6 meses, el TDAH afecta a un 4.1 por ciento de los jóvenes entre los 9 y los 17 años <sup>1</sup>
- Aproximadamente 2 a 3 veces más varones que mujeres tienen TDAH<sup>2</sup>
- Los niños con TDAH sin tratar muestran una proporción de lesiones más alta que lo normal<sup>3</sup>
- A menudo el TDAH se da junto con otros problemas, como trastornos de depresión y ansiedad, trastornos de la conducta, abuso de drogas y conducta antisocial<sup>4,5</sup>
- Por lo general los síntomas del TDAH se evidencian a nivel preescolar o primeros años de escuela primaria. Con frecuencia el trastorno persiste hasta la adolescencia y ocasionalmente hasta la edad adulta<sup>6</sup>

#### **TDAH: Estudiado y documentado en todas partes del mundo**

Si bien a menudo se lo considera un problema “de los países de Occidente”, el TDAH se ha documentado y estudiado en todo el mundo, incluidos Francia, Brasil, China, India, Nigeria, Líbano y los Emiratos Árabes Unidos. Es cierto que pueden ocurrir algunas variaciones en los síntomas por razones culturales, pero los criterios básicos del trastorno se aplican.<sup>12</sup>

En muchos países del mundo se han formado organizaciones no gubernamentales para promover la conciencia sobre el TDAH. Por ejemplo en el Líbano, se creó la Asociación Libanesa de TDAH para promover la conciencia sobre el trastorno y ofrecer ayuda e información a las familias afectadas.

#### **Diagnóstico del TDAH**

El tratamiento efectivo del TDAH depende de un diagnóstico apropiado. El TDAH se puede diagnosticar con precisión cuando se emplean directrices apropiadas.<sup>7,8</sup> Lo ideal es que el encargado de la atención de la salud haga su diagnóstico con el aporte de padres y maestros. No obstante, algunos trabajan sin esta información, y tienden a diagnosticar TDAH en número superior o inferior al real.

### **Algunos síntomas de falta de atención<sup>10</sup>:**

- El niño tiene dificultad para mantener la atención cuando juega o hace tareas
- Parece no escuchar cuando se le habla directamente
- Tiene dificultad para organizar sus tareas y actividades
- Evita, le disgustan o es renuente a participar en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo la escuela o la tarea para la casa)
- Pierde elementos necesarios para las tareas o actividades (juguetes, la tarea escolar, lápices, libros o herramientas)
- Se distrae fácilmente con estímulos externos
- Es olvidadizo

### **Algunos síntomas de hiperactividad- Impulsividad<sup>10</sup>:**

- Juega con las manos o los pies o se mueve constantemente en su asiento
- Se levanta en el aula o en otras situaciones en las que debe permanecer sentado
- Corretea o se trepa a objetos en situaciones en las que dicha conducta no es apropiada
- Tiene dificultades para jugar tranquilo o participar en actividades de distracción serena cuando hace falta
- A menudo “está en marcha” o actúa “como si tuviera un motor”
- Habla en exceso
- Inicia una respuesta aun antes de que hayan terminado de preguntarle
- Le cuesta esperar su turno, y a menudo interrumpe a otros (por ejemplo, entrometiéndose en conversaciones o juegos)

### **Tratamiento de niños con TDAH**

Diagnosticar y tratar el TDAH temprano en la vida del niño es esencial. El TDAH sin tratar se asocia con probabilidades de tasas elevadas de abuso de sustancias nocivas, problemas de conducta y delincuencia, fracaso escolar y otros resultados adversos en el largo plazo, como empleos de baja categoría, problemas vocacionales y de pareja.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental [National Institute of Mental Health, NIMH], la investigación demuestra que las terapias conductuales y ciertos medicamentos, estimulantes en la mayoría de los casos, pueden ayudar a los niños con TDAH a controlar su nivel de actividad e impulsividad, prestar atención y concentrarse en lo que están haciendo.<sup>9</sup> Igual que todos los medicamentos, los que se usan para tratar el TDAH tienen efectos secundarios y deben ser estrechamente supervisados.

Los padres deben ser aliados en el proceso de tratamiento; deben conseguir toda la información posible sobre el TDAH y colaborar con el médico del niño en la elaboración de un plan de tratamiento.

### **¿Es TDAH?**

Muchas afecciones pueden coexistir (por ejemplo la ansiedad y la depresión) con el TDAH, o bien pasar por TDAH.<sup>11</sup>

Se debe realizar una evaluación médica integral del niño para establecer un diagnóstico correcto de TDAH, y eliminar otras posibles causas de los síntomas.

### **¿Qué puede parecerse al TDAH?**

- Bajo rendimiento escolar debido a una discapacidad de aprendizaje
- Lapsos de atención causados por ataques de petit mal
- Una infección del oído medio que causa un problema auditivo intermitente
- Conducta perturbadora o impropia debido a ansiedad o depresión

## **Tratamiento para el TDAH: ¿Medicamentos o terapia?**

En diciembre de 1999 el NIMH dio a conocer los resultados de un estudio de casi 600 niños en edad de escuela primaria, entre 7 y 9 años de edad, el cual evaluó la seguridad y la efectividad relativa de los principales tratamientos para el TDAH durante un período de 14 meses. Los resultados indican que el uso de estimulantes exclusivamente es más efectivo que las terapias conductuales para controlar los síntomas principales del TDAH: falta de atención, hiperactividad/impulsividad, y agresión. En otros aspectos del funcionamiento, como síntomas de ansiedad, rendimiento académico y destrezas sociales, una combinación de estimulantes con intensas terapias conductuales dieron resultados más efectivos. Cabe destacar que las familias y los maestros notificaron niveles más altos de satisfacción en los casos en que el tratamiento incluía terapia de la conducta.

Si desea más información sobre el tratamiento del TDAH, consulte las nuevas pautas preparadas por la Academia Americana de Pediatría [American Academy of Pediatrics, AAP] en [www.aap.org](http://www.aap.org)

### **Para obtener más información:**

The National Institute of Mental Health [Instituto Nacional de Salud Mental]

Tel.: +1 301 443 4513

[www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov)

CHADD (Children and Adults with TDAH) [Niños y adultos con TDAH]

Tel.: +1 800 233 4050

[www.chadd.org](http://www.chadd.org)

**Fuentes:** Reimpreso en parte de “**Attention Deficit Hyperactivity Disorder,**” Science on Our Minds Series (2001), The National Institute of Mental Health (NIMH), y “**Backgrounder: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder**” (2003), Janssen Pharmaceutica.

### **Referencias:**

<sup>1</sup>Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, y col. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. [Entrevista del NIMH para el diagnóstico, versión infantil 2.3 (DISC-2.3): descripción, aceptabilidad, tasas de prevalencia y resultados en el estudio MECA. Métodos para el estudio de la epidemiología de los trastornos mentales de niños y adolescentes] *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35(7): 865-77.

<sup>2</sup>Wolraich ML, Hannah JN, Baumgaertel A, y col. Examination of DSM-IV criteria for attention deficit/hyperactivity disorder in a county-wide sample [Examen de los criterios del DSM-IV sobre el trastorno de déficit de la atención/hiperactividad en una muestra tomada en todo el condado]. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1998; 19(3): 162-8.

- <sup>3</sup>DiScala C, Lescohier I, Barthel M, et al. Injuries to children with attention deficit hyperactivity disorder. [Lesiones en los niños con trastorno de déficit de la atención e hiperactividad] *Pediatrics*. 1998; 102(6): 1415-21.
- <sup>4</sup>Spencer T, Biederman J, Wilens T. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity [El trastorno de déficit de la atención/hiperactividad y la co-morbilidad]. *Pediatric Clinics of North America*, 1999; 46(5): 915-27, vii.
- <sup>5</sup>Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, y col. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up [Condición psiquiátrica de varones adultos que fueron hiperactivos en su niñez]. *American Journal of Psychiatry*, 1998; 155(4): 493-8.
- <sup>6</sup>Barkley RA. Attention-deficit/hyperactivity disorder [Trastorno de déficit de la atención/hiperactividad]. En: Mash EJ, Barkley RA, eds. *Child Psychopathology*. New York: Guilford Press, 1996; 63-112.
- <sup>7</sup>Dulcan MK, Benson RS. AACAP Official Action. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with TDAH [Resumen de la evaluación y el tratamiento de niños, adolescentes y adultos con TDAH] . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997; 36(9): 1311-7.
- <sup>8</sup>National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (TDAH) [Declaración de la conferencia para la obtención del consenso de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) sobre el diagnóstico y el tratamiento del trastorno de déficit de la atención/hiperactividad (TDAH)]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000; 39(2): 182-93. [http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/110/110\\_intro.htm](http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/110/110_intro.htm)
- <sup>9</sup>The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multimodal treatment study of children with TDAH [Grupo cooperativo MTA. Prueba clínica aleatoria de 14 meses sobre estrategias de tratamiento para el trastorno de déficit de la atención/hiperactividad. Estudio sobre tratamiento plurimodal de niños con TDAH]. *Archives of General Psychiatry*, 1999; 56(12): 1073-86.
- <sup>10</sup>Janssen Pharmaceutica, “Backgrounder: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (2003) [Antecedentes. Trastorno de déficit de la atención/hiperactividad].
- <sup>11</sup>Johnson, K. “Many Conditions Coexist with or mimic TDAH,” [Muchos trastornos existen junto con el TDAH o lo imitan] *Clinical Psychiatry News*, February 2003.
- <sup>12</sup>Fayyad, J.A., Jahshan C.S., Karam, E.G. (2001). Systems development of child mental health services in developing countries [Creación de sistemas de servicios de salud mental en países en vías de desarrollo] . *Child and Adolescent Psychiatric Clinics Of North America*: 10(4):745-62, ix.
- <sup>13</sup>The Center for the Advancement of Children’s Mental Health, Columbia University. “Attention Deficit/Hyperactivity Disorder,” [Trastorno de déficit de la atención/hiperactividad] hoja de datos, recogida 9 de mayo de 2003 de <http://www.kidsmentalhealth.org>.

**Para conseguir información local, comuníquese con:**



# DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

Un programa de educación en salud mental de la  
**FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL**



## TRASTORNOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

### **El autismo y otros trastornos del desarrollo \***

\*a menudo denominado “Trastornos del espectro autista”

#### **¿Qué es el Autismo?**

La mayoría de los bebés y niños pequeños son muy sociables. Necesitan y buscan el contacto con otros para crecer y desarrollarse. Sonríen, hacen gorgoritos, ríen y responden con entusiasmo a juguetitos como el cucú o esconder la cara (AACAP1999). Sin embargo, ocasionalmente un niño no interactúa de esta forma. En cambio, el niño parece existir en su propio mundo, un lugar que se caracteriza por rutinas repetitivas, conductas peculiares, problemas de comunicación y falta de atención social o interés en los demás. Estas son características del Trastorno Generalizado del Desarrollo [Pervasive Developmental Disorder, PDD] llamado Autismo (APA 2000, WHO 1993). Si bien el Autismo es 3 o 4 veces más común entre los varones, las niñas que lo tienen tienden a tener síntomas más graves (Fombonne 1998).

#### **El origen del Autismo**

Nadie sabe con seguridad cuál es la causa del Autismo. Se trata de un trastorno biológico complejo, y no hay dos personas con Autismo que sean iguales. Está bien establecido que la causa es principalmente genética, pero es probable que sean varios los genes involucrados. Se están realizando estudios para determinar si otros factores podrían interactuar con los genes en algunas personas, incluidos factores infecciosos, neurológico, metabólicos y ambientales (NICHD 2001).

#### **Diagnóstico del Autismo/ y del Trastorno Generalizado del Desarrollo en los niños**

La ausencia o muy baja incidencia de estos cinco signos son motivo de preocupación (Kasariy Wong 2002):

- ¿Responde el niño cuando la persona que lo cuida lo llama por su nombre?
- ¿Muestra el niño pequeño señales de “atención conjunta”? (por ej, junto con su cuidador ¿observa el mismo objeto o situación, o señala o muestra sus juguetes a otros?)
- ¿Imita el niño a otros? (por ej. expresiones faciales, sacar la lengua)
- ¿Responde el niño emocionalmente a otros? (por ej, devuelve una sonrisa)
- ¿Juega el niño con la imaginación?

Los signos de Autismo y otros Trastornos Generalizados del Desarrollo (PDD) a menudo son aparentes antes de los tres años de edad, pero es posible que no se los reconozca hasta más tarde. A menudo se los descubre cuando los padres comienzan a preocuparse de que tal vez el niño sea sordo, porque no habla ni hace gestos, evita la interacción con otros o muestra conductas repetitivas inusuales y rigidez.

Una razón por la cual los PDD no siempre se reconocen temprano es que su gravedad puede variar desde bastante ligera hasta muy grave. Algunos niños con PDD pueden funcionar a un nivel

relativamente alto, con el habla y la inteligencia intactos. Otros tienen disminuciones congoscitivas graves y demoras en el lenguaje, y algunos nunca llegan a hablar. Un bebé con Autismo moderado a grave puede evitar el contacto ocular, parecer sordo y de golpe dejar de adquirir lenguaje. Los niños con Autismo pueden actuar como si no se dieran cuenta de las idas y venidas de otras personas, o a veces ponerse físicamente agresivos. Los niños con Autismo a menudo quedan con la atención fija en un solo objeto o actividad, se balancean, aletean con las manos, parecen insensibles a quemaduras o moretones, y hasta pueden autolastimarse. Ninguno de estos síntomas aparece en los bebés con Autismo, y entre los niños que funcionan a nivel más alto los síntomas pueden ser relativamente sutiles.

Los niños con Autismo y otras formas de PDD a menudo tienen otros síntomas conductuales al mismo tiempo, incluidos problemas de atención, disturbios anímicos como ansiedad o depresión, y conducta al parecer obsesivo-compulsiva (Volkmar y col.1999). Aproximadamente un tercio de los niños y adolescentes con Autismo tienen convulsiones.

**El Trastorno de Asperger** es otro trastorno generalizado, y es el diagnóstico que se usa cuando la persona tiene déficits sociales y conductas repetitivas, pero cuyas destrezas congoscitivas, de autoayuda y desarrollo del idioma temprano son normales, o por encima de la norma en algunos sentidos (APA 2000). Las personas con Trastorno de Asperger tienen una prognosis mejor que las que tienen otras formas de trastornos generalizados, con respecto a resultados como conseguir empleo y vivir independientemente.

### **La capacitación de personas con trastornos generalizados del desarrollo**

Aunque el Autismo y otras formas de PDD no son curables, los niños y los adultos con PDD y sus familias pueden recibir una variedad de tratamientos para los síntomas básicos y los síntomas emocionales y conductuales que los acompañan. Entre estos tratamientos se encuentran los siguientes (NICHD 2001):

- **Programas Individualizados de Educación Especial** usados para satisfacer a medida las necesidades de niños con PDD. Dado que la capacidad de estas personas varía tanto, las escuelas deben planear según las capacidades congoscitivas y las necesidades educacionales de cada uno. Las técnicas de prevención de conductas problemáticas típicamente relacionadas con los PDD son un componente crítico de estos planes (National Research Council 2001).
- **Los Programas de Tratamiento Integral** abarcan diferentes teorías y estrategias para tratar a personas con PDD. Se han creado varios modelos basados en estrategias demostradas empíricamente para tratar problemas específicos, pero varían en alcance y en el punto hasta el cual los diferentes modelos han sido evaluados (National Research Council 2001; Siegel 1996; Cohen & Volkmar 1997). Los programas integrales son intensivos: 15-40 horas por semana, a menudo emplean técnicas conductuales, comienzan a la edad más joven posible, incluyen la participación de las familias y emplean a personal altamente capacitado. Los programas son individualizados y cuidadosamente planeados, y requieren la evaluación permanente del progreso de la persona. Se concentran en la comunicación y otras destrezas del desarrollo, y emplean técnicas para ayudar al individuo a usar en otros ámbitos, como el hogar y la comunidad, las técnicas adquiridas en el programa.
- **Tratamientos psicofarmacológicos** (administración de medicamentos para controlar síntomas conductuales o emocionales) también pueden ser efectivos para mejorar la conducta o el funcionamiento de una persona con Autismo. En general, estos medicamentos se llaman "psicoactivos" porque el medicamento afecta el cerebro de la persona con Autismo. La medicación a menudo se usa para tratar un comportamiento específico, como reducir la conducta de

autolesión o la agresión, lo cual puede permitir que la persona con Autismo se concentre en otra cosa, como aprender. Los individuos con Autismo a menudo desarrollan síntomas emocionales como ansiedad o depresión, y los medicamentos pueden ser muy útiles para aliviar estos afligentes síntomas y mejorar el funcionamiento adaptativo en general (Posey & McDougle 2000).

Cuando se consideran las opciones de tratamiento, es importante que los niños y adolescentes con Autismo sean evaluados para detectar comorbilidades, potencialmente tratable, como convulsiones, alergias, problemas gastrointestinales, o trastornos del sueño. Es posible que el tratamiento de estas co-morbilidades no cure el Autismo, pero puede mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

**Para conseguir más información:**

The National Institute of Mental Health (NIMH)

Tel.: +1 301 443 4513

<http://www.nimh.nih.gov>

The National Institute of Child Health and Human Development

Tel.: +1 800 370 2943

[www.nichd.nih.gov/autismAutismo](http://www.nichd.nih.gov/autismAutismo)

The National Institute of Neurological Diseases and Stroke (NINDS)

Tel. +1 800 352 9424

[http://www.ninds.nih.gov/health\\_and\\_medical/disorders/asperger\\_doc.htm](http://www.ninds.nih.gov/health_and_medical/disorders/asperger_doc.htm)

Medline Plus Health Information: Autism

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/autismAutism.html>

National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities:

Autism Information Center

<http://www.cdc.gov/ncbddd/dd/ddautismAutismo.htm>

**Fuentes:** La información para este documento fue tomada en parte de "The Child with Autism" (1999), The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP); "Unraveling AutismAutism," Science on Our Minds 2001, The National Institute of Mental Health, NIH Publication No. 01-4590; and Autism Facts," The National Institute of Child Health and Human Development, NIH Publication No. 01-4964, Junio 2001.

**Referencias:**

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Cohen, D.J., Volkmar, F.R. (1997). *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. New York: John Wiley & Sons.
- Fombonne E. Epidemiology of Autism and related conditions. In: Volkmar FR, ed. *Autism and Pervasive Development Disorders*. Cambridge, England: Cambridge University Press, 1998; 32-63.
- Kasari, C., Wong, C. *Five Early Signs of Autism*. EP Magazine, Noviembre 2002; 60-62.
- National Research Council (2001). *Educating Children with Autism*. Committee on Educational Interventions for Children with Autism. Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academy Press. Also available online at <http://www.nap.edu>
- Posey, D.J., McDougle, C.J. (2000). The pharmacotherapy of target symptoms associated with Autistic Disorder and other Pervasive Developmental Disorders. *Harvard Review in Psychiatry*, 8(2), 45-63.
- Siegel, B. (1996). *The World of the Autistic Child*. Oxford, England: The Oxford University Press.
- The National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). “Autism Questions and Answers for Health Care Professionals” (2001).
- Volkmar, F., Cook, E.H. Jr, Pomeroy, J., et al. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with Autism and other pervasive developmental disorders. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Working Group on Quality Issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999; 38(12 Suppl): 32S-54S.
- Organización Mundial de la Salud (1993). *International Classification of Diseases: Tenth Revision*.

**Para conseguir información local, comuníquese con:**



# DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

Un programa de educación en salud mental de la  
**FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL**



## **TRASTORNOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES**

### **Trastorno bipolar**

#### **¿En qué consiste el trastorno bipolar?**

El trastorno bipolar es una enfermedad mental seria que se caracteriza por períodos recurrentes de depresión, euforia o una combinación de las dos, que interfiere en medida considerable con un funcionamiento normal y saludable. Si bien es raro entre niños y adolescentes, el trastorno bipolar, también llamado enfermedad manícodepresiva, es difícil de reconocer y diagnosticar en niños y adolescentes; esto se debe a que no se ajusta precisamente a los criterios establecidos para los adultos, y porque sus síntomas pueden asemejarse a los de otros trastornos mentales que se inician en la niñez, o coexistir con ellos. Además, los síntomas del trastorno bipolar pueden confundirse al principio con los altibajos anímicos normales de niños y adolescentes. A diferencia de los cambios anímicos normales, el trastorno bipolar afecta considerablemente el funcionamiento en la escuela y la relación con compañeros y familiares.

#### **¿Quién es más probable que se vea afectado y cómo?**

El trastorno bipolar tiene más probabilidades de afectar a niños cuyos padres tienen el trastorno. Veinte a 40 por ciento de los adolescentes con depresión grave desarrollan trastorno bipolar dentro de los 5 años de iniciada la depresión.<sup>4</sup> Existen pruebas que indican que el trastorno bipolar que se inicia en la niñez o en los primeros años de la adolescencia puede ser una forma diferente, tal vez más grave, de la enfermedad que se inicia en los adolescentes mayores o en los adultos.<sup>3</sup> Cuando la enfermedad comienza antes o enseguida después de la pubertad, a menudo se caracteriza por un estado de ciclos cortos continuos, irritabilidad y síntomas combinados que puede coexistir con trastornos de conducta disruptora, especialmente trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o trastorno de la conducta (CD), o puede tener aspectos de estos trastornos como síntomas iniciales. Por contraste, el trastorno bipolar que se inicia más adelante en la adolescencia o en la edad adulta tiende a comenzar súbitamente, a menudo con un episodio maníaco clásico, y a seguir un ritmo más episódico, con períodos relativamente estables en el medio. También tiende a haber menos co-ocurrencia de TDAH o CD en el trastorno con inicio más tardío.

#### **Identificación del trastorno bipolar en niños y adolescentes**

Los síntomas del trastorno bipolar *pueden* incluir<sup>5</sup>:

- ánimo expansivo o irritable
- depresión

- ánimo en rápido cambio, que puede durar unas horas o unos días
- rabietas explosivas, prolongadas y a menudo destructivas
- ansiedad por separación
- desafío a la autoridad
- hiperactividad, agitación y facilidad para distraerse
- sueño escaso, o alternativamente, exceso de sueño
- moja la cama y sufre terrores nocturnos
- fuertes y frecuentes deseos de comidas, a menudo hidratos de carbono y golosinas
- exceso de participación en múltiples proyectos y actividades
- razonamiento disminuido, impulsividad, pensamientos en carrera y deseo de hablar constantemente
- conductas riesgosas
- conducta sexual impropia o precoz
- delirios y alucinaciones
- ideas grandiosas sobre su capacidad, que desafía las leyes de la lógica (capacidad de volar, por ejemplo)

Los niños con trastorno bipolar por lo general alternan entre la euforia y la depresión.

**Los síntomas de manía incluyen:**

- Cambios graves de ánimo—sumamente irritable o se exalta o se ríe exageradamente por cualquier tontería
- Autoestima exagerada; grandiosidad
- Aumento de la energía
- Menos necesidad de dormir—capacidad de seguir varios días sin dormir o durmiendo muy poco, sin cansarse
- Necesidad de hablar—habla demasiado, demasiado rápido, cambia de tema muy rápidamente, no se lo puede interrumpir
- Fácil de distraer—la atención cambia constantemente de un tema a otro
- Hipersexualidad—aumento de pensamientos, sentimientos o conductas sexuales; uso de lenguaje sexualmente explícito
- Aumento de la actividad orientada a una meta o agitación física
- No hace caso a los riesgos—exceso de participación en conductas o actividades riesgosas

### **Los síntomas depresivos incluyen:**

- Ánimo triste o irritable persistente
- Pérdida de interés en actividades que solían ser agradables
- Cambio considerable en el apetito o peso corporal
- Dificultad para dormir, o exceso de sueño
- Agitación física, o lentitud en los movimientos
- Pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o culpa injustificada
- Dificultad para concentrarse
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

Los síntomas de manía o depresión en niños y adolescentes puede mostrarse en diferentes conductas<sup>1,2</sup>. En sus momentos maníacos, los niños y adolescentes tienen más probabilidades de estar irritables y dispuestos a arranques destructivos, en lugar de felices o eufóricos como los adultos. En momentos de depresión, pueden tener quejas físicas, como dolores de cabeza, dolores musculares, de estómago o cansancio, ausencias frecuentes o bajo rendimiento en la escuela, habla o trata de fugarse de la casa, irritabilidad, quejas, llantos inexplicados, aislamiento social, mala comunicación y extrema sensibilidad ante el rechazo o el fracaso. Otras expresiones de estado maníaco o depresivo pueden incluir abuso de alcohol o de sustancias y dificultad en las relaciones con las personas.

### **Advertencia sobre el uso de antidepresivos para tratar el trastorno bipolar**

El tratamiento efectivo depende del diagnóstico apropiado de trastorno bipolar en niños y adolescentes. Hay algunas pruebas de que el uso de medicamentos antidepresivos en una persona que tiene un trastorno bipolar puede inducir síntomas maníacos si los depresivos se toman sin un estabilizador del ánimo. Además, usar estimulantes para tratar el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o síntomas similares al TDAH en un niño con trastorno bipolar puede empeorar los síntomas maníacos.

### **Tratamiento de niños y adolescentes con trastorno bipolar**

Los tratamientos que comunmente se usan para tratar el trastorno bipolar en niños y adolescentes incluyen el uso de estabilizadores del ánimo (como litio o valproate) y psicoterapia. Los tratamientos actuales para niños y adolescentes se basan principalmente en tratamientos para adultos con trastorno bipolar; los datos sobre la eficacia de los medicamentos estabilizadores del ánimo en personas jóvenes son muy limitados.<sup>4</sup>

**Fuente:** Reimpreso en parte de “Child and Adolescent Bipolar Disorder: An Update from the National Institute of Mental Health” (2000). NIH Publication No. 00-4778.

**Para más información:**

The National Institute of Mental Health (NIMH)

Tel.: +1 301 443 4513

<http://www.nimh.nih.gov>

The Child and Adolescent Bipolar Foundation Tel.: (847) 256-8525

[www.cabf.org](http://www.cabf.org) o [www.bpkids.org](http://www.bpkids.org)

**Referencias**

<sup>1</sup>Carlson GA, Jensen PS, Nottelmann ED, eds. Special issue: current issues in childhood bipolarity. *Journal of Affective Disorders*, 1998; 51: entire issue.

<sup>2</sup>Geller B, Luby J. Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997; 36(9): 1168-76.

<sup>3</sup>Lewinsohn PM, Klein DN, Seely JR. Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995; 34(4): 454-63.

<sup>4</sup>McClellan J, Werry J. Practice parameters for the assessment and treatment of adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997; 36 (Suppl 10): 157S-76S.

<sup>5</sup>The Child and Adolescent Bipolar Foundation. "About Early Onset Bipolar Disorder," hoja de datos tomada el 7 de mayo de 2003 de <http://www.bpkids.org/printing/about.htm>

**Para conseguir información local, comuníquese con:**



# DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

Un programa de educación en salud mental de la  
**FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL**



## TRASTORNOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

### Niños y familias afectados por el VIH/SIDA

#### Satisfacción de las necesidades de salud mental de los niños afectados por el VIH/SIDA

Cuando uno considera las necesidades básicas de un niño, piensa en términos de alimentos, casa, abrigo, amor y seguridad, es decir una combinación de sus necesidades materiales y psicológicas. Los niños infectados y afectados por el VIH/SIDA tienen necesidades similares, salvo que su satisfacción está potencialmente en peligro si los padres o cuidadores también se enferman y con el tiempo mueren. Satisfacer esas necesidades es importante para el desarrollo y la capacidad del niño de alcanzar el éxito en la vida. Además, conforme a la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, satisfacer esas necesidades psicológicas no sólo es un privilegio, sino un derecho del niño. Satisfacer las necesidades psicológicas de los niños puede ayudar a fortalecer a sociedades que enfrentan los efectos desestabilizadores de la pobreza, el conflicto armado, el hambre y las enfermedades infecciosas.

#### Las repercusiones del VIH/SIDA

La epidemia de VIH/SIDA ha tenido un impacto enorme en el mundo, especialmente en África al sur del Sahara. África alberga al 70% de los adultos y al 80% de los niños con VIH del mundo. Los niños se ven afectados de mil maneras– han nacido de madres con HIV, contraído la enfermedad de ellas, abandonado la escuela para hacerse cargo de otros o ganarse el pan propio y de terceros, sido testigos de los efectos devastadores del VIH en sus comunidades, o quedado huérfanos de un padre o una madre que han muerto de enfermedades relacionadas con el SIDA. Los efectos del VIH/SIDA en los niños son muchos: económicos, educativos, sociales y psicológicos.

#### Los efectos psicológicos del VIH/SIDA sobre los niños:

Si bien los efectos psicológicos del VIH/SIDA son menos visibles, son abrumadores para niños y adolescentes, y van desde la pérdida de un crecimiento sano y protegido, con los problemas que ello acarrea, a tener que asumir las responsabilidades de jefe de hogar. Los efectos psicológicos del VIH/SIDA sobre los niños incluyen:

#### VIH/SIDA y los niños en África

- De los 36 millones de personas que viven con SIDA en todo el mundo, 25,3 millones reside en África al sur del Sahara.
- 1,4 millones de niños del mundo viven con SIDA.
- 95% de los huérfanos del mundo viven en África.
- 13,2 millones de niños menores de 15 años han perdido a su madre por el VIH/SIDA desde el comienzo de la epidemia.
- En Zimbabwe, 25% de la población adulta es VIH-positiva (1999) y 900.000 niños han perdido a por lo menos uno de sus padres por una enfermedad relacionada con el SIDA; 56.000 niños son VIH positivos.

- Sufrimiento emocional, que se presenta en varias formas (ej. depresión, agresión, falta de crecimiento).
- Los niños con padres enfermos se preocupan por el futuro, a dónde van a ir y quién se ocupará de ellos.
- Pérdida de cuidado estable, lo cual puede llevar a problemas del desarrollo y falta de guía, lo cual a su vez dificulta muchísimo la madurez y la integración a la sociedad.
- Los trastornos psicológicos pueden manifestarse antes, durante o después de la pérdida de los padres.
- Es posible que los niños no entiendan la situación y por lo tanto no puedan expresar su dolor de manera efectiva. Aun cuando quieran expresar sus sentimientos, a menudo no hay quien escuche, especialmente en sociedades en las cuales es tabú hablar del VIH y la devastación que produce.

### **Cómo apoyar a los niños y las familias afectadas por el VIH/SIDA**

Aparte de la abrumadora pérdida de uno o los dos padres, muchos niños huérfanos por VIH/SIDA probablemente perderán su hogar y su apoyo financiero. Estas situaciones pueden ser devastadoras para los niños, ya que quedan sin comida, albergue, abrigo, medicamentos ni educación, lo cual fuerza a muchos a buscar otra fuente de ingresos (ej. la prostitución). Las necesidades materiales de los niños huérfanos por el VIH/SIDA son grandes, a veces satisfechas por la familia ampliada o por las comunidades en las que viven. Además de sus necesidades básicas, estos niños tienen muchas necesidades psicosociales, incluidas la necesidad de cariño, comprensión y protección. Las siguientes lecciones sobre el apoyo psicosocial a niños afectados por VIH/SIDA provienen de programas en Zimbabwe y la República Unida de Tanzania.

- **Velar por los derechos del niño** (derecho a la protección contra la explotación y la discriminación).
- **Reconocer el cambio de papel de los niños** (ej. hablar con ellos del cambio de papel y transmitirles destrezas para prepararlos, tal vez para ser jefe de hogar).
- **Crear un ambiente que potencie a las personas** (ej. educar a la comunidad sobre las necesidades de los niños afectados por el VIH/SIDA para ayudarles a responder de manera positiva; tratando de comprender la situación del niño, el cuidador o maestro puede dar el amor y la orientación que el niño necesita desesperadamente).
- **Dejar que los niños sean niños** (ej. darles la oportunidad de hablar con otros niños de sus sentimientos y experiencias les ayuda a darse cuenta de que no están solos y de adquirir autoconfianza.) Escuchar lo que dicen es una manera económica de reforzar la importancia del niño en una situación llena de incertidumbre.

También se deben considerar las necesidades psicosociales de los padres con VIH/SIDA. Para los padres con VIH/SIDA, el dolor y la ansiedad de vivir con la enfermedad pueden ser abrumadores, complicados por el dolor de dejar a los niños solos. Se debe dar orientación a los padres sobre la forma de informar a los niños sobre la situación de sus padres, y tal vez de hablar de la muerte y el proceso que lleva a ella. También se debe orientar a los padres para que encuentren hogares seguros y estables a donde puedan ir sus hijos en el futuro.

El informe llamado *Children on the Brink* (2002) contiene una lista similar pero más amplia de estrategias a múltiples niveles, en las cuales se hace más hincapié aun en la necesidad de apoyar a

familias y comunidades para que se encarguen de estos niños (en lugar de confiar en orfanatos e instituciones como primera o segunda línea de defensa), aprovechar la capacidad ya existente en las comunidades de apoyar a los niños afectados por el VIH/SIDA, garantizar suficientes protecciones legales para los jóvenes – especialmente las niñas – contra la explotación intra- y extra-familiar, cambiar el costo de oportunidad de abandonar la escuela (voluntariamente o no) a fin de ganar dinero, y hacer presión para que las comunidades acepten la responsabilidad compartida para la acción – especialmente en la reducción del estigma y la discriminación. El informe *Children on the Brink* (2002), se pueden encontrar en Internet en <[http://www.dec.org/pdf\\_docs/PNACP860.pdf](http://www.dec.org/pdf_docs/PNACP860.pdf)>, el sitio electrónico de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

**Para más información:**

The United Naciones Programme on AIDS (UNAIDS)  
20, avenue Appia CH-1211 Ginebra 27 Suiza  
Tel: +4122 791 3666 [www.unaids.org](http://www.unaids.org)

The United States Agency for International Development [Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional]  
[www.usaid.gov](http://www.usaid.gov)

**Fuente:** Esta hoja de datos ha sido tomada en parte de “Investing in Our Future: Psychosocial Support for Children Affected by VIH/SIDA. A Case Study in Zimbabwe and United Republic of Tanzania.” (Julio de 2001). Programa de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA. Para más información, ver [www.unaids.org](http://www.unaids.org)

**Para conseguir información local, comuníquese con:**



# DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

Un programa de educación en salud mental de la  
**FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL**



## **TRASTORNOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES**

### **La depresión en los niños Qué debemos saber los padres**

**Hay muchas maneras de saber cuán serios son los sentimientos de nuestros niños:**

#### **1. ¿Muestra el niño señales de que no sólo está solo sino también deprimido?**

La depresión va más allá de sentirse mal o triste. La depresión puede incluir sentimientos de tristeza, ira, desesperanza, resentimiento, culpabilidad o baja autoestima. Los años de crecimiento, particularmente en la adolescencia, pueden ser un tiempo de confusión, caprichos y exceso de sensibilidad. A menudo se los considera años de rebeldía. Como padres, nos toca darnos cuenta de cuándo los sentimientos de tristeza, ira, resentimiento, culpabilidad o baja autoestima de nuestros niños son síntomas de que están muy tristes. Cuando los adolescentes ingieren alcohol o drogas para sentirse mejor, puede ser una señal de que están deprimidos.

#### **2. ¿Los sentimientos de baja autoestima de nuestros hijos se hacen evidentes en otros aspectos de su vida?**

Nuestros hijos pueden haberse juntado con otros, jugado con amigos o disfrutado de la compañía de sus compañeros. Pero es posible que ahora hayan perdido amigos y pasen la mayor parte del tiempo solos, aislados en casa y en su habitación. Actividades que en un momento les gustaron ya no les interesan. Pueden haber obtenido buenas notas en la escuela pero la calidad de su trabajo puede haber decaído por falta de concentración. Es posible que no tengan tanta energía como antes. Es posible que hayan estado contentos consigo mismos, pero ya no lo estén. Tal vez asuman riesgos con regularidad. Estos cambios pueden ser graduales y darse en unas semanas o hasta meses. Es posible que se esté gestando la depresión.

#### **3. ¿Pueden los niños explicar cómo se sienten?**

A veces los niños y adolescentes que tienen problemas en casa o en la escuela pueden estar deprimidos pero no saberlo. No siempre los niños están manifiestamente tristes, y por ello nosotros los padres tal vez no nos demos cuenta de que la mala conducta es un signo de depresión. Es posible que, si se les pregunta directamente, los niños digan que están tristes. Pero los niños con depresión tal vez luchen con las palabras para describir sus emociones y estados de ánimo. A menudo los niños no saben que están deprimidos, por lo tanto no piden ni reciben ayuda. A nosotros los padres nos incumbe darnos cuenta de los cambios en los hábitos cotidianos de los niños y de la forma en que están manejando sus sentimientos. Cuando los jóvenes no hablan de sus sentimientos, ésa es una señal de que algo no está bien.

#### **4. ¿Piensan los niños en el suicidio o la muerte?**

Como padres, a menudo nos preocupamos cuando nuestros hijos o adolescentes deprimidos expresan sentimientos y pensamientos de que “no vale la pena vivir”, o “la vida es tan difícil que me dan ganas de plantar todo “. Oír a los niños decir que preferirían estar muertos, o hablar del suicidio, a menudo es abrumador. Las cosas que se dicen en un impulso emocional pueden no significar mucho, pero pueden infundir el terror en nosotros y en nuestros hijos. Si esos deseos o pensamientos son

más que temporarios, debemos tomarlos en serio. Si nuestros hijos están deprimidos, tal vez estén pensando en el suicidio. No hablar de ello no hará que los sentimientos desaparezcan. Con suavidad, con cariño y abiertamente, pregunte si tienen ganas de dormirse para no despertarse nunca más, es decir, si han pensado en la muerte o han sentido deseos de morir. Si les preguntamos sobre estos temores, sin pánico ni crítica, a menudo les ofrecemos una oportunidad de reducir sus sentimientos de aislamiento. No les “estamos metiendo la idea del suicidio en la cabeza”. Si nuestros hijos nos dicen que quieren morir, no podemos pasar el hecho por alto. Tal vez no creamos que hablan en serio. Pero es importante permitir que los niños hablen de lo que piensan sobre esto, y debemos responder tomándolos en serio pero sin alarmarnos demasiado.

## 5. ¿Qué hacer?

Si nuestros niños piensan en hacerse daño o intentan hacerse daño, debemos cerciorarnos de que no se queden solos. Hay que vigilarlos hasta que los pueda ver un médico general, un pediatra o un profesional de la salud mental. Si nuestros hijos dicen que tienen ganas de lastimarse, sabemos que por lo general van a necesitar ayuda. Si nos parece que no podemos mantenerlos seguros, debemos llevarlos al médico de la familia o a un hospital.

## 6. ¿Cuánto dura?

Por lo general, los sentimientos normales de “tristeza” o “decaimiento” no duran mucho. Si los sentimientos de nuestros niños de tristeza o depresión continúan por más de dos semanas, debemos empezar a preocuparnos. Si continúan por tres meses, es importante buscar ayuda.

## 7. ¿Cómo sé cuándo pedir ayuda?

El signo más importante de una enfermedad depresiva en los niños es sentirse mal persistentemente y su incapacidad de hacer las cosas normales, controlar sus sentimientos, mantener sus resultados habituales en la escuela y mantener sus amigos. Otras señales pueden ser sentirse más preocupado que de costumbre, sentirse mal físicamente, llorar, sentirse irritable, desesperanzado, impotente y culpable por cosas de las cuales no tiene por qué sentirse mal.

### Hay señales que nos indican que estamos tratando con un niño enfermo:

- **Es posible que se altere el sueño:** Dormir mal puede incluir despertarse demasiado temprano, dificultades para quedar dormido o despertarse reiteradamente. Mirar televisión toda la noche porque no puede dormir puede resultar en dificultades en levantarse para ir a la escuela o quedarse dormido durante el día.
- **Cambios de peso y de apetito:** Pérdida de peso de más de 3 kilos por pérdida de apetito y de interés en comer, o aumento de peso de más de 3 kilos por comer de más para sentirse mejor.
- **Pérdida de niveles normales de energía y capacidad de disfrutar de la vida:** esta es una señal clara de depresión. En su forma más extrema, la depresión puede causar un retardo en la forma en que los niños se mueven y piensan.
- **Dificultades para concentrarse y recordar:** estos problemas a menudo se asocian con estar distraído y preocupado.
- **Momentos malos en el día:** cuando nuestros hijos nos dicen que se sienten peor en un momento dado del día (por ejemplo, cuando se quedan solos por la noche) y los sentimientos no tienen una relación con algún motivo directo de algo que ocurre durante el día, entonces depresión puede ser el problema.
- **Cuando siguen los malos pensamientos:** Cuando a la mente de los niños siguen entrando pensamientos de muerte, de lastimarse o de lastimar a otros, la depresión es probable.

## **¿De qué debemos tomar conciencia como padres?**

Como padres, puede ser difícil vivir con hijos que se sienten solos, tristes, deprimidos o enojados. Durante este tiempo experimentaremos muchos sentimientos, incluidos el miedo, la impotencia y la desesperanza, y nos sentiremos abrumados cuando nuestros hijos sufran. Debido a estos sentimientos, será importante encontrar maneras de manejar nuestra propia ira, tristeza, frustración y reacciones ante nuestros hijos.

## **¿Qué podemos hacer?**

**1. Estar disponibles para escuchar y ofrecer ayuda: cuando nuestros hijos se sienten tristes:** es importante hacerles saber que los vamos a escuchar, que vamos a pasar tiempo con ellos y a encontrarles ayuda profesional para cuando la necesiten.

**2. Averiguar lo que no sabemos: Debemos saber la forma en que la mayoría de los niños crecen y maduran:** Podemos pedir información a profesionales de la salud, a los maestros de nuestros niños o al consejero de la escuela. Por ejemplo “¿qué está pasando con mi hijo que lo hace comportarse así?” Tal vez no encontremos las respuestas, pero al menos podemos comenzar a pensar sobre lo que necesitamos saber.

**3. Pedir ayuda de otros pero confiar en que sabremos hacer lo mejor para nuestros hijos:** Intentar resolver el problema en familia puede dar a los niños el mensaje de que los estamos cuidando, y nuestras acciones les mostrarán respeto y cariño. Compartir ideas y sentimientos y resolver los problemas en familia les hará más fácil a los niños hablarnos cuando se sientan tristes. Animarlos y mostrarles nuestro aprecio sin criticarlos también puede ayudar.

## **4. Animar a los niños a:**

- Hablar y expresar sus sentimientos
- Pasar ratos con amigos que los apoyen
- Compartir sentimientos con personas de su confianza
- Participar en actividades que les gustan
- Hacer ejercicios no competitivos
- Aprender nuevas maneras de distenderse, como ver una película o salir a caminar

## **Manera de manejar momentos difíciles:**

**1. Comenzar a resolver problemas prácticos:** Ofrecernos a sacar turno con un profesional que ayude al niño, y ser alguien que puede comenzar a resolver problemas.

**2. Hacer algo especial que nos haga sentir bien:** por ejemplo, planear juntos una salida o una actividad futura.

**3. Hacer un esfuerzo para sentirnos bien:** los niños deben saber que los queremos y que confiamos en que las cosas van a mejorar.

**4. Prepararnos para las derrotas y los retrocesos:** Podemos aceptar que para que las cosas mejoren hace falta tiempo, mucho esfuerzo y energía. La depresión por lo general es una afección temporaria en los niños, si se la reconoce y se la ayuda. Casi siempre responde al tratamiento profesional. La parte más importante de reconocer la depresión es darnos cuenta de que puede sucederles a nuestros niños, y mantener el diálogo con ellos.

**¿Qué podemos hacer cuando nuestros niños necesitan ayuda y no tenemos la respuesta?**

- Llamar al servicio local de salud mental para pedir consejo o una cita con un profesional
- Hablar con el consejero escolar
- Llamar al centro de salud de la comunidad
- Hablar con un médico clínico para pedirle recomendaciones de profesionales locales, como un pediatra o un psicólogo infantil.

**Para conseguir información local, comuníquese con:**

Esta hoja de datos ha sido reproducida con la autorización de Children's Hospital en Westmead y el New South Wales Transcultural Mental Health Centre (Australia). La hoja es parte de un proyecto colaborativo llamado "Children of Culturally & Linguistically Diverse Backgrounds: Mental Health Project" [Niños con antecedentes culturales y lingüísticos diversos: Proyecto de salud mental]. Se la puede encontrar en diversos idiomas en <http://www.tmhc.nsw.gov.au/translations/transinfo.htm>

WFMH agradece el uso de este material.



# DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

Un programa de educación en salud mental de la  
**FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL**



## TRASTORNOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

### Trastornos de conducta perturbadora

#### ¿En qué consisten los trastornos de conducta perturbadora?

Los trastornos de conducta perturbadora (DBD) se caracterizan por su repetitividad (duran más de seis meses), conducta anti-social que causa considerable disminución en la capacidad de funcionar en la escuela, el trabajo o situaciones sociales– que por lo general entraña la violación de reglas y la invasión de los derechos de los demás. Los DBD son una de las formas más comunes de salud mental en niños y adolescentes, y afecta a lo que se estima un 6 por ciento de todos los niños y adolescentes del mundo. El trastorno de oposición con desafío, un tipo de DBD, se coloca en el extremo liviano del espectro. Trastorno de la conducta, otro tipo de DBD, se encuentra en el otro extremo del espectro.

#### Síntomas del Trastorno de oposición con desafío y del Trastorno de la conducta

##### Síntomas de oposición

(por lo menos cuatro)

Berrinches

Discusiones frecuentes con los adultos

Desafiante

Molesto

Culpa a los demás

Sensible

Despreciativo/vengativo

Enojado/resentido

##### Síntomas de trastorno de la

**conducta** (por lo menos tres)

Miente

Inicia peleas

Cruel para con los animales

Cruel para con las personas  
(incluye camorras y amenazas  
de lastimar)

Destructivo (actos de  
vandalismo o incendios  
intencionales)

Roba

Fuerza a actividad sexual o  
muestra conducta sexual  
impropia

Comete delitos (robos, hurtos)

#### ¿En qué consisten el Trastorno de la conducta y el Trastorno por oposición con desafío?

El Trastorno por oposición con desafío se caracteriza por un patrón persistente de conducta negativa, hostil, desafiante y desobediente. Si no se lo trata, puede llegar a convertirse en un tipo más grave de DBD, que es el trastorno de la conducta.

El trastorno de la conducta se caracteriza por agresión impulsiva (sin premeditación) contra los animales o las personas, destrucción de objetos, engaños, o transgresión de las leyes. Los niños pueden mostrar

algunos síntomas de ambos trastornos, lo cual genera un diagnóstico de Trastorno de la conducta perturbadora, no especificado.

### **Tratamiento de los trastornos de la conducta perturbadora**

Los niños que muestran estas conductas deben recibir una evaluación integral porque muchos de ellos pueden tener condiciones simultáneas, como trastornos del ánimo, ansiedad, trastorno por estrés post traumático, abuso de sustancias, TDAH, o trastornos del aprendizaje. La evaluación es fundamental pues estos trastornos a menudo requieren estrategias específicas de tratamiento. La intervención temprana es fundamental en el tratamiento de los trastornos de conducta perturbadora, puesto que la mitad de los niños con síntomas graves tendrán trastornos de la personalidad en su vida adulta. Si bien cierta conducta “de oposición” es una parte normal del desarrollo infantil, el diagnóstico de DBD se hace cuando la oposición va más allá de lo apropiado y afecta negativamente el funcionamiento y las relaciones sociales en el hogar y la escuela.

El mejor tratamiento para los trastornos graves y persistentes es un método multi-disciplinario. A menudo el primer paso después del diagnóstico es uno o más tipos de intervención social y psicológica, como por ejemplo un curso de efectividad para padres (en el cual a los padres se les enseña a fijar metas claras y límites para la conducta del niño, aplicar recompensas y consecuencias negativas, etc.). Si con esto no basta, se pueden agregar medicamentos. Estos se seleccionan según los síntomas, su duración y su gravedad en términos de su impacto sobre el funcionamiento.

En caso de síntomas más graves, por ejemplo los asociados con el trastorno de la conducta, se ha probado una serie de medicamentos, incluidos psicoestimulantes, antipsicóticos convencionales, antidepresivos y bloqueadores beta. Sin embargo, el uso de estos fármacos para el trastorno grave de la conducta a menudo se ve limitado por efectos secundarios, y los resultados no han sido uniformes. Recientemente en algunos países se ha autorizado el uso de risperidona para tratar trastornos como agresión impulsiva, crueldad con los animales y las personas, y transgresión desafiante de las reglas.

**Vea la hoja informativa adjunta sobre trastornos de conducta perturbadora preparada especialmente para los padres, “Trastornos de conducta perturbadora en los niños: ¿Qué debemos saber los padres?”** Este material ha sido reproducido por el Departamento de Medicina Psicológica, Children’s Hospital en Westmead y el New South Wales Transcultural Mental Health Centre. La hoja es parte de un proyecto colaborativo llamado “Children of Culturally & Linguistically Diverse Backgrounds: Mental Health Project” [Niños con antecedentes culturales y lingüísticos diversos: Proyecto de salud mental]. Se la puede encontrar también en <http://www.tmhc.nsw.gov.au/translations/transinfo.htm>

**Para conseguir información local, comuníquese con:**

**Fuente:** Reimpreso en parte de “Backgrounder: Disruptive Behavior Disorders in Adults, Adolescents and Children,” Janssen Pharmaceutica (2003).

#### **Para obtener más información:**

The National Institute of Mental Health  
Tel.: +1 301 443 4513  
[www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov)

The Transcultural Mental Health Centre (Australia)  
Tel.: +612 9840 3800  
<http://www.tmhc.nsw.gov.au/translations/transinfo.htm>



# DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

Un programa de educación en salud mental de la  
**FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL**



## **TRASTORNOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES**

### **Trastornos de conducta perturbadora en los niños Qué debemos saber los padres**

#### **¿En qué consisten los trastornos de conducta perturbadora?**

Trastorno de conducta perturbadora es lo que los profesionales de la salud llaman a los problemas de los niños cuando tienen dificultades para seguir las mismas reglas que la mayoría de los demás niños aceptan.

#### **Ejemplos:**

- No hacen lo que se les dice. La mayoría de los niños desobedece en algún momento, pero en el caso de los niños con trastorno de conducta perturbadora el niño desobedece la mayor parte del tiempo, aun cuando sabe que lo pueden castigar.
- Berrinches mucho más frecuentes y graves que el promedio para los niños de su edad.
- Agresión y conducta destructiva. Esto puede implicar daño a los bienes de otro, hurto o amenazas de conducta peligrosa.
- Siempre en la contra, discutiendo y aumentando la importancia de situaciones comunes.
- Los niños con trastorno de conducta perturbadora a menudo quieren tener la última palabra.
- Negarse a hacer las tareas de todos los días, como la tarea escolar o la higiene personal.
- Es probable que la mayoría de los niños tenga su habitación desordenada y que no tenga ganas de ayudar en las tareas domésticas. Sin embargo, la negativa constante a ayudar y el descuido de las normas básicas de higiene y limpieza es menos común.
- Todos los niños mienten, sobre todo si tienen miedo de tener problemas, o si quieren algo desesperadamente. No obstante, algunos niños con trastorno de perturbación mienten reiteradamente, aun cuando no haga falta.
- Los niños con este trastorno a menudo muestran otras conductas antisociales, como ira excesiva y malas palabras, escupir a las personas y reiteradamente pasar por alto los derechos y los sentimientos de los demás.

#### **Las formas extremas de estas conductas se llaman también:**

- Trastorno por oposición con desafío es el término que se usa para describir a niños que se enojan enseguida y discuten mucho. Este trastorno es más común entre los niños más pequeños, quienes desafían a sus padres y maestros. Estos niños no son exageradamente crueles, camorristas, mentirosos ni antisociales, pero pueden llegar a serlo si sus problemas no se tratan.
- Trastorno de la conducta es un término que se usa para describir a niños que tienen el problema de constantemente transgredir reglas razonables establecidas por padres y maestros.
- Trastorno de déficit de la atención e hiperactividad (TDAH) es un término que se emplea para describir a los niños que la mayor parte del tiempo son más activos, excitables, fáciles de distraer e impulsivos que la mayoría de los demás niños. Los problemas de TDAH también pueden estar asociados con problemas de atención, concentración y otros problemas del aprendizaje.

Todos los niños y jóvenes pueden ser difíciles a veces. En algunos, puede ser una reacción a algo que les está pasando. Si los padres nos estamos divorciando, o si el niño está por pasar de la escuela primaria a la secundaria, es posible que los niños sientan estrés y se pongan difíciles. Pero los problemas de que estamos hablando aquí— trastornos con perturbación en los niños— duran más tiempo y son más difíciles. Los niños con este trastorno no siempre responden a nuestros cuidados y preocupaciones, a a menudo rechazan a los que quieren ayudarles.

**Cuando nuestros hijos tienen estos problemas, es útil pensar en qué es lo que empeora la situación:**

### **1. Problemas familiares**

- Cuando tenemos tantos otros problemas que es difícil concentrarnos en los problemas de los niños
- Cuando los padres no nos ponemos de acuerdo sobre la forma de ayudarlos
- Cuando los padres discutimos o peleamos frente a los niños
- Cuando los involucramos en nuestras peleas
- Cuando les preocupan nuestra seguridad y felicidad

### **2. Consumo de drogas y alcohol**

- Cuando nuestros niños consumen alcohol y drogas que no les hacen bien
- Cuando nosotros consumimos alcohol y drogas que no nos hacen bien
- Cuando consumimos alcohol y drogas en lugar de buscar ayuda apropiada

### **3. La presión de los compañeros**

- Cuando otros jóvenes presionan a nuestros niños a beber o consumir drogas
- Cuando esperamos que nuestros hijos se comporten de manera diferente de lo que sus amigos esperan
- Cuando nuestros hijos se ven presionados a hacer algo malo

### **4. Presiones en la escuela**

- Cuando un maestro espera mucho del niño, sin tener en cuenta lo que esperan los demás maestros
- Cuando esperamos mucho de nuestros niños y les creamos más ansiedad
- Cuando esperamos demasiado de nosotros mismos y los niños siguen nuestro ejemplo
- Cuando alguien se burla de nuestros hijos, o cuando éstos están pasando por momentos difíciles con otros niños

### **5. Las presiones que los propios niños se aplican**

- Cuando nuestros niños son sensibles, debemos enseñarles a protegerse de maneras que no les creen problemas. Algunos pueden hacerse los malos para protegerse, inclusive llegar a la camorra. A veces, un niño deprimido se pone irritable y agresivo. A veces, cuando los niños tienen estos problemas, a nosotros nos parece que no podemos manejarlos. Queremos hacer lo mejor por ellos, pero no sabemos cómo.

**Algunas sugerencias para manejar a niños con perturbación de la conducta mientras esperamos ayuda:**

1. Reconocer lo que hacen bien y pasar por alto sus debilidades.
2. Alabar al niño cuando hace algo bien en lugar de castigarlo cuando lo hace mal.

3. Tratar de hacer las cosas que a él o ella le gustan, en lugar de tratar de que haga lo que a nosotros nos gustaría que hiciera.
4. Escuchar al niño. Si queremos que él nos escuche a nosotros, nosotros debemos aprender a escucharlo a él.
5. Ser franco y justo. Si pensamos de ellos lo mejor, pero al mismo tiempo reconocemos que han hecho algo que contraviene las reglas de la escuela o las leyes, estamos demostrando apoyo y honradez.
6. Mostrar a los niños que no culpamos a los demás por las cosas que hacemos mal o explicar que las cosas salen mal por mala suerte.
7. Mostrar a los niños la manera de enfocarse en encontrar soluciones en lugar de encontrar a alguien a quien echar la culpa.
8. Tratar de animar a nuestros niños a hacer lo que está bien mediante el ejemplo, antes que obligarlos a hacer el bien mediante amenazas o castigos.
9. Dejar que se nos pase el enojo antes de hablar con los niños sobre lo que han hecho mal.
10. No pelear con nuestra pareja de manera que afecte a toda la familia y preocupe a los niños.
11. Dejar que los niños hablen cuando están alterados, pero sin alterarnos nosotros. Esto les hace saber que estar molesto no es riesgoso y que se puede hablar de la situación de una manera que ayude a resolverla.
12. Fijar reglas fijas y uniformes para los niños.

### **¿Cuándo debemos buscar ayuda profesional?**

- Cuando la familia tiene dificultades para manejar la situación y cuando los padres no sabemos cuál debe ser el próximo paso a seguir
- Cuando la conducta perturbadora afecta la educación del niño, lo lleva a él o a otro a lastimarse, o si tiene problemas con la policía

### **¿Qué podemos hacer cuando nuestros niños necesitan ayuda y no tenemos la respuesta?**

- Llamar al servicio local de salud mental para pedir consejo o una cita con un profesional.
- Hablar con el consejero escolar.
- Llamar al centro de salud de la comunidad.
- Hablar con un médico clínico para pedirle recomendaciones de profesionales locales, como un pediatra o un psicólogo infantil.

Esta hoja de datos ha sido reproducida con la autorización de Children's Hospital en Westmead y el New South Wales Transcultural Mental Health Centre (Australia). La hoja es parte de un proyecto colaborativo llamado "Children of Culturally & Linguistically Diverse Backgrounds: Mental Health Project" [Niños con antecedentes culturales y lingüísticos diversos: Proyecto de salud mental]. Se la puede encontrar en diversos idiomas en <http://www.tmhc.nsw.gov.au/translations/transinfo.htm>

WFMH agradece el uso de este material.

**Para conseguir información local, comuníquese con:**



# DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

Un programa de educación en salud mental de la  
**FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL**



## *TRASTORNOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES*

### **Trastornos de la alimentación**

#### **¿En qué consisten los trastornos de la alimentación?**

Los trastornos de la alimentación consisten en problemas graves en la conducta alimentaria. Los niños y adolescentes con trastornos de la alimentación reducen drásticamente su ingesta de alimentos hasta el punto de la inanición. Esto se conoce como anorexia. Otros comen en exceso y luego inducen el vómito, lo que se conoce como bulimia. Los niños y adolescentes con trastornos de la alimentación se preocupan en exceso por su peso y la forma de su cuerpo, y tienen gran temor de ganar peso. Se ven a sí mismo como excedidos de peso, aun cuando estén peligrosamente delgados. La mala alimentación no se debe a falta de voluntad o mala conducta, sino que incluye enfermedades reales y tratables, en las cuales la falta o el exceso de comida se convierten en hábito y toman vida propia<sup>2</sup>.

#### **Identificación de lo trastornos de la alimentación: ¿Qué señales hay<sup>3</sup>?**

Los padres con frecuencia preguntan cómo pueden saber si su hijo tiene un trastorno de la alimentación. Lamentablemente, muchos adolescentes se las arreglan para ocultar de sus familias durante muchos años estos trastornos graves, y a veces fatales. Los padres deben mantenerse alerta ante los síntomas y advertencias de anorexia nervosa y bulimia, que se detallan a continuación.

- A los hijos les parece que están gordos, no importa cuán delgados estén.
- Pueden evitar comer con la familia.
- Pueden consumir grandes cantidades de comida sin ganar peso (ej. vomitan lo que comen).
- Pueden mostrarse excesivamente preocupados con la comida y con hacer dieta.
- Pueden hacer demasiados ejercicios con el fin de perder peso.
- Pueden comer compulsivamente, esconder comida y comer en secreto.
- Pueden usar ropa suelta que disimula las formas del cuerpo.
- Pueden sentir que tienen control cuando le dicen no a la comida.

#### **Los trastornos de la alimentación aumentan en todo el mundo**

En la actualidad los trastornos de la alimentación se ven tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo, y hasta pueden manifestarse frente a la aparente inanición. Se cree que un factor relacionado con los trastornos de la alimentación tiene que ver con la exposición a los medios de comunicación de Occidente y su influencia sobre las características corporales deseables.<sup>1</sup>

#### **Tratamiento<sup>2</sup>**

Los trastornos de la alimentación son tratables y el peso saludable se puede recuperar. Cuanto antes se diagnostiquen y traten estos trastornos, mejores serán los resultados. Dada su complejidad, los trastornos de la alimentación requieren un plan integral que incorpore tanto medicamentos como consejería, con seguimiento frecuente. Los adolescentes con trastornos de la alimentación con

frecuencia no reconocen ni admiten que tienen un problema. Como resultado, tal vez no quieran recibir tratamiento, y para ello necesitan el apoyo de sus familiares para obtener ayuda médica. Los objetivos principales cuando se trata la anorexia incluyen: (1) restablecer el peso perdido debido a dietas severas o a las purgas; (2) tratar trastornos psicológicos como distorsión de la imagen corporal, baja autoestima y conflictos interpersonales; y (3) lograr la remisión y la rehabilitación en el largo plazo, o la recuperación completa. El uso de medicamentos en niños o adolescentes con anorexia *sólo* se debe considerar después que se ha empezado a recuperar peso. Ciertos inhibidores de la reabsorción de la serotonina (SSRI) han dado buenos resultados para mantener el peso y resolver síntomas anímicos y de ansiedad asociados con la anorexia.

El objetivo principal del tratamiento por bulimia es reducir o eliminar la ingesta excesiva seguida del vómito inducido. Para ello a menudo se usan tanto consejería como medicamentos. Establecer un patrón de comidas regulares, no exageradas, mejorar actitudes relacionadas con el trastorno, fomentar ejercicios saludables pero no excesivos y resolver afecciones simultáneas como ansiedad, están entre los objetivos específicos de estas estrategias. Se ha encontrado que medicamentos, especialmente antidepresivos como los inhibidores selectivos de reabsorción de la serotonina (SSRI), son útiles en personas con bulimia, especialmente los que tienen síntomas considerables de depresión y ansiedad, o los que no han respondido adecuadamente al tratamiento psicosocial únicamente. Estos medicamentos también pueden ayudar a prevenir las recaídas.

**Para conseguir información local, comuníquese con:**

**Para más información**

Mental Health Association of New South Wales  
Tel.: +61 2 9816 5688  
[www.mentalhealth.asn.au](http://www.mentalhealth.asn.au)

National Eating Disorders Association  
Tel.: +1 206 382 3587  
[www.nationaleatingdisorders.org](http://www.nationaleatingdisorders.org)

**Notas:**

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), Departamento de Salud Mental y Dependencia de Substancias. *Caring for Children and Adolescents with Mental Disorders: Setting WHO Directions*. Ginebra, 2003.

<sup>2</sup>Eating Disorders: Facts about Eating Disorders and the Search for Solutions.” (2001). The National Institute of Mental Health.

<sup>3</sup>The Mental Health Association of New South Wales. “Body Image and Eating Problems.” New South Wales, 2003.



# DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

Un programa de educación en salud mental de la  
**FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL**



## **TRASTORNOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES**

### **Discapacidades en el aprendizaje**

A menudo los padres se preocupan cuando su hijo tiene problemas de aprendizaje en la escuela. Hay muchos motivos para el fracaso escolar, pero uno puede ser una discapacidad específica del aprendizaje. Los niños con discapacidades del aprendizaje por lo general tienen inteligencia normal. De veras tratan de seguir instrucciones, concentrarse, y “portarse bien” en casa y en la escuela. Sin embargo, pese al esfuerzo, el niño no aprende y se atrasa. Las dificultades de aprendizaje afectan a por lo menos 1 entre 10 escolares.

Se cree que las discapacidades en el aprendizaje provienen de una dificultad en el sistema nervioso que afecta la recepción, el procesamiento o la transmisión de información. También es posible que estén presentes por familias. Algunos niños con discapacidades de aprendizaje también son hiperactivos; no pueden sentarse quietos, son fáciles de distraer y no pueden mantenerse concentrados durante mucho tiempo.

Los psiquiatras de niños y adolescentes señalan que las discapacidades de aprendizaje son tratables. Sin embargo, si no se las detecta y trata temprano, tienen un trágico efecto de “bola de nieve”. Por ejemplo, el niño que no entiende el principio de la suma en la escuela primaria no entiende el álgebra en la secundaria. El niño se esfuerza por aprender, pero ante el reiterado fracaso se siente frustrado y desarrolla problemas emocionales como baja autoestima. Algunos niños con problemas de aprendizaje se portan mal en la escuela porque prefieren que los consideren “malos” antes que “tontos”.

Los padres deben conocer los signos más frecuentes de discapacidades del aprendizaje:

- el niño tiene dificultad para entender y seguir instrucciones.
- tiene dificultades para recordar lo que se le acaba de decir.
- no aprende a leer, escribir con buena ortografía, hacer las operaciones aritméticas, y por lo tanto fracasa en la escuela.
- tiene dificultades para distinguir la izquierda de la derecha; dificultad para identificar las letras o tendencia a invertir letras, números o palabras; (por ejemplo, confunde 25 con 52, “b” con “d,” o “el” con “le”).
- le falta coordinación para caminar, practicar deportes o pequeñas actividades como sujetar un lápiz o atarse los cordones de los zapatos.
- pierde o traspapela la tarea escolar, sus libros u otros objetos.
- no entiende el concepto del tiempo; se confunde entre “ayer,” “hoy” y “mañana.”

Estos problemas necesitan la evaluación completa de un experto que pueda estudiar todos los problemas que afectan al niño. Un psiquiatra de niños y adolescentes puede ayudar a coordinar la evaluación, y trabajar con profesionales escolares y otros para que se haga una evaluación y pruebas escolares para ver si existe una discapacidad de aprendizaje. Esto incluye hablar con el niño y la familia, evaluar su situación, analizar las pruebas escolares y consultar con la escuela. El psiquiatra de niños y adolescentes formulará luego sus recomendaciones sobre la asignación apropiada en la

escuela, la necesidad de ayuda especial como servicios educacionales especializados o terapia del habla y del lenguaje, y ayudará a los padres para que a su vez ayuden al niño a alcanzar su máximo potencial.

A veces se recomienda terapia individual o familiar, o se recomiendan medicamentos para la hiperactividad o la facilidad para distraerse. Es importante fortalecer la autoconfianza del niño, fundamental para el desarrollo temprano, y también ayudar a los padres y otros familiares a entender y aprender a convivir con las realidades de un niño con problemas de aprendizaje.

**Fuente:** Tomado en parte de “Children with Learning Disabilities” (1999) The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Copyright © 2003 by the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

**Para más información:**

National Center for Learning Disabilities (NCLD)  
<http://www.nclld.org/>

The National Information Center for  
Children and Youth with Disabilities  
Tel.: +1 800 695 0285  
<http://www.nichcy.org>

The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry  
Tel.: +1 800 333 7636  
[www.aacap.org](http://www.aacap.org)

The National Institute of Mental Health  
Tel.: +1 301 443 4513  
[www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov)

**Para conseguir información local, comuníquese con:**



# DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

Un programa de educación en salud mental de la  
**FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL**



## **TRASTORNOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES**

### **Esquizofrenia**

#### **¿En qué consiste la esquizofrenia?**

Es una enfermedad que causa pensamientos raros, sentimientos raros y conducta inusual. Es una enfermedad psiquiátrica poco común en los niños y es difícil de reconocer en sus etapas tempranas, pero a menudo comienza en la adolescencia.

#### **Identificación de la esquizofrenia entre niños y adolescentes**

Los psiquiatras buscan los siguientes signos tempranos en niños y adolescentes con esquizofrenia:

- ver cosas y oír voces que no son reales (alucinaciones)
- conducta o lenguaje raros o excéntricos
- pensamientos e ideas extraños
- confunde los sueños y lo que ve en televisión con la realidad
- pensamiento confuso
- cambios extremos de ánimo
- ideas de que hay gente que “los quiere agarrar”
- comportarse como niño más pequeño
- ansiedad y temores graves
- dificultad en relacionarse con compañeros y mantener amistades
- aislamiento progresivo
- abandono en la higiene personal

El comportamiento de los niños con esquizofrenia puede cambiar lentamente con el correr del tiempo. Por ejemplo, niños que antes disfrutaban de sus amistades pueden ponerse más tímidos y retraídos y parecer que están en su propio mundo. A veces comienzan a hablar de temores o ideas raras. Pueden comenzar a apegarse a sus padres o decir cosas sin sentido. Es posible que los maestros sean los primeros en detectar estas señales tempranas. Los estudios de esquizofrenia que se inicia en la niñez muestran un patrón de desarrollo anormal progresivo en el cerebro<sup>1</sup>.

#### **Tratamiento de la esquizofrenia**

Los niños con los problemas y síntomas mencionados deben someterse a una evaluación completa. Por lo general necesitan planes integrales de tratamiento que involucran a otros profesionales. A menudo se necesita una combinación de medicamentos y terapia individual, terapia familiar y programas especializados (escuela, actividades, etc.). Los medicamentos pueden ser útiles para muchos de los síntomas y problemas identificados. Estos medicamentos requieren vigilancia estrecha por un psiquiatra de niños y adolescentes. Los padres deben pedirle a su médico de cabecera o pediatra que los remita a un psiquiatra especializado en niños y adolescentes específicamente capacitado para evaluar, diagnosticar y tratar a niños con esquizofrenia.

**Fuente:** Tomado en parte de “Schizophrenia in Children” (2000), The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Copyright © 2003 by the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

**Para más información:**

The National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression (NARSAD)

Tel.: +1 800 829 8289

[www.narsad.org](http://www.narsad.org)

The National Institute of Clinical Excellence

(El National Institute for Clinical Excellence, Reino Unido, ha creado directrices para tratar la esquizofrenia. Ver [http://www.nice.org.uk/pdf/media\\_briefing\\_FINAL.pdf](http://www.nice.org.uk/pdf/media_briefing_FINAL.pdf)).

Phone: +44 (0) 20 7067 5800

[www.nice.org.uk/](http://www.nice.org.uk/)

The National Institute of Mental Health

Tel.: +1 301 443 4513

[www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov)

The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Tel.: +1 202 966 7300 or +1 800 333 7636

[www.aacap.org](http://www.aacap.org)

**Para conseguir información local, comuníquese con:**



# DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

Un programa de educación en salud mental de la  
**FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL**



## TRASTORNOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

### La falta de sueño en niños y adolescentes

Para muchos padres de lactantes y bebés que caminan, el sueño y sus aspectos relacionados pueden ser una lucha. Mientras que algunos lactantes y bebés que caminan se duermen con facilidad, y tal vez duermen toda la noche, en otros niños el sueño parece algo indeseado y difícil de conseguir, para desazón de los padres, quienes entienden los beneficios de una buena noche de sueño. Diez años más tarde, los mismos padres tratan de arrancar de la cama a un soñoliento adolescente para que se prepare para ir a la escuela. Si bien a nivel anecdótico muchos padres hablan sobre la falta de sueño o los hábitos difíciles de sueño de sus hijos y la forma en que éstos afectan su conducta, relativamente pocos estudios científicos han establecido las consecuencias de un sueño inadecuado sobre el estado de ánimo, la conducta y el rendimiento escolar.

#### El sueño y el desarrollo temprano del cerebro

La investigación muestra que en los adultos, el sueño puede desempeñar un importante papel en el funcionamiento del cerebro, particularmente en el aprendizaje y la memoria. Puesto que los lactantes pasan mucho más tiempo durmiendo que los adultos, hay gran interés en entender por qué la necesidad de dormir es tanta en este período, y qué efectos el sueño puede tener sobre el desarrollo del cerebro infantil. A partir de los pocos estudios que se han realizado en niños normales y en niños faltos de sueño, las pruebas indican que:

- La prevalencia y el alcance de niños y adolescentes con problemas de sueño y falta de sueño es mucho más grande de lo que se creía.
- El sueño inadecuado o perturbado lleva a somnolencia durante el día. La mayoría de los estudios sugiere una fuerte relación entre los trastornos del sueño y los problemas de conducta.
- Los trastornos del sueño se asocian con un estado de ánimo menos positivo.
- La investigación preliminar<sup>1</sup> muestra que el sueño y la falta de sueño pueden alterar los genes que parecen controlar el “circuito eléctrico” del cerebro.

#### El sueño durante la adolescencia

Hay nuevas pruebas de que los cambios hormonales durante la pubertad afectan los ciclos de sueño y de vigilia de los adolescentes. Por cierto, los dinámicos cambios biológicos que ocurren durante la

#### El sueño y el trastorno de déficit de la atención con hiperactividad (TDAH)

TDAH es uno de los trastornos más comunes de la niñez. Se han asociado los trastornos del sueño con TDAH, aunque la relación no se conoce a fondo.

Hay cada vez más pruebas de que la misma parte del cerebro que controla el sueño también controla la vigilia. Si bien no hay hallazgos seguros de que los niños con TDAH tienen diferentes patrones de sueño que otros niños, los estudios basados en lo que dicen los padres indican que los niños con TDAH tienen dificultades para quedarse dormidos, que se despiertan de noche y que no descansan bien de noche (Owens y col. 2000). Se necesitan estudios más rigurosos para entender mejor la relación entre el TDAH y los trastornos del sueño.

pubertad resultan en horas más tardías de sueño y de despertarse en los adolescentes. Para muchos, esto significa que no reciben las 9 horas óptimas de sueño que necesitan, puesto que muchos se acuestan tarde y se levantan temprano para ir a la escuela. Esta reiterada falta de sueño tiene consecuencias tanto en casa como en la escuela. La investigación muestra que la restricción en el sueño resulta en una declinación en los niveles de alerta – lo que incluye un efecto negativo sobre el ánimo, la vigilancia y el tiempo de reacción, la atención, la memoria y el control de la conducta. Estos cambios de conducta pueden asociarse más tarde con menor rendimiento escolar, más conductas de riesgo y lesiones (Dahl 1999; Fallone y col. 2002).

**Fuente:** La información contenida en este documento se basa en *The 2003 National Sleep Disorders Research Plan.* The NIH Trans-NIH Sleep Research Coordinating Committee, The National Center on Sleep Disorders Research y National Heart, Lung and Blood Institute, The National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. Rockville: M.D.

**Para más información:**

The National Heart, Lung, and Blood Institute,  
The National Center for Sleep Disorders  
Tel.: +1 301 592 8573 or +1 240 629 3255 (TTY)  
[www.nhlbi.nih.gov/about/ncsdr/index.htm](http://www.nhlbi.nih.gov/about/ncsdr/index.htm)

**Referencias:**

Dahl, R.E. The consequences of insufficient sleep for adolescents: Links between sleep and emotional regulation. *Phi Delta Kappan*, 80: 354-359.

Fallone G, Owens JA, Deane J. (2002). Sleepiness in children and adolescents: clinical implications. *Sleep Med Rev*, Agosto;6(4):287-306.

Owens JA, Maxim R, Nobile C, McGuinn M, Msall M. (2000). Parental and self-report of sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 154(6):549-55.

**(Footnotes)**

<sup>1</sup> En modelos animales.

**Para conseguir información local, comuníquese con:**



# DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

Un programa de educación en salud mental de la  
**FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL**



## *TRASTORNOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES*

### **Tics y trastorno de Tourette**

#### **¿En qué consisten los tics?**

Un tic es un problema por el cual una parte del cuerpo se mueve reiteradamente, rápida y súbitamente, y sin control. Los tics pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo, como la cara, los hombros, las manos o las piernas. Se los puede parar voluntariamente por períodos breves. Los sonidos que se emiten involuntariamente (como aclararse la garganta) se llaman tics vocales. La mayoría de los tics son benignos y casi imperceptibles. Sin embargo, en algunos casos son frecuentes y severos, y pueden afectar muchos aspectos de la vida del niño.

#### **Identificación de tics o Trastorno de Tourette**

El trastorno más común se llama “trastorno por tic pasajero,” y puede afectar hasta el 10 por ciento de los niños en sus primeros años de escuela. Los maestros y otros pueden notar los tics y preguntarse si el niño está estresado o “nervioso.” Los tics pasajeros desaparecen solos. Algunos empeoran con la ansiedad, el cansancio o algunos medicamentos. Algunos tics no desaparecen. Los que duran un año o más se llaman “crónicos”, afectan a menos del 1 por ciento de los niños y pueden tener una relación con un trastorno especial y más raro, llamado trastorno de Tourette.

Los niños con trastorno de Tourette tienen tics tanto vocales como corporales. Algunos tics desaparecen durante los primeros años de la edad adulta, pero otros continúan. Los niños con trastorno de Tourette pueden tener problemas de atención, concentración y de aprendizaje. Pueden actuar impulsivamente, o adquirir obsesiones y compulsiones.

A veces las personas con trastorno de Tourette sueltan palabras obscenas, insultan a otros o hacen gestos o movimientos groseros. A menudo no los pueden controlar, y no se les debe culpar por ello. El castigo por los padres, las bromas de los compañeros y las reprimendas de los maestros no ayudan a controlar los tics, pero sí hieren la autoestima del niño. Una evaluación médica integral, a menudo con consulta pediátrica o neurológica, puede determinar si un joven tiene trastorno de Tourette u otro tipo de tic.

#### **Tratamiento para tics y trastorno de Tourette**

El tratamiento puede incluir medicamentos para ayudar a controlar los síntomas. El psiquiatra de niños y adolescentes también puede aconsejar a la familia sobre la forma de prestar apoyo emocional y el medio educacional adecuado para el joven.

**Fuente:** Tomado de “Tic Disorders” (2000). The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; tomado de [www.aacap.org](http://www.aacap.org)

**Para más información:**

The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

Tel.: +1 202 966 7300 or +1 800 333 7636

[www.aacap.org](http://www.aacap.org)

The Tourette Syndrome Association, Inc.

Tel.: +1 718 224 2999

<http://www.tsa-usa.org>

The Tourette Syndrome Association (UK)

Tel.: +44 (0) 8 45 45 81 252

<http://www.cwgsy.net/community/tosy/information.htm>

Association Française du Syndrôme Gilles de La Tourette

Tel.: +33 01 39 50 10 00

<http://www.afsyt-tourette-france.org/main.html>

**Para conseguir información local, comuníquese con:**

## Adelantos en la Investigación de la Salud Mental de Niños y Adolescentes

La esperanza para todos los niños del mundo es que tengan buena salud física y mental. La buena salud mental en los primeros años de vida, basada en la fuerte relación que los lactantes establecen con sus padres o principales cuidadores, es esencial para la salud y el desarrollo infantil. Este buen comienzo permite que niños y adolescentes cumplan mejor con los hitos previstos de desarrollo cognoscitivo, social y emocional, desarrollen relaciones sociales satisfactorias y hagan frente con efectividad a la vida cotidiana (USDHHS 1999). Sin embargo, algunos niños del mundo están en riesgo de trastornos emocionales y conductuales graves porque sus ambientes económicos y sociales frenan el desarrollo mental (y físico) saludable, lo cual disminuye su potencial. Estas condiciones incluyen pobreza, falta de higiene, enfermedades infecciosas y escaso o ningún acceso a la atención primaria de la salud.

Las experiencias tempranas de los niños, incluido el medio en que se crían y las relaciones que establecen con los que los rodean, desempeñan un papel importante en su desarrollo, como ha quedado documentado en un influyente informe reciente, *From Neurons to Neighborhoods*. En el informe se resumen los aspectos científicos del desarrollo infantil temprano – lo que sabemos a ciencia cierta sobre los primeros años del desarrollo infantil. El resumen ofrece una guía integral a todos los países en sus esfuerzos por crear sistemas que abriguen, protejan y aseguren el bienestar infantil (The National Research Council and Institute of Medicine, 2000)(ver más adelante “Research on Children’s Desarrollo: Ten Core Concepts”). Pero las experiencias tempranas, incluido un medio estable y cariñoso, no bastan para el desarrollo temprano del niño. La genética también cumple su parte. Ahora sabemos que los genes del niño, el mapa que controla su desarrollo, interactúan de manera inseparable con el ambiente para proteger, o bien promover, las posibilidades de crear un trastorno emocional o de conducta. Es menos probable que un niño genética o biológicamente vulnerable desarrolle un trastorno en un ambiente protector; asimismo, un ambiente debilitante puede llevar a un trastorno, aun en un niño que no sea genética ni biológicamente vulnerable.

Independientemente de fronteras políticas y culturales, los trastornos emocionales y conductuales graves afectan hasta un 20% de todos los niños del mundo (WHO 2001). Pero hay esperanza, pues ahora se sabe mucho más sobre el desarrollo del cerebro y las interacciones entre la mente, el cerebro y el ambiente que llevan al trastorno. En los últimos decenios muchos niños, adolescentes y sus familias se han beneficiado con grandes adelantos en la investigación – avances en la identificación, prevención y tratamiento de trastornos emocionales y conductuales graves. Estos resultados y su consiguiente traslado a la práctica son críticos para la salud y el desarrollo en todos los países. Las estrategias favorables de intervención para la prevención y el tratamiento permiten que niños y adolescentes con problemas de salud mental desarrollen su pleno potencial y contribuyan plenamente a las sociedades en las que viven.

Junto con estos adelantos revolucionarios de la última década está el interés cada vez más intenso en todas partes del mundo por proteger los derechos de los niños y mejorar su salud, en particular su salud mental. En 1989, la comunidad internacional, haciéndose eco de la noción de que el bienestar de los niños debe protegerse, ratificó la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (ONU 1989). Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), como parte de su enfoque de todo el año en la salud mental, presentó un informe completo sobre las necesidades de salud mental de los niños, y puso en práctica una campaña contra el estigma. La OMS reconoce

que el ambiente en que el niño vive sus primeros años y los traumas que lo afectan, como guerra, hambre y desplazamiento, tienen un profundo efecto sobre su salud mental (OMS 2001). Además, la primera conferencia mundial sobre la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos de la conducta se celebró en Estados Unidos en 2000, con la participación de 27 países; en 2002 se celebró una conferencia de seguimiento (WFMH 2000). Por último en paralelo con estos dinámicos descubrimientos de investigación y aumento del interés mundial, se observa una participación sin precedentes de los familiares en identificación, prevención y tratamiento de sus niños y adolescentes con problemas de salud mental.

### **Identificación de trastornos emocionales y conductuales graves en niños y adolescentes**

El reconocimiento de que los trastornos mentales pueden afectar a niños y adolescentes es un fenómeno relativamente nuevo. Los primeros esquemas para clasificar los trastornos mentales de

#### **Aspectos científicos del desarrollo de la niñez temprana: Diez conceptos básicos**

1. El desarrollo humano se forma por una interacción dinámica y continua entre la biología y la experiencia.
2. La cultura influye sobre todos los aspectos del desarrollo humano y se refleja en creencias y prácticas de crianza concebidas para promover una adaptación sana.
3. La creación de autorregulación es una piedra angular del desarrollo infantil temprano que afecta todos los aspectos de la conducta.
4. Los niños son participantes activos de su propio desarrollo, lo cual refleja el impulso humano intrínseco de explorar y dominar el ambiente que nos rodea.
5. Las relaciones humanas, y los efectos de las relaciones sobre las relaciones, son los ladrillos con los que se construye un desarrollo sano.
6. La amplia gama de diferencias individuales entre los niños pequeños a menudo hace difícil distinguir las variaciones normales y las demoras en maduración de los trastornos temporarios y los problemas persistentes.
7. El desarrollo infantil avanza por carriles individuales cuyas trayectorias se caracterizan por continuidades y discontinuidades, así como por una serie de transiciones significativas.
8. El desarrollo humano se forma por el juego continuo entre fuentes de vulnerabilidad y fuentes de resistencia.
9. El momento de las experiencias tempranas puede importar, pero, en la mayoría de los casos, el niño en desarrollo sigue vulnerable a los riesgos y abierto a influencias protectoras durante todos los primeros años de vida y hasta ya entrada la edad adulta.
10. El curso del desarrollo puede cambiar en la niñez temprana mediante intervenciones efectivas que cambian el equilibrio entre riesgo y protección, favoreciendo así las probabilidades a favor de resultados adaptativos.

Fuente: National Research Council and Institute of Medicine, 2002.

los niños (Clasificación Internacional de las Enfermedades, (ICD)) se crearon hace 30 años, y se establecieron criterios de diagnóstico para categorizar los trastornos mentales de la niñez (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM)). La ICD da a todos los países un marco para evaluar y entender la salud mental de los niños; muchos países desarrollados están usando la ICD, mientras que otros están trabajando para integrar sus propias escalas con la ICD.

También se han creado varias herramientas diagnósticas y de evaluación tanto para investigación como para uso epidemiológico durante el último decenio (ej. la Entrevista 2.3 diagnóstica para niños, y el Cuestionario para niños (RQC)). La combinación de estos instrumentos diagnósticos y de tratamiento ofrece información muy necesaria sobre niños y adolescentes, como individuos y como integrantes de la población, y permite a

clínicos y encargados de formular políticas la posibilidad de evaluar la salud mental de los jóvenes. Como resultado, en los países desarrollados hay mejor conocimiento de los principales problemas mentales en la juventud, incluido el Trastorno por déficit de la atención con hiperactividad (TDAH) y la depresión.

Si bien se ha realizado progreso, aun en países desarrollados un 80% de los niños con necesidades identificadas no están recibiendo tratamiento (Kataoka y col. 2002). Si bien la gama y los alcances de los síntomas psiquiátricos en niños en los países en desarrollo son similares a los de los países desarrollados, en la mayoría de los países en desarrollo existe escasa información sobre la identificación y el tratamiento de los trastornos emocionales y conductuales graves de los niños (Fayyad, Jahshan & Karam 2001). El acopio de datos sobre la salud mental en los niños se necesita no solo para entender el alcance de la enfermedad mental en esa población, sino que también es esencial para entender factores de riesgo específicos de una cultura y la carga que los trastornos emocionales y conductuales graves imponen a cada país. En general, en los países en desarrollo los servicios actuales de salud mental son inadecuados y el personal de salud general no tiene suficiente capacitación (Giel y col. citado en Fayyad y col. 2001), aunque en muchos países se están realizando esfuerzos para identificar (y tratar) mejor a los que lo necesitan (Belfer 2003).

### **Prevención de trastornos emocionales y conductuales graves**

Muchos problemas de salud mental en niños y adolescentes son prevenibles. Los problemas de salud mental, tal como los define el Departamento de Salud de New South Wales, Australia, son una “disrupción de las interacciones entre el individuo, el grupo y el medio, la cual produce una disminución de la buena salud mental” (Scanlon 1997 y col. citado en Davis 2002). La prevención de los problemas de salud mental y la promoción de la buena salud mental van de la mano; es decir, que los esfuerzos por promover la buena salud mental también afectarán la prevención de los trastornos mentales.

### **La importancia de mantener la perspectiva del desarrollo en la identificación y el tratamiento de los trastornos mentales de niños y adolescentes**

Identificar problemas de salud mental en niños y adolescentes es difícil debido a la rapidez con que el ser humano crece y se desarrolla en los primeros 20 años de vida. Por lo tanto, es posible que sea difícil darse cuenta de si algo es parte de un desarrollo normal, o si es anormal. Por ejemplo, la ansiedad por separación en un preescolar es de prever, pero no es normal si ocurre después de los 13 años. La identificación, prevención y tratamiento de trastornos emocionales y conductuales graves en niños y adolescentes se deben hacer dentro del marco del conocimiento sobre el desarrollo. Esto significa que las intervenciones que se preparen deben ser apropiadas para la edad y etapa de desarrollo, y además culturalmente válidas (Davis 2002).

Se ha realizado considerable investigación sobre la prevención de problemas de salud mental. Los investigadores han estudiado el desarrollo normal y anormal (psicopatología) a todos los niveles – el molecular y el individual, así como niveles programáticos en gran escala (comunitario, estatal y nacional). Se ha obtenido mucho conocimiento, incluida la identificación de períodos sensibles, factores de riesgo y protección, y vulnerabilidades genéticas y ambientales de los trastornos mentales (NAMHC 2001). En la actualidad hay pruebas científicas que demuestran la costoefectividad de las intervenciones tempranas de prevención y tratamiento (Dorfman 1999 citado en Davis 2002). Algunos programas efectivos de prevención incluyen:

- **Lactancia/niñez temprana.** Programa de visitas por enfermeras, concebido para mejorar los resultados en familias de alto riesgo en Estados Unidos que ha demostrado resultados positivos inmediatos y en el largo plazo (Olds y col.1999, citado en NAMHC 2001).
- **Niñez intermedia/escuela primaria.** Programas pro-sociales, como el programa contra niños camorristas o peleadores por Olweus en Noruega (Olweus 1994 citado en Davis 2002), y el programa P.A.T.H.S. para prevenir la depresión en hijos de padres deprimidos (Greenberg y col. 1998) han demostrado ser efectivos. El programa Parent Management Training (PMT para capacitación de padres), concebido y usado en Noruega y destinado a prevenir problemas conductuales graves en los niños (5-12 años de edad), parece promisorio (Askeland, citado en WFMH 2000).
- **Adolescencia temprana/escuela media.** Los programas para controlar a los niños camorristas (Olweus 1994 citado en Davis 2002), un programa de destrezas para la vida (Botvin y col. 1998), y un programa de prevención de la depresión en niños de padres deprimidos (Beardslee y col., en prensa; Beardslee 2002; Beardslee y col.1996) encierra promesa).

Si bien en la actualidad existen muchos programas efectivos de prevención, todavía quedan preguntas sobre la forma en que los países desarrollados que emplean estos métodos preventivos pueden ayudar a los países en desarrollo para aplicar programas similares de prevención. Algunos de los problemas son disparidades en tecnología e infraestructura, fondos, desempleo y pobreza, y diferencias en los métodos de investigación (incluidas herramientas de evaluación). Muchos de estos temas son objeto de investigación en materia de prevención. Las oportunidades de investigación en materia de prevención incluyen: 1) identificar el riesgo en el desarrollo temprano 2) mejorar la nosología (clasificación de las enfermedades), 3) compaginar la epidemiología, los procesos básicos y la intervención, y 4) alentar el paso de la investigación a la aplicación.

La disponibilidad de programas de prevención e intervención temprana no solo proviene de resultados de investigación rigurosa, sino también por las políticas de cada país. Apenas 18% de los países en la actualidad tiene políticas de salud mental para niños y adolescentes (Shatkin & Belfer, en prensa). Esto deja a la mayoría de las naciones sin políticas adecuadas– y probablemente sin recursos adecuados – para la provisión de programas de prevención e intervención. Aun en los países desarrollados con políticas reconocidas de salud mental para niños y adolescentes, los recursos son escasos y a menudo compiten con otros problemas sociales críticos. La “Guía del ciudadano en apoyo de la creación de una política nacional de salud mental para niños y adolescentes,” incluida en el paquete para la campaña del Día Mundial de la Salud Mental 2003, explica con más detalle por qué estas políticas son el cimiento de la creación de sistemas de salud mental, y ofrece estrategias a todos los países para elaborar dichas políticas. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dará a conocer en el corto plazo directrices para la elaboración de políticas de salud mental para niños y adolescentes (Shatkin & Belfer, en prensa).

## **Principios generales sobre los que se basa la necesidad de programas de prevención y promoción de la salud mental de niños y adolescentes**

- No hay salud sin salud mental; la salud mental es una parte integral de la salud y la calidad de vida.
- Los trastornos mentales y conductuales han adquirido proporciones de epidemia y crean una gran carga social y económica sobre la sociedad.
- A fin de tratar la epidemia de trastornos mentales y conductuales, se debe reconocer que la prevención y la promoción son componentes esenciales de un programa de salud pública, junto con tratamiento y mantenimiento.
- Debido a sus efectos positivos en múltiples sectores - educativo, económico y jurídico, la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales y conductuales son de interés común para diversos grupos de interesados. Existe la oportunidad de crear poderosas coaliciones intersectoriales para la promoción y la prevención a los niveles mundial, regional, nacional y local.
- La discriminación y el estigma que rodean a los trastornos mentales y conductuales continúan impidiendo el desarrollo y la prestación de servicios de prevención, tratamiento, mantenimiento y rehabilitación.
- Existen programas y políticas efectivos basados en pruebas para promover la salud mental, aumentar la resistencia y la capacidad de recuperación, reducir factores de riesgo, aumentar los factores de protección y prevenir trastornos mentales y conductuales.
- Hay pruebas crecientes de que estas prácticas son costoefectivas.
- Fortalecer la salud mental y la capacidad de recuperación no solo reduce el riesgo de trastornos mentales y conductuales, sino que también contribuye a una mejor salud física, bienestar, vida productiva, capital social, ambientes más seguros y beneficios económicos.

Fuente: Federación Mundial de Salud Mental, 2000.

## **Sistemas de tratamiento y servicio**

Los problemas de salud mental durante la niñez y la adolescencia que quedan sin tratar pueden tener repercusiones para toda la vida. Para las numerosas familias de todas partes del mundo cuyos niños o adolescentes tienen trastornos emocionales y conductuales graves, nuevos métodos, tanto conductuales como medicación, o una combinación de los dos, son efectivos para una diversidad de enfermedades mentales. Algunos de ellos incluyen:

- **TDAH.** Los resultados de un extenso estudio en muchos sitios de Estados Unidos ayudan a entender los tratamientos de calidad para el TDAH; los resultados indican que un tratamiento social combinado con medicación es superior al tratamiento conductual únicamente y al cuidado comunitario de rutina para tratar los síntomas básicos de TDAH hasta 14 meses. El estudio también halló que el tratamiento combinado es necesario para producir resultados uniformemente superiores al cuidado comunitario de rutina para resolver síntomas que no son de TDAH y resultados funcionales (NAMHC 2001). Estos resultados han llevado a la elaboración de nuevas directrices para pediatras y otros.
- **Depresión y ansiedad.** Nuevos medicamentos, llamados inhibidores selectivos de la reabsorción de la serotonina (SSRI) permiten tratar la depresión y la ansiedad en los jóvenes. Los SSRI son muy efectivos para tratar la ansiedad en los niños, moderadamente efectivos

para tratar la depresión en los niños, y mucho más seguros que medicamentos anteriores (Ryan 2003; Pine 2002). Se han creado nuevas psicoterapias, como la terapia de la conducta cognoscitiva (CBT) para tratar la ansiedad y la depresión en los jóvenes, los cuales han dado buenos resultados (Brent y col. 1997; Leveni y col. 2002).

### **Principales adelantos en la investigación de la salud mental de niños y adolescentes**

1. Los últimos diez años han sido testigos de enormes adelantos en la ciencia de la prevención y el desarrollo y aplicación de estrategias preventivas de intervención concentradas en reducir el riesgo de trastornos mentales.

Por primera vez, las intervenciones para prevenir el comienzo de mala salud mental se han medido usando métodos rigurosos, aleatorios y controlados aplicados en comunidades. Estas pruebas han demostrado que los trastornos mentales, como la depresión y los trastornos de la conducta pueden prevenirse, y trayectorias de desarrollo se pueden modificar en medida considerable para producir beneficios para el individuo y la sociedad (incluidos beneficios económicos).

2. La investigación en el entendimiento y la intervención en el desarrollo de conductas de externalización, incluidas la agresión y la violencia, ha pasado de la descripción a la identificación de factores de riesgo, a la intervención, a las pruebas y al emplazamiento. En la actualidad hay intervenciones efectivas para la prevención y el tratamiento de conductas antisociales graves y violencia juvenil; también hay nueva información sobre las estrategias que no funcionan.
3. Extensas pruebas aleatorias realizadas en numerosos centros han establecido la eficacia de los inhibidores selectivos de la reabsorción de la serotonina (SSRI como nuevos fármacos para el tratamiento de la depresión y la ansiedad, y han indicado nuevas direcciones para que se estudie más en este campo.
4. El conocimiento científico basado en el tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) ha avanzado muchísimo. El Estudio de tratamiento multimodal de niños con TDAH (MTA), un estudio famoso realizado en numerosos sitios de Estados Unidos, ha demostrado que los tratamientos combinados a largo plazo y los tratamientos con medicamentos son considerablemente superiores a los tratamientos conductuales intensivos y a los tratamientos comunitarios de rutina para reducir los síntomas del TDAH. El estudio también demostró que la calidad y la intensidad del tratamiento con manejo de la medicación es sumamente importante para lograr los beneficios para los niños y las familias.
5. El trabajo realizado sobre el inicio en la niñez del trastorno obsesivo-compulsivo, su diagnóstico, epidemiología y tratamiento han ayudado a aliviar el sufrimiento de muchos niños y sus familias.

- **Agresión.** Medicamentos nuevos, neurolépticos atípicos, reducen la agresión, con lo cual se reduce la necesidad de restricciones e internaciones, y se previenen los tratameintos fuera del hogar y del estado (Snyder y col. 2002). Se han creado nuevos tratamientos terapéuticos para niños gravemente perturbados agresivos, incluidos atención terapéutica en hogares de guarda (Chamberlain & Reid 1991, citado en NAMHC 2001), y terapia multisistémica (Henggeler y col. 1999, citado en NAMHC 2001). Estos nuevos tratamientos parecen ser mucho mejores que las prácticas comunes de asistencia a estos niños.

El debate continúa sobre el uso de medicación para tratar a niños pequeños con trastornos mentales. Algunas drogas que se les recetan a los niños, como las que se usan para tratar esquizofrenia, y trastorno por ansiedad, no han sido probadas en niños pequeños o no han sido aprobadas para uso con este grupo de edad por autoridades apropiadas. La investigación continúa para documentar la efectividad de muchos medicamentos “sin etiqueta” para tratar trastornos mentales en la niñez y la adolescencia; en Estados Unidos en la actualidad hay por lo menos 30 ensayos psicofarmacológicos pediátricos en el Instituto Nacional de Salud Mental. En la mayoría de los países en desarrollo, el tratamiento para trastornos de salud mental en niños y adolescentes sigue siendo escaso; hay pocos recursos (tanto en fondos como en número de especialistas en salud mental infantil) dedicados a la salud mental de niños y adolescentes. En el último decenio, el uso de trabajadores de la atención médica primaria (quienes han recibido capacitación en salud mental de niños y adolescentes), ha resultado útil para identificar y tratar a niños que lo necesitan (Murthy 1998). Además, en muchos países en desarrollo se han creado organizaciones no gubernamentales (ONG) para educar a la población sobre los trastornos mentales de niños y adolescentes y promover una salud mental positiva.

Más allá de los problemas de disponibilidad de tratamiento, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, todavía quedan barreras al tratamiento, incluido el estigma, la falta de recursos y la falta de conocimiento sobre los trastornos mentales. El trabajo actual concentrado en entender las barreras al tratamiento debe continuar, especialmente en la superación del estigma de la salud mental. Si bien el tratamiento ha mejorado y representa un enorme cambio desde los días de la institucionalización de niños y adolescentes con trastornos emocionales y conductuales graves, se necesita más diálogo sobre las intervenciones más útiles para los que las necesitan, especialmente en los países en desarrollo. Hay numerosas oportunidades de investigación en este campo, y mucho que aprender de culturas no occidentales. Esto incluye el desarrollo de alternativas de intervención, determinación de tratamientos que funcionan en comunidades aisladas, y estudiar la función que pueden desempeñar los programas basados en comunidades religiosas y de fe. Otras oportunidades de investigación en el campo del tratamiento incluyen:

### **Investigación y servicios de salud mental de niños y adolescentes en países en desarrollo**

En países en desarrollo como India, se han realizado escasos estudios en el campo de la psiquiatría infantil y adolescente. Los que existen se concentran en epidemiología o uso de instrumentos de evaluación. (Shah & Sheth 1998).

- ¿Cuán temprano debe comenzar y cuánto tiempo se debe administrar el tratamiento, y cuál es su efecto en el largo plazo?
- ¿Cuál es la eficacia/efectividad e inoicidad de los tratamientos e intervenciones preventivas más comunes?
- ¿De qué manera las intervenciones actuales pueden mejorarse, y cómo pueden crearse nuevas?
- ¿Cómo tratar la falta de respuesta al tratamiento?; ¿qué intervenciones dan buenos resultados con los niños?
- ¿Qué impacto tiene la comorbilidad, y qué necesidades de servicios y prestaciones de servicios existen para jóvenes con co-morbilidades de diversos tipos?
- ¿En qué forma usan los niños y las familias los servicios de salud mental a su disposición?
- ¿Qué sabemos sobre la calidad, organización y financiamiento de servicios para los niños y sus familias?
- ¿Qué servicios hay disponibles en diferentes sectores y medios, por ejemplo en atención primaria, escuelas, bienestar infantil, justicia juvenil y salud mental?

- ¿Qué podemos averiguar a partir de la evaluación clínica y económica de modelos novedosos de servicios?

Ciertamente han surgido tratamientos nuevos y promisorios, pero todavía queda trabajo por hacer para adaptar dichos tratamientos, o, en la medida de lo posible, crearlos en alianza con las comunidades en las que verdaderamente hacen falta.

### **Mirando hacia el futuro**

En los últimos años la comunidad internacional de investigación en salud mental ha hecho grandes progresos hacia la identificación, prevención y tratamiento de trastornos emocionales y conductuales graves en niños y adolescentes. Queda mucho más trabajo por hacer para desarrollar y emplazar tratamientos efectivos en todas partes del mundo, especialmente en los países en desarrollo. Si bien en la actualidad hay tratamientos efectivos para los síntomas de algunos de los principales trastornos de la niñez y la adolescencia, por el momento no hay cura para ellos. Se deben redoblar los esfuerzos para crear intervenciones de prevención para que muchos niños, adolescentes y sus familias escapen a la carga de la enfermedad mental, en los casos en que la prevención es posible. En muchos países en desarrollo, los gobiernos están estudiando o reformando sus sistemas de atención de la salud mental, y algunos están aplicando métodos de salud pública para reducir la carga de los trastornos mentales en niños y adolescentes. En otros lugares se trabaja para identificar mejor a niños y adolescentes con necesidades de salud mental. En todos los países, ya sea que se encuentren en las primeras etapas de evaluación de las necesidades de salud mental entre sus jóvenes o en medio de cambiar fundamentalmente la forma en que se prestan los servicios de salud mental, los dinámicos descubrimientos de los últimos diez años constituyen una base firme sobre la cual construir. Un método integral de salud pública – el cual incluya la promoción de una salud mental positiva, la identificación (mediante vigilancia epidemiológica) y prevención de trastornos mentales, y el acceso al tratamiento – adelantarán los esfuerzos de todos los países por dar a sus niños y adolescentes con trastornos de salud mental una oportunidad de vivir vidas plenas y productivas.

*“Recién cuando se aplique una estrategia integral de salud mental que incorpore tanto prevención como atención, veremos progreso substancial y sostenido.”*

Dr. Gro Harlem Brundtland, Director-General,  
Organización Mundial de la Salud

Fuente; Federación Mundial de Salud Mental,  
2000.

### **Referencias:**

Askeland, E. (2000). “Prevention and Treatment of Children’s Behavioral Disorders: Transfer and Implementation of an Intervention Method from the United States to the le Country of Norway,” en *Proceedings of the Inaugural World Conference on the Promotion of Mental Health and Prevention of Mental and Behavioral Disorders*. Mrazek, P. y Hosman, C.M.H. eds. Alexandria, Virginia: Federación Mundial de Salud Mental.

Beardslee, W.R., Gladstone, T.R.G., Wright, E.J., & Cooper, A.B. (en prensa). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change [Método basado en la familia para la prevención de síntomas de depresión en niños en riesgo: Evidencia de cambios en padres e hijos.] *Pediatrics*.

Beardslee, W.R. (2002). *Out of the Darkened Room: When a Parent Is Depressed: Protecting the Children and Strengthening the Family*. NY: Little, Brown & Co.

Beardslee WR, Wright E, Rothberg PC, Salt P, Versage E. (1996). Response of families to two preventive intervention strategies: long-term differences in behavior and attitude change. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35:774-782.

Belfer, M.L. (2003). *International Child and Adolescent Mental Health Review*. Department of Mental Health and Substance Dependence, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Botvin, G.J., Mihalic, S.F., & Grotper, J.K. (1998). *Blueprints for Violence Prevention, Book Five: Life Skills Training*. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence.

Brent, D.A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., Iyengar, S., Johnson, B.A. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54(9): 877-85.

Chamberlain, P., & Reid, J.B. (1991). Using a specialized foster care treatment model for children and adolescents leaving the state mental hospital. *Journal of Community Psychology*, 19: 266-276.

Davis, N. (2002). The promotion of mental health and the prevention of mental and behavioral disorders: surely the time is right. *The International Journal of Emergency Mental Health*, 4(1), 3-29.

Dorfman, S.L. (1999). *Preventive interventions for mental health and substance abuse under managed care*. A report prepared for the Offices of Managed Care of the Center for Mental Health Services and the Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Rockville, M.D.

Fayyad, J.A., Jahshan, C.S., Karam, E.G. (2001). Systems development of child mental health services in developing countries. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10(4):745-62, ix.

Giel, R., de Arango, M.V., Climent, C.E., Harding, T.W., Ibrahim, H.H., Ladrado-Ignacio, L., Murthy, R.S., Salazar, M.C., Wig, N.N., Younis, Y.O. (1981). Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. A report from the WHO collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care. *Pediatrics*, 68(5):677-83.

Greenberg, M.T., Kusché, C. & Mihalic, S.F. (1998). *Blueprints for Violence Prevention, Book Ten: Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS)*. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence).

Henggeler, S.W., Rowland, M.D., Randall, J., Ward, D.M., Pickrel, S.G., Cunningham, P.B., Miller, S.L., Edwards, J., Zealberg, J.J., Hand, L.D. & Santos, A.B. (1999). Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(11):1331-9.

Kataoka, S.H., Zhang, L., Wells, K.B. Unmet need for mental health care among U.S. children: variation by ethnicity and insurance status. *American Journal of Psychiatry*, 159(9):1548-55.

Leveni D, Piacentini D, Campana A. (2002). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment in social phobia: a description of the results obtained in a public mental health service. *Epidemiology Psychiatric Soc*, Abr-Jun;11(2):127-33.

Murthy, R.S. (1998). Rural psychiatry in developing countries. *Psychiatric Services* 49(7):967-969.

National Advisory Mental Health Council, Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention Development and Deployment (NAMHC)(2001). *Blueprint for Change: Research on Child and Adolescent Mental Health*. Washington, D.C.

National Research Council and Institute of Medicine (2002). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. Jack P. Shonkoff and Deborah A. Phillips, eds. Board on Children, Youth and Families, Commission on Behavioral and Social Sciences Education. Washington, D.C.: National Academy Press.

Olds, D.L., Henderson, C.R. Jr., Kitzman, H.J., Eckenrode, J.J., Cole, R.E., & Tatelbaum, R.C. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings. *Future Child*, 9(1):44-65; 190-1.

Olweus, D. (1994). Annotation: Bullying at school: Basic facts and effects of a school-based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1171-1190.

Pine, D.S. (2002). Treating children and adolescents with selective serotonin reuptake inhibitors: how long is appropriate? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12(3): 189-203.

Ryan, N.D. (2003). Medication treatment for depression in children and adolescents. *CNS Spectrum*, 8(4):283-7.

Scahill L, Leckman JF, Schultz RT, Katsovich L, Peterson BS. (2003). A placebo-controlled trial of risperidone in Tourette syndrome. *Neurology*, Apr 8;60(7):1130-5.

Scanlon, K., Williams, M. & Raphael, B. (1997). *Mental health promotion in NSW: Conceptual framework for developing initiatives*. Sydney, Australia: NSW Health Department.

Shah, L.P. & Sheth, R.B. (1998). *The Development of Child and Adolescent Mental Health in India: The Last 40 Years*. The IACAPAP Bulletin, Abril 1998. Tomado de la hoja electrónica <http://info.med.yale.edu/chldstdy/IACAPAP/498/498index.htm>, Mayo 5, 2003.

Shatkin, J.P. y Belfer, M.L. The global absence of child and adolescent mental health policy. En prensa.

Snyder R, Turgay A, Aman M, Binder C, Fisman S, Carroll A; Risperidone Conduct Study Group (2002). Effects of risperidone on conduct and disruptive behavior disorders in children with subaverage IQs. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 41(9):1026-36.

Federación Mundial de Salud Mental (WFMH)(2000). *Proceedings of the Inaugural World Conference on the Promotion of Mental Health and Prevention of Mental and Behavioral Disorders*. Mrazek, P. y Hosman, C.M.H. eds. Alexandria, Virginia: Federación Mundial de Salud Mental.

Organización Mundial de la Salud (OMS)(2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Ginebra, Suiza.

Naciones Unidas (OUN)(1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Adoptada por la Asamblea General de la ONU, Noviembre 20, 1989.

United States Department of Health and Human Services. (USDHHS)(1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General. Chapter 3: Children and Mental Health*. Rockville, M.D.: U.S. Government Printing Office.

## **Día Mundial de la Salud Mental 2003**

### **Sección dos: Entrar en acción/Lo que usted puede hacer**

- **Guía para cuidadores y maestros de niños pequeños**
- **Guía del ciudadano en apoyo de la creación de una política nacional de salud mental para niños y adolescentes**
- **Publicidad de su evento**
- **Muestra de proclama del Día Mundial de la Salud Mental 2003**
- **Solicitud de afiliación**
- **Formulario de Informe a la Federación Mundial de la Salud Mental 2003**



# Guía para cuidadores y maestros de niños pequeños

## Lo que sabemos sobre el desarrollo de la niñez temprana

Los padres de los niños pequeños a menudo se maravillan de ver lo rápidamente que los niños crecen y se desarrollan. Los que cuidan a lactantes y niños pequeños lo saben bien, y son testigos de los numerosos hitos que marcan el progreso de los bebés de brazos y de los bebés que caminan: toman sus primeros pasitos hacia la independencia y forman sus primeras amistades. Se está investigando la importancia de los primeros años de la vida de la persona y sus efectos sobre su desarrollo y crecimiento, en relación con los numerosos niños que van a guardería mientras sus padres trabajan.

### Un buen comienzo

Durante los primeros años, los cuidadores deben crear relaciones cálidas y amistosas con los bebés a los que cuidan. La capacidad social y emocional del niño tiene sus raíces en estas primeras relaciones.

Nunca hemos sabido tanto como ahora sobre la forma en que los niños pequeños aprenden, piensan y actúan. Los investigadores han descubierto que el cerebro del recién nacido evoluciona a una velocidad asombrosa en los primeros años de vida. Es durante estos primeros años que el cuidador desempeña un papel fundamental en el desarrollo infantil.

## Los primeros años

El desarrollo temprano saludable de un niño depende en parte del cuidado que recibe y las relaciones estables que crea con sus padres o su cuidador. Esta relación y cuidado estables incluyen contacto visual frecuente, un “toque” suave, muchas caricias y respuesta a los gorgoritos del niño, lo cual le enseña al bebé a amar, confiar y sentirse a gusto.

Durante el primer año de vida los niños alcanzan su principal hito social y emocional: una relación segura con su madre, padre o principal cuidador. Con frecuencia, los bebés que no crean estos lazos tienen dificultades sociales y emocionales más adelante, así como problemas en su desarrollo cognoscitivo (FAN 2000). La capacidad social y emocional hunde sus raíces en las relaciones que los bebés y los niños en edad de aprender a caminar experimentan en su niñez temprana.

## Los años preescolares: La preparación para la escuela

Las destrezas sociales y emocionales son tan importantes para el éxito académico como las destrezas cognoscitivas, como son conocer las primeras letras y números. En otras palabras, es tan importante para los niños formar buenas relaciones con sus compañeros y maestros como lo es descodificar las palabras o dominar el uso de los lápices o crayolas (FAN 2000). Según el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (2003) las destrezas sociales y emocionales clave que los niños necesitan cuando entran a la escuela incluyen:

- Confianza en sí mismos
- Capacidad de crear buenas relaciones con sus pares
- Concentración y perseverancia en tareas difíciles
- Capacidad de comunicar emociones con efectividad (v.g enojo, alegría y frustración)
- Capacidad de escuchar instrucciones y prestar atención

Los niños que entran a la escuela sin estas capacidades sociales y emocionales básicas no están listos para aprender, es menos probable que les vaya bien en sus primeros años de escuela, y pueden enfrentar una cantidad de problemas conductuales, emocionales y académicos durante toda su joven vida (FAN 2000).

En el Center on the Social and Emotional Foundations of Early Learning, <http://csefel.uiuc.edu/modules.html> [Centro para las bases sociales y emocionales del aprendizaje temprano] se encontrarán sugerencias y módulos de capacitación para que los cuidadores promuevan la capacidad social y emocional de los niños pequeños bajo su cuidado.

### **La importancia de la salud mental infantil: Guía para maestras primarias**

Millones de niños en todas partes del mundo asisten a clase todos los días. Cada niño que desciende de un autobús escolar es singular y diferente.

Sin embargo, la vida de cada uno de ellos toma forma y recibe orientación por obra de sus padres, cultura y sociedad en la que vive, así como de los maestros que conoce durante sus años escolares. Algunos niños llegan a la escuela saludables, felices y listos para aprender; otros, hasta un 20% en todas partes del mundo, tienen trastornos emocionales y conductuales graves. Los maestros, en su papel de uno de los adultos que desempeñan un papel central en la vida de los niños, y para algunos el único adulto con el que tienen una relación de confianza, están en una posición clave para identificar estos trastornos de salud mental. Estos trastornos deben identificarse y tratarse temprano para que los niños puedan aprender con efectividad.

#### **La salud mental infantil**

- La salud mental de todo niño es importante.
- Muchos niños tienen problemas de salud mental.
- Estos problemas son reales, dolorosos, y pueden ser graves.
- Los problemas de salud mental pueden ser reconocidos y tratados con éxito.
- Trabajando juntas, las familias y las comunidades pueden ayudar.

Source: SAMHSA 2001

Identificar problemas de salud mental en niños y adolescentes es difícil debido a la rapidez con que el ser humano crece y se desarrolla durante los primeros 20 años de vida. La Asociación Nacional de Psicólogos Escolares [National Association of School Psychologists, NASP] ha elaborado estrategias básicas tanto para la identificación de trastornos mentales como para la promoción de la salud mental en su guía para los maestros, llamada “The ABC’s of Children’s Mental Health” [El ABC de la salud mental infantil]. Según la guía, los maestros deben mantenerse alerta para detectar síntomas clave de problemas de salud mental, los cuales incluyen:

- Cambios de costumbres
- Retracción
- Disminución del funcionamiento social y académico
- Conducta variable o cambiante
- Aumento de quejas físicas

### **¿Cuándo deben los maestros buscar ayuda de los profesionales de salud mental?**

Los maestros deben comunicarse con los psicólogos de la escuela u otro profesional de salud mental disponible en la comunidad si los síntomas que se acaban de describir:

- son nuevos o han cambiado de intensidad, frecuencia o presentación

- se mantienen durante un período considerable
- no mejoran con una combinación de intervenciones por parte de los padres y del maestro en el aula
- interfieren con la función social y académica del estudiante
- interrumpen reiteradamente las actividades en el aula
- escapan al control del estudiante; o
- presentan un peligro para el estudiante u otros

### **Promoción de la buena salud mental**

Más allá de la identificación de la salud mental y los subsiguientes servicios de remisión, la escuela es también un excelente lugar para promover la buena salud mental. En el ambiente escolar, la salud mental no debe verse únicamente como la ausencia de enfermedad mental, sino la posesión de destrezas y habilidades que le permiten al estudiante hacer frente a los retos cotidianos

(The National Association of School Psychologists (NASP), 2002). A fin de ayudar a niños y adolescentes a desarrollar sus capacidades sociales y emocionales, NASP recomienda que las escuelas elaboren políticas que promuevan factores de protección, incluidos:

### **La Mente Importa: una escuela modelo Programa de salud mental en Australia**

La Mente Importa es un programa de promoción de la salud mental en escuelas secundarias de Australia. Subraya la importancia del método integral para la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio, y se propone crear ambientes escolares en los cuales los jóvenes se sientan seguros, con deseos de participar y que tengan un objetivo. Todos los sistemas educativos de los estados y los territorios han convenido en apoyar el programa. Un 50 por ciento de las escuelas ha solicitado una copia del recurso, se han realizado sesiones de perfeccionamiento profesional en todos los estados y territorios y se está creando una estrategia aborigen, incluida la publicación de La Comunidad importa.

Fuente: Mind Matters Evaluation Consortium (2000)

**Un sentido de pertenencia.** El sentido de pertenencia es esencial para todos nosotros. Es la base de un ajuste positivo en los niños, de autoidentificación y de un sentido de confianza tanto en el sistema como en sí mismos. De hecho, algunos estudios han demostrado que el sentido de pertenencia en la escuela primaria reduce las conductas peligrosas entre los adultos jóvenes. El lazo más fuerte de los niños pequeños es con sus padres, y un objetivo fundamental en los primeros años de escuela primaria es extender ese sentido de conexión hasta la escuela. Un lazo estrecho con el maestro u otro adulto es crucial. Esto ocurre mediante la interacción personal. También es importante establecer una relación positiva con los padres. Los niños reciben sus claves de sus padres en lo que hace a las relaciones, y el sentido de confianza entre el padre y el maestro pasará al niño. Los directores pueden hacer un esfuerzo por conocer a los estudiantes nuevos y sus padres al comienzo del año, celebrar charlas o reuniones mensuales con los padres, incluir un mensaje personal en el boletín semanal, animar a los padres a ofrecer trabajo voluntario, y mantener abierta la puerta de su oficina. También podemos promover el sentido de unidad mediante el ambiente que creamos. Dar la bienvenida a los niños cuando llegan, saludarlos por su nombre en el pasillo y colocar un avisador con el cartel “¿Sabías que...?” en el pasillo para que los estudiantes compartan acontecimientos importantes (ej. una foto del perrito nuevo de Marisa) refuerza el mensaje de que los estudiantes son miembros valiosos de la comunidad escolar.

**Adaptarse al cambio.** La rutina es importante para los niños pequeños. El concepto se introduce en jardín de infantes y primer grado con ciertas costumbres, como entrar sin hacer ruido, colocar nuestras cosas en un pequeño armario, registrarnos, pedir el almuerzo, etc. Estas actividades regulares dan estructura al ambiente del niño y le ayudan a establecer un sentido de capacidad y pertenencia. Igualmente importante, sin embargo, es la capacidad de adaptarse al cambio. Esta es

una capacidad crítica para toda la vida que comienza a una edad temprana. Algunos niños reaccionan negativamente ante el cambio, especialmente si están pasando por un estrés emocional, y es posible que necesiten ajustarse a pequeños cambios en la escuela (una maestra suplente, una nueva disposición de los asientos) o en su casa (un hermanito recién llegado, una cama diferente). Los directores y maestros deben animar a los padres a que les cuenten los posibles cambios que puedan crear perturbaciones en el hogar. Podemos reducir la ansiedad relacionada con el cambio si les avisamos a los estudiantes con anticipación y les permitimos participar en el cambio, por ejemplo conversando con ellos sobre las posibilidades de la nueva disposición del salón de clases. También es importante ayudar a los niños a crear estrategias para lidiar con los cambios. Identificar las cosas que no cambian y concentrarse en lo que saben hacer (cambiar de actividades durante el tiempo en el centro) puede ayudar a los niños a mantener un sentido de control y estabilidad.

**Reconocimiento.** Todos los niños necesitan que se les reconozcan sus aspectos positivos. La realimentación positiva convalida conductas o logros que son valorados por otros. Reconocemos los logros académicos mediante las buenas calificaciones, compartiendo el trabajo del niño en clase y los premios que recibe. También recurrimos al reconocimiento para ayudar a los niños a adoptar conductas mentales saludables, como alabar a un niño que muestra autocontrol cuando está enojado, levanta la mano en lugar de interrumpir cuando desea hablar, o muestra buenos sentimientos hacia un compañero. La clave es concentrarse en las conductas positivas, inclusive como manera de controlar las negativas. Por ejemplo, si un niño se porta mal, trate de reconocer a por lo menos tres niños que se están portando bien antes de atender al que se está portando mal. Es posible que en algunos casos haga falta crear situaciones en las cuales un niño pueda hacer algo bueno, por ejemplo ayudar a realizar una tarea (recoger los lápices).

A menudo los directores ven en sus oficinas a los estudiantes cuando éstos se encuentran en sus peores momentos. Trate de comenzar la interacción con algo positivo sobre el niño antes de tratar la conducta problemática. Reconozca la validez de los sentimientos que puedan esconderse detrás de las acciones. Ayude al niño a identificar algo que hace bien y, si es posible, relacione esa destreza con una tarea apropiada y alcanzable que pueda hacer en la oficina del director o en otro lugar bajo supervisión, hasta que pueda regresar al aula. Esté preparado. En colaboración con el psicólogo o el consejero de la escuela, cree actividades que sean efectivas en diferentes situaciones.

**Marcar una diferencia.** Los niños necesitan saber que pueden marcar una diferencia. Esto lo vemos en su vivo interés por ayudar en el aula o por leer los anuncios de la mañana. Estas conductas sociales crean autoestima, fomentan la conectividad, refuerzan la responsabilidad personal y presentan oportunidades de reconocimiento positivo. Es importante crear una variedad de oportunidades apropiadas a la etapa del desarrollo para contribuir, por ejemplo ayudar a insertar la tarea en las carpetas que los niños llevan a casa, ayudar a crear un boletín de anuncios, o ser “un amigo de 4to. grado.” Los niños pueden contribuir fuera de la escuela mediante actividades como el “Gran Club,” un grupo de estudiantes que visita a residentes en un hogar de ancianos una vez por semana. Actividades como ésta refuerzan la integración a la comunidad y también dan a los niños que no se destacan en la escuela la oportunidad de contribuir en el contexto más amplio del vecindario.

**Capacidad de recuperación y sentimiento de haber logrado algo.** La capacidad de recuperación es un ingrediente básico del éxito. Se refiere a la capacidad de recuperarse de un fracaso volviendo a orientarse, definiendo otra vez sus objetivos y siguiendo en la brecha. La investigación muestra que niños con factores de riesgo similares pueden alcanzar resultados diferentes según su capacidad de recuperación. Esto proviene no de una terquedad a ciegas sino de un sentido renovado de perseverancia. Los educadores pueden ayudar a los niños a crear capacidad

de recuperación asumiendo el papel de “fomentador,” alguien que reconoce la importancia de la derrota pero no permite que se le convierta en un fracaso personal. La clave está en ayudar a los niños a ver el panorama general y ayudarles a concentrarse en probar otra vez o, si hace falta, encontrar otros medios para lograr su objetivo. Este proceso les permite a los niños aceptar la responsabilidad por su esfuerzo, y al mismo tiempo tomar conciencia de su propio valor. También necesitan creer que el éxito proviene de sus propios esfuerzos. A menudo esto se conoce como autoeficacia o autodeterminación. Los niños que no tienen esta capacidad pueden tener menos capacidad de recuperación, ser demasiado dependientes de los demás, o tender a no aceptar responsabilidad por sus acciones porque no creen que tienen el control de sus acciones. Esta capacidad es válida para la actividad académica (por ejemplo, aprender a leer) y el funcionamiento social (ej. resolución de controversias). Podemos ayudar a los niños a definir un objetivo, identificar estrategias útiles y recursos personales, evaluar el progreso hacia la meta, determinar un período realista para alcanzar el éxito y juzgar cuándo necesitan ayuda. Es apropiado que los niños busquen ayuda una vez que han agotado su propia capacidad o reconocen que la situación va más allá de sus conocimientos.

**Fuente:** Reimpreso en parte con autorización de la National Association of School Psychologists [National Association of School Psychologists, NASP Asociación Nacional de Psicólogos Escolares], “The ABC’s of Children’s Mental Health” [El ABC de la salud mental infantil]. [www.nasponline.org/advocacy/SPAN/span\\_sep02\\_abc.html](http://www.nasponline.org/advocacy/SPAN/span_sep02_abc.html)

**El lector que desee más información la encontrará en:**

Australia’s Department of Health and Aged Care

Tel.: +1 800 624 065 (Mental Health Funding Programme)

[www.health.gov.au/hsdd/mentalhe/index.htm](http://www.health.gov.au/hsdd/mentalhe/index.htm)

(para información sobre Mind Matters [La mente importa], ver <http://online.curriculum.edu.au/mindmatters/index.htm>)

National Association of School Psychologists [Asociación Nacional de Psicólogos Escolares]

Success in School/Skills for Life [www.naspcenter.org/resourcekit/index.html](http://www.naspcenter.org/resourcekit/index.html), [El éxito en escuela/Destrezas para la vida, conjunto de materiales en línea sobre temas de salud mental] y programas escolares ejemplares en materia de salud mental. ([www.naspcenter.org/model.html](http://www.naspcenter.org/model.html)).

Tel.: +1 301 657 0270

The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, Administración de Servicios de salud mental y lucha contra el abuso de sustancias) Caring for Every Child’s Mental Health Campaign (Campaña de atención de la salud mental de todos los niños. Materiales para maestros)

Tel.: +1 800 789 2647

<http://www.mentalhealth.org/child/default.asp>

**Referencias:**

The Child Mental Health Foundations and Agencies Network (FAN, Red de agencias y fundaciones para la salud mental infantil)(2000). *A Good Beginning: Sending America's Children to School with the Social and Emotional Competence They Need to Succeed [Un buen comienzo: enviar a los niños estadounidenses a la escuela con la capacidad social y emocional que necesitan para alcanzar el éxito]*. Chapel Hill: University of North Carolina, FPG Child Development Center.

U.S. Department of Health and Human Services (2003). The Center on the Social and Emotional Foundations for Early Learning. Training Module 1: Promoting Social and Emotional Competence; Classroom Preventive Practices: Promoting Children's Success. [Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Centro para las bases sociales y emocionales del aprendizaje temprano. Módulo de capacitación número 1: Promoción de la capacidad social y emocional, prácticas preventivas en el aula: promoción del éxito entre los niños] tomado de <http://csefel.uiuc.edu/modules.html>, Abril 28, 2003.

Department of Health and Aged Care (2001, Departamento de salud y atención de la tercera edad). Informe anual2000-01. Canberra, Australia.

Mind Matters Evaluation Consortium (2000). *Report of the Mind Matters (National Mental Health in Schools Project) Evaluation Project*, vols. 1-4 [Consortio de evaluación La mente importa, proyecto nacional de salud mental en las escuelas, vols. 1-4]. Newcastle, Hunter Institute of Mental Health.

The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, Administración de Servicios de salud mental y lucha contra el abuso de sustancias) (2003). [www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov). Información tomada de su hoja electrónica, Abril 28, 2003.

**Se mencionan los siguientes documentos para que los maestros los distribuyan entre los padres. Su objetivo es fomentar el diálogo sobre la salud mental entre padres y maestros. Los maestros podrán encontrar más información en <http://www.mentalhealth.org/child/default.asp>**

## La salud mental de su hijo

Cuando un hijo tiene fiebre, uno recaba consejo médico. Lo más probable es que el niño pronto recuperará su personalidad activa y juguetona.

Los problemas de salud mental pueden ser más difíciles de reconocer. A nivel mundial, hasta un 20% de los niños tiene algún problema mental, emocional o conductual diagnosticable que puede llevar al fracaso escolar, la discordia en la familia, la violencia o el suicidio. Pero hay ayuda. Sin embargo, muchos niños con problemas de salud mental no reciben la ayuda que necesitan.

La salud mental es la forma en que pensamos, sentimos y actuamos. Es común que de vez en cuando los niños se sientan tristes o se porten mal. Si usted observa conductas preocupantes que parezcan persistentes y graves, es hora de tomar medidas. Las siguientes preguntas podrán ayudarle:

- ¿Su hijo se muestra enojado la mayor parte del tiempo? ¿Llora mucho? Reacciona exageradamente ante situaciones?
- ¿Evita su hijo el roce con amigos o familiares? ¿Quiere estar solo todo el tiempo? ¿Parece haber perdido interés en cosas que normalmente le agradan?
- ¿Su hijo rompe objetos, contraviene la ley, o tiene acciones que amenazan la vida? ¿A menudo lastima animales o personas? ¿Parece no interesarle cuando usted le explica que su conducta es negativa? ¿Consume alcohol u otras drogas?
- ¿Es su hijo muy miedoso? ¿Tiene temores inexplicables o se preocupa más que otros jóvenes?
- ¿Le cuesta concentrarse? ¿Súbitamente le cuesta tomar decisiones? ¿Sus calificaciones escolares muestran un marcado descenso?
- ¿Se siente su hijo obsesionado por su apariencia? ¿Está pasando por cambios sin explicación en sus hábitos de alimentación o sueño? ¿Se queja a menudo de dolores de cabeza, de estómago o de otros problemas físicos?
- ¿Siente su hijo que la vida es demasiado difícil, o habla del suicidio?

Si usted ha contestado “sí” a alguna de estas preguntas, hable con su médico de familia o pediatra sobre los sentimientos y la conducta de su hijo. Discuta con él o ella el posible efecto de recientes cambios importantes en su familia o comunidad. Juntos, tal vez decidan que su hijo y su familia necesitan la ayuda de alguien que tenga más capacitación en temas de salud mental. Padres, maestros y otros cuidadores pueden colaborar para complementar los puntos fuertes de su familia. Todas las familias tienen flancos fuertes a su favor.

Tal vez los aspectos positivos de su familia se comparten en funciones comunitarias a las que asisten con regularidad. Una actividad familiar como cocinar juntos puede ofrecer un momento de comunicación, así como de buena comida. Alentar el interés en actividades como el baloncesto, las ciencias o ayudar a un vecino pueden fortalecer lazos y crear destrezas. Fortalecer los aspectos ya fuertes de su familia puede proporcionar todo el apoyo que su hijo y su familia necesitan para lograr el éxito.

**Fuente:** Tomado de “Your Child’s Mental Health: What’s up Doc?” Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services. [“La salud mental de su hijo: ¿Qué pasa, doctor? Administración de Servicios de salud mental y lucha contra el abuso de sustancias, Centro de servicios de salud mental] Rockville, MD. Mayo 2002.

## La atención de su hijo

No hay una manera única y correcta de criar a un niño. Los estilos de crianza varían. Pero es importante que todos los cuidadores transmitan expectativas claras y coherentes para cada niño.

En el mundo de hoy, algunos padres pueden estar tan ocupados y estresados que a veces la crianza de los hijos queda en lugar secundario frente a problemas que pueden parecer más importantes. No obstante, ofrecemos algunas sugerencias que pueden ayudar a los padres a dar seguridad física y bienestar emocional.

- Haga todo lo que pueda para crear un hogar y una comunidad seguros para su hijo, así como comidas nutritivas, controles regulares de salud, vacunas y ejercicio.
- Conozca las etapas del desarrollo humano, para no esperar demasiado ni demasiado poco de su hijo.
- Anime a su hijo o hija a expresar sus sentimientos, y respételos. Hágale saber a su hijo que todo el mundo experimenta dolor, temor, enojo y ansiedad. Trate de averiguar de dónde vienen esos sentimientos. Ayude a su hijo a expresar la ira de manera positiva, sin recurrir a la violencia.
- Fomente la confianza y el respeto mutuos. Hable en voz normal aun cuando no esté de acuerdo. Mantenga abiertas las vías de comunicación.
- Escuche a su hijo. Use palabras y ejemplos que él pueda entender. Anímelo a hacer preguntas. Expresé su disposición a hablar de cualquier tema.
- Transmita seguridad y apoyo. Sea honesto. Concéntrese en lo positivo.
- Examine su propia manera de resolver problemas y de convivir con ellos. ¿Está usted dando un buen ejemplo? Pida ayuda si se siente abrumado por los sentimientos o las conductas de su hijo, o si no puede controlar su propio enojo y frustración.
- Aliente los talentos de su hijo y acepte sus limitaciones. Fije objetivos basados en las capacidades y los intereses de su hijo, no en las expectativas de terceros. Festeje los logros alcanzados.
- No compare las capacidades de su hijo con las de otros niños; celebre que su hijo es singular.
- Pase tiempo con su hijo con regularidad.
- Fomente la independencia y el valor de su hijo. Ayúdelo a lidiar con los altibajos de la vida. Muestre confianza en la capacidad de su hijo de resolver problemas y manejar experiencias nuevas.
- Aplique la disciplina de manera constructiva, justa y consecuente. (La disciplina es una manera de enseñar, no castigo físico.) Todos los niños y todas las familias son diferentes, averigüe qué es lo efectivo para su hijo. Muestre aprobación por las conductas positivas. Ayude a su hijo a aprender de sus errores.
- Ame sin condiciones. Enseñe el valor de las disculpas, del perdón, de la cooperación, de la paciencia y la consideración por otros.
- No espere la perfección, ser padre es un trabajo difícil.

**Fuente:** Reimpreso de “Caring for your Child” [La atención de su hijo]. Administración de Servicios de salud mental y lucha contra el abuso de sustancias, Centro de servicios de salud mental. Rockville, MD. 1998.

# GUÍA DEL CIUDADANO EN APOYO DE LA CREACIÓN DE UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL NACIONAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

## 1. INTRODUCCIÓN

Una reivindicación informada puede ser una herramienta clave en la promoción de políticas de salud y en el aumento de recursos que ayuden a crear comunidades más saludables. Esta promoción y defensa de políticas avanzadas en favor de mejores servicios de salud mental para niños y adolescentes adoptará diferentes formas en diferentes países, según factores como

### Resumen

La tarea de planificar y promover la creación y puesta en marcha de una política nacional de salud mental para niños y adolescentes es difícil y compleja. Una defensoría efectiva puede desempeñar un papel social y político importante y positivo en apoyo de una creación de políticas avanzadas. Las coaliciones existentes establecidas para promover la creación de políticas de salud mental para niños y adolescentes deben preparar a sus miembros para que cultiven relaciones positivas y colaborativas con líderes gubernamentales elegidos o nombrados administrativamente. Pocas son las coaliciones que alcanzan sus objetivos sin relaciones de apoyo constante por parte de los funcionarios a los que tratan de influenciar. También es crítico que las personas que quieren cambiar una política gubernamental entiendan claramente las reglas de su país sobre la acción de grupos de presión que desean ejercer influencia sobre la reforma legislativa y administrativa.

El borrador del documento creado por la Organización Mundial de la Salud, *Mental Health Policy and Service Guidance Package; Child and Adolescent Mental Health* <sup>6</sup> [Política de salud mental y paquete de orientación a servicios; salud mental para niños y adolescentes <sup>6</sup>], traza una serie de pasos que se pueden tomar para elaborar una política de salud mental para niños y adolescentes. Estos pasos pueden servir de hoja de ruta para coaliciones de ciudadanos que se propongan dicho objetivo:

- Paso 1: Averiguar las necesidades de la población.
- Paso 2: Acopiar pruebas para una política efectiva.
- Paso 3: Consultar y negociar.
- Paso 4: Intercambiar con otros países.
- Paso 5: Determinar la visión, los principios y los objetivos de la política.
- Paso 6: Determinar los campos de acción.
- Paso 7: Identificar las principales funciones y responsabilidades de los diferentes interesados y sectores.
- Paso 8: Realizar proyectos piloto.

Tomar la decisión de organizar y coordinar una coalición con la finalidad de promover la creación y la puesta en marcha de una política nacional de salud mental para niños y adolescentes es un punto fundamental para una organización de ciudadanos en defensa de la salud mental. Sin embargo, una iniciativa de ese tipo tiene el potencial de mejorar en gran medida la disponibilidad, el acceso y la asequibilidad de servicios de atención y tratamiento para ayudar a niños y adolescentes que experimentan trastornos mentales, emocionales y conductuales. El éxito de una promoción y defensa efectivas puede tener un efecto duradero sobre el país y sus ciudadanos.

- La estructura de los poderes ejecutivo y legislativo del país,
- Procedimientos aceptados para informar a funcionarios elegidos y nombrados sobre las necesidades de la ciudadanía, y
- La disponibilidad de organizaciones no gubernamentales con capacidad de organizar y apoyar campañas sostenidas sobre temas específicos.

Mediante estrategias de educación de pacientes y familias, las organizaciones con base en la comunidad pueden alcanzar dos objetivos:

- 1) Ayudar a las familias a entender mejor y apoyar a sus hijos que experimentan trastornos emocionales y conductuales, y
- 2) Comenzar a formar un grupo motivado y bien informado de ciudadanos que entienden la necesidad de servicios de salud mental insatisfecha de niños y adolescentes en su país y su comunidad, y que el mismo tiempo tienen un interés creado en apoyar esfuerzos para que se produzcan cambios y reformas.

Es posible que, en algunos países, la tarea de mejorar las políticas nacionales y los servicios para niños y adolescentes con necesidades de salud mental no satisfechas tenga que comenzar con la organización y presentación de programas de educación de pacientes y familias a nivel de la comunidad. Dichos programas hacen hincapié en informar y enseñar a los padres y familiares sobre los trastornos emocionales y conductuales que sus niños experimentan, incluidos cómo reconocer síntomas, cómo responder a ellos, qué tratamientos hay disponibles y cómo se los encuentra. Esta estrategia ayuda tanto a los niños afectados como a sus familiares a elaborar técnicas y estrategias para manejar el trastorno y sus efectos.

La educación de los pacientes puede ser algo tan sencillo como distribuir materiales fáciles de entender sobre los trastornos emocionales de niños y adolescentes, como por ejemplo las hojas informativas que se incluyen en el paquete del ***Día Mundial de la Salud Mental***, de la World Federación for Mental Health (2) o que se pueden obtener de numerosos sitios en Internet. También puede incluir organizar y presentar talleres comunitarios o apoyar la organización de reuniones regulares de padres que tienen niños o adolescentes con problemas emocionales.

La defensa de la causa de la salud mental puede adoptar diferentes formas en otros países, especialmente aquellos en los cuales la participación del público en la creación de leyes y políticas nacionales es la norma. En dichos países, las campañas organizadas formalmente a menudo se caracterizan por intensos esfuerzos para realizar cambios o reformas en la manera en que el gobierno resuelve las necesidades de la población. Esta *“Guía del ciudadano en apoyo de la creación de una política de salud mental nacional para niños y adolescentes”* se propone explicar por qué una política nacional es fundamental para mejorar la cantidad y la calidad de servicios de salud mental efectivos y accesibles para niños y adolescentes, y al mismo tiempo ofrecer algunas estrategias para generar apoyo ciudadano con base en la comunidad para el establecimiento de dichas políticas en su propio país.

## **2. POR QUÉ UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES ES IMPORTANTE**

La carencia de una política nacional en apoyo de los servicios de salud mental de niños y adolescentes con trastornos emocionales y conductuales en países de todas partes del mundo es una barrera grave cuando se trata de mejorar los servicios para tratar a jóvenes que lo necesitan. El hecho de que algunos gobiernos nacionales no adopten ni implementen políticas nacionales de salud mental impone una pesada carga sobre recursos financieros y programáticos que podría aliviarse con el establecimiento de una política efectiva.

Como señala la Organización Mundial de la Salud, en situaciones en las que no se ofrece una gama completa de servicios de salud mental, la sociedad experimenta más gastos en salud y servicios sociales, trastornos y pérdida de productividad. En los lugares en que no hay servicios apropiados, asequibles y accesibles, es posible que los niños y adolescentes con trastornos mentales

- Recurran excesivamente a atención en instituciones costosas y poco efectivas,
- Reciban tratamiento parcial por trastornos que luego persisten,
- Continúen drenando recursos financieros y humanos, o
- Acaben enredados en el sistema de justicia penal o juvenil.

Otros beneficios de una política efectiva de salud mental para niños y adolescentes son las oportunidades de promover el bienestar mental y emocional de los jóvenes, así como facilitar la prestación de servicios a un sector de la población que en muchos casos excede el 50% de la población total (menores de 15 años de edad) en países en vías de desarrollo <sup>1</sup>.

Uno de los principales objetivos que guía la selección del tema para la campaña del **Día de la Salud Mental 2003** es animar a organizaciones de promoción de la niñez y la salud mental a fomentar el establecimiento de políticas de salud mental para niños y adolescentes en el gobierno de sus países.

Una política integral de salud mental para niños y adolescentes, como parte de una política general de salud mental en todo el país o como parte de una política de salud infantil puede fomentar la estructura necesaria de servicios, capacitación y asignación de recursos suficientes que beneficien los sistemas nacionales de atención de la salud <sup>1</sup>. La adopción de dicha política puede, como queda establecido en el Resumen Ejecutivo del gobierno de Sudáfrica titulado *Directrices de políticas para la salud mental de niños y adolescentes* <sup>3</sup>, “sirve de marco para establecer servicios de salud mental para niños y adolescentes a los niveles nacional, provincial y local ...” Como se bosqueja en el Resumen Ejecutivo (page 4), la política de Sudáfrica se concentra en:

1. Desarrollo óptimo como base de la salud mental del niño;
2. La interrelación entre los diversos campos del desarrollo y la capacidad;
3. Períodos críticos de oportunidad y riesgo – la vida es un continuo, y la medida en que se aprovecha una etapa del desarrollo depende en parte del logro satisfactorio de las tareas asociadas con las etapas anteriores;
4. Factores socio-culturales que dan forma e influyen sobre la cognición, la actitud, el afecto y la conducta, y que a su vez determinan la salud mental y guían las estrategias de intervención;
5. El hecho de que ciertos grupos de niños y adolescentes sean más vulnerables a los problemas de salud mental que otros (por ejemplo, niños de hogares pobres, niños con VIH positivo o que tienen anomalías genéticas o cromosómicas);
6. La importancia central del género biológico – por ejemplo, el género influye sobre la vulnerabilidad por la discriminación <sup>3</sup>.

### **3. RAZONAMIENTO PARA CREAR UNA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

El Proyecto de la OMS sobre Políticas de Salud Mental ofrece el siguiente razonamiento para establecer e implementar una política nacional de salud mental de niños y adolescentes:

- Existe una carencia prácticamente mundial de políticas nacionales de salud mental para niños y adolescentes.
- Los datos epidemiológicos actuales indican una prevalencia casi universal de un 20% de niños y adolescentes menores de 18 años con un trastorno mental diagnosticable. 3 – 4% de este grupo tienen un trastorno grave que requiere tratamiento especializado.
- Existe un número considerablemente mayor de niños con problemas de desarrollo que tienen un trastorno mental colateral pero no diagnosticable.

## **BENEFICIOS DE UNA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Una política identificable de salud mental para niños y adolescentes facilitará:

- Una utilización más eficiente de servicios para el niño y la salud mental mediante la promoción de un uso más efectivo de recursos escasos, enfocando el desarrollo de un continuo de atención en el marco menos restrictivo, y reduciendo el tratamiento inadecuado y que genera derroches.
- Mayor capacidad de servicio mediante un mejor uso del personal, una mejor utilización de las instalaciones, una mejor rendición de cuentas por gastos financieros, y una reducción de la duplicación de servicios.
- Establecimiento de un punto de enfoque para el debate de temas relativos al tratamiento apropiado de niños, con implicancias más amplias para el sistema de atención de la salud.
- Aumentar el aporte de padres y comunidades acerca de la salud mental de niños y adolescentes <sup>1</sup>.

- Una política nacional amplia de salud mental para niños y adolescentes puede facilitar el acopio de datos epidemiológicos más precisos que son esenciales para la elaboración de programas de tratamiento y prevención adaptados a las necesidades del país.

“Sin una guía de salud mental para niños y adolescentes, hay un peligro real de que surjan o se mantengan sistemas de atención fragmentarios e inefectivos. En dicho caso, es inevitable que grupos y agencias que compiten entre sí ofrezcan un producto no del todo adecuado a costos que exceden las expectativas. Por otro lado, una buena planificación y un desarrollo colaborativo de políticas puede reducir costos y ofrecer un continuo de atención que beneficia al destinatario...el niño, el adolescente, la familia y la comunidad”<sup>1</sup>.

## **CONVENCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO**

Llevar a la práctica los principios y las disposiciones de la Convención de la Organización de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño puede tener un efecto importante sobre muchos elementos de los servicios de salud de niños y adolescentes; entre los más importantes se cuentan:

- Medidas para mantener la confidencialidad
- Controles estrictos sobre la internación involuntaria
- Garantía de acceso a familiares
- Eliminación de tratamientos coercitivos, como terapia por electroconvulsión, privación injustificada de movimiento, y exceso de medicación o medicación inadecuada
- Restablecimiento de derechos cuando no hay pruebas de trastorno mental
- Protección de las personas con enfermedad mental contra tratamientos abusivos.

Para más información sobre la Convención de la Organización de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, visite el sitio electrónico del UNICEF: [www.unicef.org/crc.htm](http://www.unicef.org/crc.htm)

## 4. ALGUNOS PRINCIPIOS RECTORES CON ELEMENTOS DE UNA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

### Financiamiento

“En cuanto a todos los servicios de salud mental, el financiamiento sostenido es un factor crítico. Para la salud mental de niños y adolescentes, la extensión de algunas intervenciones hace que el financiamiento sostenido sea aún más crítico.”<sup>1</sup>

- Todas las fuentes de financiamiento de niños y adolescentes deben reconocer que el compromiso es al largo plazo para que se vean resultados positivos.
- La presupuestación para los servicios de salud mental de niños y adolescentes debe ofrecer incentivos para que haya colaboración entre sistemas que tienen el potencial de competir entre sí.
- El financiamiento debe fomentar la creación de un continuo de atención.<sup>1</sup>

### Legislación y derechos humanos

“Una política de salud mental para niños y adolescentes tiene su mayor efectividad cuando abarca un marco que se relaciona con el desarrollo del niño y entiende sus derechos. Dicho método presenta desafíos, pero puede facilitar la formación de políticas que se adaptan a las comunidades y las culturas, así como a la trayectoria prevista de un desarrollo saludable. Este marco hace hincapié en el aspecto de promoción de la salud por el lado de las iniciativas mentales y apoya la creación de enlaces hacia otras partes del sistema de salud, lo cual puede resultar en la reducción del estigma a menudo asociado con los trastornos mentales y emocionales.”<sup>1</sup>

### Reivindicación

El activismo a favor de la salud mental de niños y adolescentes entre padres, profesionales y los propios adolescentes ha creado una nueva conciencia en los cuerpos legislativos en países en vías de desarrollo y la necesidad de servicios y una política de salud mental para niños y adolescentes. Activismo o promoción de una causa no debe confundirse con posición adversarial, sino que más bien puede facilitar la comprensión de los temas, generar apoyo a nuevas iniciativas y transmitir al público en general el razonamiento en que se apoyan las decisiones tomadas por cuerpos gubernamentales.”<sup>1</sup>

- Los grupos de presión entre los padres se forman como resultado de la atención internacional a trastornos específicos como el autismo. Es útil apoyar a estos grupos, ya que son aliados en la elaboración de una política nacional.
- Los adolescentes como abogados de sus propios intereses e inquietudes deben ser reconocidos con respeto y tener voz en las deliberaciones para la formulación de políticas.

### Aumento de la calidad

“Las pruebas dan un poderoso incentivo para instituir y mantener servicios de salud mental de alta calidad para niños y adolescentes. Hacer lo contrario es arriesgarse a gastar grandes sumas de dinero en programas cuyo nivel de satisfacción no se conoce, que utilicen servicios no apropiados o pasados de actualidad, o que no apoyen el continuo de atención deseado.”<sup>1</sup>

- Los servicios de calidad para niños y adolescentes son efectivos en función de sus costos.
- La calidad de los servicios se puede fiscalizar mediante diversos indicadores y mecanismos administrativos.
- Toda agencia que fiscalice la calidad hará bien en incorporar la participación de los padres en el desarrollo y la supervisión de las guías de calidad.

### Organización de los servicios

“La elaboración de servicios de calidad para niños y adolescentes presenta un reto aun para los países más adinerados y desarrollados. Sin embargo, la creación de servicios efectivos no depende del dinero o del

desarrollo de un país, sino de la voluntad y la creatividad para aumentar las fortalezas locales, juntar recursos y reforzar el compromiso a incorporar a las personas con trastornos mentales en la comunidad.”<sup>1</sup>

- Los servicios de internación o de tratamiento externo, escolar o de servicio social, si son aislados, no son efectivos.
- Establecer un continuo de atención.
- Los componentes de servicio para un continuo de atención incluyen:  
Base en la comunidad
  - 1) Servicios de tratamiento externo (público y privado)
  - 2) Servicios de atención parcial
  - 3) Servicios de visita al hogar
  - 4) Residencias de atención
  - 5) Centros de atención de día
  - 6) Centros juveniles
  - 7) Servicios con base en la escuela
  - 8) Servicios de consulta
  - 9) Manejo de los casos activos

#### Institucional

- 1) Camas psiquiátricas en:
  - a. Hospitales generales
  - b. Hospitales pediátricos
  - c. Hospitales psiquiátricos

- Transparencia en el presupuesto.
- Hacer que los padres y la comunidad participen en la planificación.
- Incluir servicios patrocinados por organizaciones no gubernamentales (ONG) en un plan integral.
- Incluir planificación para componentes de prestación de servicios específicos que tratan características y preocupaciones de la población y de sectores demográficos específicos.

### **Planificación y presupuestación para la prestación de servicios**

“La planificación racional de servicios de salud mental para niños y adolescentes requiere información adecuada sobre las necesidades de servicios a nivel local y nacional, la asignación actual de fondos en los sectores pertinentes de la economía y en ramas pertinentes del gobierno y el sector privado, y datos demográficos y epidemiológicos básicos sobre niños y adolescentes.”<sup>1</sup>

La planificación y presupuestación para una entrega efectiva de servicios debe tratar los siguientes elementos:

- Evaluación de necesidades para garantizar que los planes nacionales respondan a las necesidades específicas de cada país.
- Recursos humanos y capacitación, teniendo en cuenta la escasez mundial de médicos clínicos con conocimientos de salud mental de niños y adolescentes y la necesidad de incrementar la capacitación de enfermeras, asistentes sociales y otros para que tengan las destrezas necesarias para trabajar independientemente o bajo supervisión.

*“Al comenzar cualquier campaña, conozca a fondo los datos y trate de anticipar los tipos de preguntas que le van a hacer. Destacar de manera positiva ante la comunidad los valores y logros de su organización ayudará a movilizar la iniciativa e impedirá que discusiones tontas o inútiles que saboteen su esfuerzo.”<sup>(4)</sup>*

- Investigación y evaluación concentradas en problemas culturalmente específicos prioritarios para el país y su población.

## 5. ESTRATEGIAS PARA PROMOVER LA ELABORACIÓN DE UNA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Una acción efectiva requiere **Conocimiento, Colaboración, Planificación y Perseverancia**.

- A fin de organizar y llevar adelante una iniciativa que lleve a buenos resultados, se requiere un **Conocimiento** a fondo de las necesidades de salud mental de niños y adolescentes en el país, la forma en que se las está tratando, las lagunas que existen en el sistema de atención de la salud mental, el clima político y económico del país, y los potenciales aliados dentro de agencias y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.
- Organizar una campaña o iniciativa de política pública no es tarea para “una persona” ni “una organización”. Para crear una política nueva o mejorar la ya existente se requiere una amplia base de **Colaboración** en la base, con representación de una amplia gama de interesados– padres, profesionales, organizaciones públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales y formuladores de políticas. Es importante reconocer que muchos de los miembros de la coalición tendrán intereses en conflicto y objetivos diferentes que deben ser reconocidos, respetados y manejados si es que se ha de lograr el éxito.

*“Se necesitará perseverancia para superar antiguas actitudes que tal vez algunas personas sientan hacia los problemas de salud y de la comunidad, y hasta una posible resistencia al cambio. Crear comunidades saludables a veces significa transar con grupos cuyos objetivos pueden no ser idénticos a los de uno.”<sup>(4)</sup>*

- **La Planificación** es el corazón de toda iniciativa de fomento de una política pública que llega a buen fin. La planificación incluye realizar evaluaciones de necesidades para alcanzar el conocimiento sobre el cual formular objetivos, metas y estrategias para la iniciativa. Entraña reclutar a los participantes y colaboradores clave dispuestos a aunar fuerzas alrededor del tema, la identificación de legisladores bien colocados y parlamentarios que puedan actuar “desde adentro” en pro de las metas de la iniciativa, y la elaboración y ejecución de un plan de acción bien planeado. La planificación también incluye atraer a grupos de base durante etapas cruciales del proceso, así como las voces colectivas de padres, profesionales y ciudadanos interesados para que se hagan oír por funcionarios públicos en puestos con poder de decisión.
- Es sumamente raro que una iniciativa de fomento de una política pública, especialmente la que se propone establecer una nueva dirección para una política de estas dimensiones, alcance el éxito al primer intento. Los que tienen experiencia en defender causas reconocen que lograr avances de envergadura en política pública nacional requiere mucha paciencia y **Perseverancia**. Los abogados efectivos reconocen que
  - El asunto que a ellos les interesa no siempre es lo más importante que la legislatura tiene entre manos,

*“Los abogados de una causa deben tener sus metas bien claras, y luego identificar a sus partidarios, oposición si la hay, y personas claves encargadas de adoptar decisiones a las que se debe influenciar.”<sup>(4)</sup>*

- Puede haber presiones económicas, sociales y políticas contra los objetivos de la iniciativa, o
- Todavía tienen que establecer una base amplia y fuerte para que su tema de interés adquiera prominencia en el temario de los encargados de formular políticas.

La **Perseverancia** se refiere a la capacidad de mantenerse fiel a las metas de la iniciativa, mantener y fortalecer la coalición, y continuar la difícil tarea de educar y convencer a encargados clave de formular políticas de la necesidad y el valor de las metas y objetivos de la iniciativa.

## 6. CÓMO COMENZAR A TRABAJAR EN UN PLAN DE ACCIÓN

Cuando una organización tal como una asociación nacional de salud mental toma la decisión de liderar la creación de una coalición para promover el desarrollo de una política nacional de salud mental para niños y adolescentes, ¿cuáles son algunos de los pasos estratégicos que se deben dar? La siguiente lista ofrece algunas sugerencias para comenzar.

- El cuerpo regente de la organización debe adoptar la meta de crear una política nacional de salud mental para niños y adolescentes, así como convocar y mantener una coalición para alcanzar el objetivo, como la prioridad número uno de la organización. Se debe adoptar un compromiso formal de apoyar la coalición durante todo el tiempo que haga falta para alcanzar la meta.
- La organización patrocinante debe identificar y reclutar a los principales líderes de la coalición, incluido su presidente, y asignar personal en apoyo de la tarea de la coalición.
- El liderazgo de la coalición debe identificar y reclutar a representantes de organizaciones clave interesadas en el tema para que se afilien a la coalición. Una vez que se ha reclutado a los miembros, éstos deben determinar el proceso de establecer la estructura, el financiamiento, las operaciones y la gestión de la coalición, y convenir en él.
- Una vez que la coalición ha establecido su estructura y procedimientos, debe elaborar un plan de acción y fijar las estrategias por las cuales trabajará para alcanzar su meta.

## 7. CREACIÓN DE UNA ESTRATEGIA PARA PROMOVER UNA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES MEDIANTE LA PARTICIPACIÓN DE LAS FAMILIAS

Las organizaciones y los grupos que trabajan en temas de salud mental están compuestos por individuos de los cuales se espera que hablen con autoridad y formulen recomendaciones basándose en su experiencia y conocimientos. Ya sean grupos de consumidores, asociaciones de salud mental u organizaciones de profesionales que prestan servicios de salud mental, sus miembros aportan una perspectiva especial forjada en la participación personal y la comprensión.

Cuando los familiares de niños y adolescentes con trastornos emocionales y conductuales participan en coaliciones formadas para promover una política de salud mental progresista, aportan integridad al trabajo del grupo con información pertinente con base en la realidad y que es culturalmente apropiada, desde una perspectiva que nadie más tiene. Sin embargo, reclutar a familiares dispuestos a adoptar el compromiso y mantenerlo en el tiempo puede ser una tarea difícil.

¿Cómo pueden organizaciones como las nacionales de salud mental atraer y mantener a familiares como miembros de una coalición creada para promover y defender una política nacional de salud mental para niños y adolescentes de su país? Presentamos algunas sugerencias prácticas de la Federación de Familias en pro de la Salud Mental de los Niños <sup>5</sup>:

- Comunicarse y atraer a familiares con métodos directos e indirectos. Los indirectos incluyen comunicarse con organismos estatales y locales que trabajan con niños y adolescentes con problemas emocionales y conductuales, organizaciones de servicio a familias, prestadores de servicios de salud mental y escuelas para identificar a padres que participan en consejos asesores o que son reconocidos como promotores efectivos. Métodos más directos para establecer contacto

con las familias incluyen patrocinar o asistir a conferencias, reuniones o debates públicos sobre salud mental infantil, o patrocinar foros públicos de discusión u otros eventos que fomenten la toma de conciencia sobre los objetivos y los logros de la coalición. Usar los medios de comunicación masiva para dar publicidad a la creación, los logros y las estrategias de la coalición es otra manera de llegar a los padres de niños y adolescentes con problemas de salud mental y de fomentar su participación.

- Una vez que se ha establecido el contacto con los familiares y que se ha atraído su interés, un representante de la coalición debe reunirse con ellos para:
  - Explorar esperanzas e inquietudes comunes.
  - Explicar la importancia de crear una política nacional de salud mental para niños y adolescentes – especialmente para ellos y sus hijos.
  - Explicar las finalidades del grupo de políticas.
  - Discutir su interés en participar, sus expectativas y lo que necesitan para poder participar.
  - Ayudarles a entender la estructura de la coalición, cómo se toman las decisiones y cómo se realizan las actividades.
  - Describir la composición de la coalición (organizaciones miembros, dirigencia, principales grupos afiliados).
  - Proveer información sobre los diversos niveles de participación en el trabajo de la coalición (enviar cartas y llamar telefónicamente a encargados de formular políticas, hacer presentaciones públicas, asistir a reuniones e interpelaciones en la legislatura, etc.).
  - Establecer nexos entre la coalición y los grupos familiares y otras organizaciones en las cuales ya hay familias activas.
- Aparte de establecer relaciones con la coalición, es fundamental que las organizaciones de familias sepan las realidades del ambiente en el cual la coalición hace su trabajo. Los factores internos y externos (intereses personales o de la organización, temas competitivos entre miembros de la coalición, el clima político y la forma en que éste afecta los esfuerzos de la coalición) pueden afectar la forma en que la coalición fija sus prioridades y toma sus decisiones.
- Las coaliciones y los grupos de políticas que tienen acceso a recursos flexibles, tangibles y prácticos están mejor preparados para satisfacer las necesidades individuales de sus familias asociadas. Es esencial que los representantes de las familias reciban capacitación para que puedan participar con efectividad en las actividades de fomento de las políticas.
- Las familias con niños y jóvenes con problemas de salud mental tienen su tiempo muy ocupado. Las coaliciones deben ser flexibles y creativas para encontrar horarios y lugares de reunión que se adapten a las necesidades de las familias. Muchas coaliciones se están comunicando por Internet y correo electrónico.
- Las coaliciones que trabajan sobre un tema de interés nacional como crear una política de salud mental para niños y adolescentes deben evitar la apariencia del “botón de muestra” que podría surgir si se limitara la representación de familiares o de organizaciones de familias. Cuando se tratan temas nacionales, es especialmente importante tener representación familiar de todas partes del país– rurales y urbanas, de subgrupos culturales, y de grupos que reflejan diferentes tipos de trastornos emocionales y conductuales en niños y adolescentes (autismo, TDAH, depresión).
- Muchas familias no pueden pagar los gastos adicionales que significa una participación activa en una coalición nacional. Estipendios y reembolsos por cuidado de personas dependientes, transporte, alojamiento y alimentos cuando se viaja a reuniones de la coalición o a prestar testimonio ante comités de la legislatura pueden ser la diferencia crítica para muchas familias, y testimonian la importancia de su participación en la coalición.

- Compartir información.
- Manifestar validación y agradecimiento.
- Mantener la participación de las familias.

### Recursos y referencias

Se emplearon las siguientes fuentes y referencias, citadas y adaptas en la preparación de esta guía

**1) WHO Mental Health Policy Project: Child and Adolescent Mental Health: Outline for Guidance Module**, ©2001, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva, Switzerland) *(Citado con permiso. Este documento está en borrador y es posible que la versión final difiera de los extractos usados en esta publicación.)*

**2) World Mental Health Day 2003 Global Mental Health Education Campaign**, World Federation for Mental Health, Alexandria, Virginia, USA ([www.wmhd.net](http://www.wmhd.net))

**3) Policy Guidelines for Mental Health of Children and Adolescents**, Directorate of Mental Health and Substance Abuse, Department of Health, Republic of South Africa, Enero 2001

**4) Promoting Mental Health and Wellbeing, "Advocacy: Some Hints"**, VicHealth, New South Wales Health Department, NSW, Australia ([www.togetherwedobetter.vic.gov.au](http://www.togetherwedobetter.vic.gov.au))

**5) Involving Families in Policy Group Work**, Tip Sheet prepared by The Federation of Families for Children's Mental Health, Alexandria, Virginia USA, Septiembre 2001 ([www.ffcmh.org](http://www.ffcmh.org)).

**6) Mental Health Policy and Service Guidance Package: Child and Adolescent Mental Health**, ©2002, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, Ginebra, Suiza: *(Citado con autorización. Este documento está en borrador y es posible que la versión final difiera de los extractos usados en esta publicación.)*

**7) Project ATLAS: A Project of the Department of Mental Health and Substance Dependence**, World Health Organization, Ginebra, Suiza ©2002 WHO

**8) Influencing Your State Legislature, Advocacy Primer**, National Mental Health Association (US), Washington, DC

*World Federation for Mental Health 2003*

*Los datos contenidos en este documento se ofrecen para información. La presentación del material en esta publicación, incluido el tomado de otras organizaciones citadas o incluidas con reconocimiento, no implican absolutamente ninguna opinión por parte de la WFMH acerca de las políticas de los países o las organizaciones mencionadas, ni apoyo a las políticas o la información citada. La WFMH no garantiza que la información contenida en esta publicación sea completa y correcta, y no se hace responsable por daños que puedan resultar de su uso.*

## PLAN DE ACCIÓN PARA UNA COALICIÓN EN DEFENSA DE UNA POLÍTICA

Un plan de acción para una coalición podría incluir, entre otros, los siguientes pasos y estrategias:

- Preparar un enunciado en el que se mencionen las metas y los objetivos de la coalición, se presente el razonamiento para crear e implementar una política nacional de salud mental para niños y adolescentes, se resuma la situación actual de la salud mental de niños y adolescentes (incidencia, carga de la enfermedad, disponibilidad actual de servicios, lagunas en los servicios, necesidades insatisfechas) para el país, y se describan los beneficios de dicha política para los ciudadanos del país.
- Fijar la fecha y celebrar una conferencia de prensa para anunciar la creación de la coalición y dar a conocer el enunciado a fin de explicar las razones para fomentar una política nacional, y describir el beneficio potencial para los ciudadanos del país de adoptar e implementar dicha política.
- Fijar la fecha y celebrar reuniones con funcionarios gubernativos electos y nombrados para explicar las metas de la coalición, presentar el enunciado, establecer relaciones de trabajo positivas y cultivar el apoyo para la adopción de una política nacional de salud mental para niños y adolescentes.
- Abogar por el establecimiento de una comisión asesora ad hoc al Ministerio de Salud o al cuerpo legislativo para dar forma a una política de salud mental económicamente sensata, asequible, apropiada y que responda a las necesidades de niños y adolescentes.
- Abogar por que se destinen fondos en apoyo de la comisión asesora ad hoc y a la preparación de un informe sobre la condición de salud mental de niños y adolescentes y la necesidad de formular una política nacional de salud mental para niños y adolescentes.
- Planificar, fijar fecha y realizar un foro de información y un “Día de apoyo a la salud mental de niños y adolescentes” en la capital en conmemoración del Día Mundial de la Salud Mental. Invitar a legisladores para que asistan al foro y/o organizar visitas personales a sus representantes para mostrarles el enunciado de la coalición y animarlos a apoyar sus metas y objetivos.
- Promover el establecimiento en el Ministerio de Salud de una oficina de salud mental de niños y adolescentes, o su equivalente en la División de Salud Mental u otro organismo gubernamental apropiado.
- Animar a los líderes de los comités legislativos o parlamentarios apropiados para que celebren audiencias públicas sobre las propuestas y elaboren y adopten una política nacional de salud mental para niños y adolescentes.
- Trabajar en concierto con una comisión asesora ad hoc en el Ministerio de Salud para crear borradores de propuestas específicas para que la legislatura establezca una política nacional de salud mental para niños y adolescentes.
- Proporcionar ejemplos de políticas actuales que hayan sido adoptadas e implementadas por otros países (especialmente países de tamaño y características demográficas similares). El *ATLAS* de la OMS puede ser un recurso útil para esta estrategia.
- Promover el patrocinio y la adopción de la propuesta de política preparada por la comisión asesora ad hoc.
- Organizar campañas de cartas (y/o correos electrónicos) entre miembros de la coalición, familiares, profesionales, y ciudadanos en los que se exhorte a los responsables a aprobar las leyes o la acción administrativa necesaria para la adopción de la política propuesta.

## **Directrices de Políticas para la Salud Mental de Niños y Adolescentes en Sudáfrica: Marco para la Acción**

Las “*Directrices de Políticas para la Salud Mental de Niños y Adolescentes en Sudáfrica*” (Departamento de Salud, República de Sudáfrica, enero 2001), ofrece diversos principios rectores, estrategias y recomendaciones cuya intención es orientar a los departamentos provinciales de salud para tratar las necesidades de salud mental de niños y adolescentes. Las directrices sirven de ejemplo de los elementos que se deben incluir en una propuesta de política a nivel nacional.

### **Conceptos rectores**

Las directrices se basan en los siguientes conceptos rectores:

- Un desarrollo óptimo sienta las bases de la salud mental de niños y adolescentes.
- Los problemas se interrelacionan.
- Existen períodos críticos de oportunidad y riesgo.
- Los factores socioculturales afectan e influyen sobre la conducta y la salud mental.
- No todos los niños y adolescentes son igualmente vulnerables.
- Las consideraciones de género son importantes.

### **Legislación actual y marco de políticas**

Las directrices para los servicios de salud mental de niños y adolescentes se vieron influenciadas por diversas políticas ya existentes, tratados y leyes, los cuales directa o indirectamente afectan la salud mental de niños y adolescentes, incluidos:

- La Constitución de la República de Sudáfrica, 1996 (La Sección 28 define los derechos específicos de los niños de ese país).
- Programa de Reconstrucción y Desarrollo de Sudáfrica (contiene una serie de metas nacionales para los niños).
- Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (ratificada por Sudáfrica en 1995, por la cual el gobierno se comprometió a mejorar las oportunidades de supervivencia, protección y desarrollo de los niños sudafricanos).
- Documento informativo para la transformación del sistema de salud en Sudáfrica (encarga al Directorio: Salud Mental y Abuso de Substancias a mejorar y promover el bienestar psicosocial de la población).
- Ley 74 de 1983 sobre la atención infantil, enmendada (el principal estatuto para la protección de los niños).
- Directrices de Políticas Nacionales de Salud para una mejor Salud Mental en Sudáfrica.
- Ley de Atención de la Salud Mental, 2000.

### **Visión y misión para los servicios de salud mental de niños y adolescentes**

Las directrices especifican una visión clara apoyada por una serie de enunciados que tratan la dirección y los resultados deseados para los programas de salud mental de niños y adolescentes.

### **Estrategias generales de intervención**

Las directrices esbozan estrategias generales que abarcan:

- Promoción de un ambiente culturalmente sensible, seguro y que ofrezca respaldo.
- Proporcionar información.
- Crear destrezas.
- Asesoría y orientación.
- Acceso a servicios de salud.

### **Ubicación para la intervención general**

Las directrices identifican el hogar y la familia, la escuela e instalaciones de salud como los lugares para la intervención primaria que deben atender los servicios y las estrategias de intervención.

### **Áreas prioritarias**

La sección final del plan discute tres aspectos prioritarios seleccionados como depositarios de énfasis: alcohol y otras sustancias, abuso infantil, y discapacidad intelectual. Se presentan ejemplos de la forma en que los principios y las estrategias descritos arriba se pueden aplicar a cada uno de los aspectos prioritarios para niños en circunstancias difíciles.

(3) *Directrices de políticas para la salud mental de niños y adolescentes, Departamento de Salud, República de Sudáfrica, enero 2001.*

# CÓMO DAR PUBLICIDAD A SUS ACTIVIDADES

Los siguientes materiales le ayudarán a preparar información sobre el Día Mundial de la Salud Mental 2002. Incluimos muestras de cartas y sugerencias para entender a los medios de comunicación masiva y trabajar con ellos. Estableciendo y manteniendo buenas relaciones con la prensa local, usted tendrá la seguridad de que los temas de salud mental se tratan de manera correcta y sensible.

## I. Para entender a los medios de prensa

Los tres elementos más importantes en un buen artículo son la acción, las personas y la substancia. Procure hacer coincidir su mensaje con las necesidades de la prensa, y ocúpese de que la información llegue a destino en fecha oportuna. A fin de preparar actividades y mensajes apropiados, pregúntese:

- ¿Qué objetivo(s) quiero alcanzar con las actividades del Día de la Salud Mental?
- ¿A quién va destinado mi mensaje?
- ¿Qué mensajes debo preparar y transmitir para que el público destinatario realice los cambios deseados?
- ¿Qué papel deseo yo que la comunidad en general desempeñe?
- ¿Qué métodos serían efectivos y económicos para lograr los objetivos mencionados?

## II. Sugerencias para el éxito

- Busque la manera de relacionar las actividades locales con una campaña o celebración nacional.
- No deje de dar la información de manera tal que el público en general la entienda. Evite el uso de terminología profesional que pueda confundir al público.
- Conozca los datos sobre el Día Mundial y el tema del año, y téngalos listos para debatirlos y enviárselos por FAX a los periodistas y otros interesados.
- Considere la posibilidad de tener una estación de radio o televisión como patrocinador de sus actividades. Esto realzaría el compromiso de la estación con la comunidad y generaría publicidad gratuita para las actividades de su organización.
- Use el tema del Día Mundial para atraer la atención de la prensa y del público. Úselo en todos los materiales, desde invitaciones hasta encabezamientos de fax, membretes de cartas, conjuntos de materiales para la prensa y banderines o carteles.
- Mantenga la comunicación con sus contactos en la prensa, aun después de terminadas las actividades. Agradézcales por haberse ocupado de su organización. Manténgalos al tanto de situaciones nuevas y de la información que reciba. Recuerde que se trata de establecer relaciones para el largo plazo, y de facilitarles el trabajo manteniéndolos al corriente.

# MUESTRA DE NOTA DE PRENSA

PARA PUBLICACIÓN INMEDIATA

Para más información comuníquese con:

## EL DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL SE CONCENTRA EN LOS NIÑOS Y LOS ADOLESCENTES

\_\_\_\_\_ se complace en anunciar planes para conmemorar el Día Mundial de la Salud Mental 2003 el 10 de octubre (***describir aquí las actividades planeadas***)

El tema del ***Día Mundial de la Salud Mental 2003, Trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes***, concentra la atención de todo el mundo en la identificación, el tratamiento y la prevención de trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes. El Día Mundial de la Salud Mental es un proyecto mundial de educación en salud mental de la Federación Mundial de Salud Mental, y se conmemora en más de 100 países el 10 de octubre.

La selección de este tema refleja la necesidad de aumentar la conciencia del público sobre los devastadores efectos de los trastornos mentales y emocionales en niños y adolescentes. Uno de los objetivos de la campaña del Día Mundial de la Salud Mental de este año es fomentar los esfuerzos de reivindicación que promuevan una política pública avanzada, aumenten la disponibilidad de servicios de tratamiento y desarrollen e implementen estrategias preventivas efectivas para reducir el sufrimiento de los niños y sus familias.

Por cierto, la necesidad es grande. Según la Organización Mundial de la Salud, en todo el mundo hay un 20% de niños y adolescentes que sufren de una enfermedad mental debilitante, pero sólo uno de cada cinco recibe la ayuda que necesita. Los programas y actividades planeados por

\_\_\_\_\_ para conmemorar el Día Mundial de la Salud Mental en \_\_\_\_\_ ayudarán a los miembros de nuestra comunidad a entender mejor las necesidades de niños y adolescentes que experimentan problemas emocionales y conductuales, a alentar a los padres a buscar ayuda de los profesionales de la salud mental para ayudar a sus hijos, y exhortar a funcionarios gubernamentales a planear y financiar los servicios necesarios para tratar con efectividad y prevenir los problemas de salud emocional de los jóvenes.

Según \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, el “Día Mundial de la Salud Mental” es un acontecimiento importante en nuestra comunidad porque ayuda a todos a conocer más sobre los temas de salud mental y los anima a apoyar mejores servicios y políticas para beneficio de los niños y sus familias. Animamos a todos a participar en los eventos del Día Mundial de la Salud Mental.”

El lector que desee más información sobre \_\_\_\_\_ y las actividades del Día Mundial de la Salud Mental puede comunicarse con \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_.

#####

# MUESTRA DE NOTA DE PRENSA O CARTA A LA REDACCIÓN

PARA PUBLICACIÓN INMEDIATA

Para más información, comúníquese con:

## LA SALUD EMOCIONAL DE LOS JÓVENES NECESITA NUESTRO APOYO

La/El \_\_\_\_\_ anuncia sus planes para conmemorar el Día Mundial de la Salud Mental 2003 el 10 de octubre. El tema de este año se concentra en los trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes, y presentará información sobre un tema al que todos— padres, maestros, profesionales de la salud y funcionarios gubernamentales, debemos prestar atención.

Los problemas de salud mental pueden afectar a todas las familias. Uno de cada cinco niños y adolescentes experimentará un problema o trastorno emocional. Para los adolescentes, los problemas de salud mental son tan comunes como los de salud física, como el asma. Los problemas emocionales que afectan a los niños, los adolescentes y los jóvenes incluyen depresión y trastornos por ansiedad, dolor profundo, difíciles problemas de conducta como el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, el estrés post trauma, la psicosis, los trastornos de la alimentación y el suicidio.

La familia, los amigos y los profesores son los primeros en notar los cambios en los jóvenes que pueden ser la señal de un problema emocional o conductual, pero tal vez sean renuentes a mencionarlo. También es posible que las familias se sientan abochornadas ante la necesidad de pedir auxilio o pueden decidir esperar, con la esperanza de que el problema se resuelva solo. En la mayoría de los casos de problemas emocionales, la ayuda temprana da los mejores resultados. La ayuda efectiva para niños y adolescentes durante las primeras etapas de un problema emocional o conductual, igual que con una enfermedad física, por lo general implica consejería o tratamiento en el corto plazo. El tratamiento por lo general se basa en la comunidad local, con la menor interrupción posible de la vida escolar y familiar.

Los niños y adolescentes son uno de los recursos más preciosos de una sociedad, y todos tenemos la responsabilidad de promover y proteger su bienestar físicosocial, educacional y emocional. Ello incluye entender la carga que los problemas y trastornos emocionales y conductuales imponen sobre los jóvenes y sus familias, apoyar a las familias cuando sus hijos sufren de trastornos, y animar a nuestros líderes gubernamentales a planificar, financiar y proporcionar servicios adecuados y suficientes para los niños y sus familias.

Exhortamos a la población de \_\_\_\_\_ a unirse a \_\_\_\_\_ para conmemorar el Día Mundial de la Salud Mental 2003, y a trabajar durante todo el año en apoyo de mejores servicios para los niños y adolescentes de nuestra comunidad que experimentan trastornos emocionales y conductuales.

El Día Mundial de la Salud Mental es un programa mundial de educación en salud mental de la Federación Mundial de Salud Mental, y se celebra el 10 de octubre en más de 100 países del mundo.

Para más información sobre las actividades del Día Mundial de la Salud Mental en \_\_\_\_\_, comuníquese con \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_.

## SUGERENCIAS PARA CELEBRAR EL DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

- Reúna a su grupo de planificación de inmediato con el fin de permitir el mayor tiempo posible para planificar un evento.
- Examine el contenido de este juego: comience a esbozar su programa para el Día Mundial de la Salud Mental.
- Estas páginas están preparadas para que sean fáciles de quitar. Se las puede copiar y distribuir tal cual están, para ahorrarle a usted tiempo y esfuerzo.
- La página de la proclama le sugiere una redacción para el compromiso de su comunidad en la promoción de la salud mental. Antes de que se la entregue a su presidente, primer ministro, gobernador o alcalde para que la firme, deberá ser revisada cuidadosamente por los administradores locales para determinar si refleja adecuadamente las necesidades de sus ciudadanos. Usted puede modificar las palabras para que se ajusten a su situación.
- Usted puede imprimir la proclama en papel de fina calidad para la firma oficial. Un abogado local le puede ayudar a producir un documento formal atractivo.
- En la cubierta posterior aparece una lista de las compañías que han aportado fondos para el Día Mundial de la Salud Mental. Pregunte si hay alguna manera en que querrían participar, como auspiciar una recepción, pagar por la impresión de sus materiales o patrocinar talleres, una exposición, cualesquiera ideas se le ocurran a usted.
- Considere con todo cuidado las actividades que requieren tiempo, como la recolección de datos y la redacción de informes. Coordine los plazos de tal manera que se puedan emitir y publicar los anuncios publicitarios a tiempo para la celebración del Día Mundial de la Salud Mental.
- Comience a organizar los actos públicos con suficiente antelación para asegurar obtener el local y las personas que usted quiere que participen en el programa.
- Para ayudar a dar publicidad al Día Mundial de la Salud Mental, coloque un enlace en su sitio en la web a [www.wmhdaily.net](http://www.wmhdaily.net), de manera que otras personas puedan enterarse de este Día y sus actividades. Busque otras maneras de difundir el mensaje.
- Después del 10 de octubre, llene el formulario de informe y devuélvalo junto con recortes de periódicos y otros materiales producidos en relación con el Día Mundial de la Salud Mental.
- Después del 10 de octubre, realice una reunión de su grupo de planificación para examinar lo que tuvo éxito, lo que pudo haberse mejorado y lo que será beneficioso hacer el año próximo.

# PROCLAMA

Considerando que la Federación Mundial de Salud Mental ha designado los “Trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes” como el principal enfoque del DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL 2003; y

*Considerando que la Organización Mundial de la Salud notifica que en todo el mundo haata el 20 por ciento de los niños y adolescentes sufre de una enfermedad mental discapacitante, pero solo uno de cada cinco recibe el tratamiento que necesita; y*

*Considerando que la situación mundial, tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, refleja uuna virtual carencia de políticas para atender a niños y adolescentes con trastornos emocionales y conductuales;*

Por tanto, en celebración del Día Mundial de la Salud Mental 2003, insto a los ciudadanos de \_\_\_\_\_ a

- *Participar en los esfuerzos que se realizan para aumentar la toma de conciencia y comprensión de las necesidades físicas, mentales y emocionales de todos los niños y adolescentes*
- *Hacer campaña por un mejor acceso a los servicios de salud mental para niños y adolescentes y para una mayor disponibilidad de servicios de salud mental que sean efectivos, apropiados a la cultura, la edad y el sexo de la persona que los recibe, y que satisfagan las necesidades locales*
- *Apoyar los esfuerzos orientados a lograr que los líderes gubernamentales adopten e implementen una política de salud mental con directrices para crear un continuo de atención de la salud mental de niños y adolescentes que responda a las necesidades y sea apropiada y económicamente sensata.*

*En reconocimiento de la urgente necesidad de aumentar la conciencia pública sobre la importancia del bienestar emocional de los jóvenes de nuestro país, la necesidad de reducir el estigma y la discriminación que impiden que muchos padres busquen ayuda para sus hijos con problemas emocionales y conductuales, y la necesidad de mejorar la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud mental para niños y adolescentes,*

Yo, \_\_\_\_\_,  
(Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Título o cargo)

Por la presente proclamo que el 10 DE OCUBRE 2003 será

EL DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL en

\_\_\_\_\_  
(País)

Y exhorto a todos mis conciudadanos a tomar parte en las actividades organizadas para la observación de esta día.

\_\_\_\_\_  
Firma

(SELLO)

\_\_\_\_\_  
Fecha



# MEMBERSHIP APPLICATION

*If you and/or your organization are not yet a member of the World Federation for Mental Health, why not join now and become a part of the worldwide mental health movement to help improve the mental and emotional well-being of people around the world!*

## TYPES OF MEMBERSHIP

- Individual membership, for any individual who would like to join WFMH.
- Affiliate membership, for organizations that would like to be affiliated with WFMH.
- Voting membership, for national or international organizations that would like to help with the matters related to WFMH, both internally and externally. Applications are available upon request.

## MEMBERSHIP BENEFITS

- Opportunities for networking and collaboration with colleagues in other parts of the world with common interests and concerns
- Quarterly newsletters - bringing you timely information on global mental health issues
- Annual reports of WFMH's activities
- Reduced rates at WFMH events including regional seminars and conferences as well as the Biennial World Congresses

## MEMBERSHIP FEES

### Individual membership

Regular member (developed countries)	\$35
Developing country member (designated by OECD)	\$15
Lifetime member	\$500

### Affiliate membership

Libraries (publications only)	\$40
Annual budget below \$100,000	\$50
Annual budget of \$100,000-\$999,999	\$150
Annual budget of over \$1 million	\$300

**Application on other side**

**Please circle the type of membership you are applying for:**

Individual membership

Regular \$35  
Developing country \$15  
Life \$500

Affiliate membership

Library \$40  
Budget below \$100,000 \$50  
Budget of \$100,000 - \$999,999 \$150  
Budget over \$1 million \$300

**Please provide the following information:**

Organization name *(only if applying as an affiliate member)* \_\_\_\_\_

Main contact person \_\_\_\_\_

Title \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telephone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**Payment:**

Please charge my Visa or MasterCard *(circle one)*

Credit Card number \_\_\_\_\_

Expiration date \_\_\_\_\_

Name on card \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Check, bank draft or money order enclosed

*Please return this form along with your payment (in U.S. Dollars) to:*

WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH  
P.O. Box 16810  
Alexandria, VA 22302-0810  
USA

# FORMULARIO PARA EL INFORME

## ¿Cómo celebraron el Día en su organización?

Esta es su oportunidad de hacernos saber sobre sus actividades del Día Mundial de la Salud Mental y ayudarnos a mejorar paquetes futuros de educación. La fortaleza de este programa está en el efecto que tenga en el terreno, por lo cual lo exhortamos a enviarnos un informe sobre sus actividades para el año 2003. Esperamos que todos participen, no solo haciendo algo para 'hacer correr la voz' sino para que, escribiéndonos a nosotros, el resto del mundo se entere! Todas las actividades, no importa si grandes o pequeñas, son importantes para nosotros. Todas las fotos, artículos en las noticias y materiales son bien recibidos. La mayoría de las más destacadas, si las recibimos para el 15 de enero de 2004, aparecerán en el informe resumido sobre el Día Mundial de la Salud Mental, el cual se compila, publica y distribuye todos los años entre los amigos de WFMH en todas partes del mundo. ¡Aguardamos sus noticias!

(PLEASE PRINT ALL INFORMATION)

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**ORGANIZACION:** \_\_\_\_\_

**DIRECCION:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TEL:** \_\_\_\_\_ **FAX:** \_\_\_\_\_

**DIRECCION ELECTRONICA:** \_\_\_\_\_

1. En general, ¿cuán satisfecho quedó usted con el juego de documentos de planificación para el Día Mundial de la Salud Mental? (circle one)

Muy Satisfecho   Satisfecho   Neutral   Insatisfecho   Muy Insatisfecho

2. ¿Tiene usted sugerencias o información que podrían ser útiles en futuros materiales de planificación?

3. Sírvase marcar el material del juego de planificación que utilizó o que cree que es útil para este Día Mundial de la Salud Mental.

Introducción

Hojas informativas

Avances en la investigación

Publicidad de sus actividades

Guía del ciudadano en apoyo de la creación

Recursos

Guía para cuidadores y maestros de niños pequeños

Proclama

4. Si usted tuviera que escoger un único resultado del que está más orgulloso de haber logrado por medio de sus actividades del Día Mundial de la Salud Mental este año, ¿cuál sería? (Use páginas adicionales, si fuere caso necesario).

5. ¿Qué eventos especiales realizó su organización para conmemorar el Día Mundial de la Salud Mental?

¿Conoce usted a otras personas que estarían interesadas en obtener una copia de futuros materiales educativos sobre el Día Mundial de la Salud Mental? Sírvase indicar EN LETRAS DE MOLDE sus nombres y direcciones a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_

Organizacion: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Direccion Electronica: \_\_\_\_\_

Envie por correo:

World Federation for Mental Health  
P.O. Box 16810  
Alexandria, VA 22302-0810 USA

# **Día Mundial de la Salud Mental 2003**

## **Sección tres: Datos de referencia**

- La Federación Mundial de Salud Mental: Perfil
- Directorio de la WFMH
- Panel de científicos internacionales asesores de la Federación Mundial de Salud Mental 2003
- Muestra de proclama del Día Mundial de la Salud Mental 2003
- Lista de recursos valiosos para obtener Información adicional sobre la salud mental de niños y adolescentes



# FEDERACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD MENTAL

La Federación Mundial para la Salud Mental se fundó en 1948 para promover, en todos los pueblos y naciones, el tratamiento y la atención adecuados de los que padecen esos trastornos, y la promoción de la causa de la salud mental.

La Federación, que tiene miembros y contactos en 112 países en seis continentes, ha respondido a la crisis internacional de salud mental por medio de su función como la única organización mundial de promoción de la causa a nivel de bases y de educación pública en el campo de la salud mental. Entre los miembros individuales y organizativos de la Federación figuran trabajadores de salud mental de todas las disciplinas, usuarios de los servicios de salud mental, familiares de los padecen estas afecciones y ciudadanos preocupados por el tema. Los amplios y diversos miembros de la organización hacen que sea posible la colaboración entre gobiernos y entidades no gubernamentales.

Durante toda su historia. La Federación se ha dedicado activamente a dar a conocer las inquietudes de los enfermos mentales ante foros internacionales, tanto privados como gubernamentales, y a respaldar los esfuerzos de sus organizaciones miembros a los niveles nacional y regional.

La Federación está acreditada como entidad consultora de las Naciones Unidas y sus organismos especializados, trabaja estrechamente con la Organización Mundial de la Salud, la UNESCO, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo y otras instituciones.

## MISIÓN

La misión de la Federación Mundial para la Salud Mental es promover, entre todos los pueblos y naciones, el nivel más alto posible de salud mental en sus más amplios aspectos: biológico, médico, educativo y social.

## VISIÓN

La Federación Mundial para la Salud Mental vislumbra un mundo en el cual la salud mental es una prioridad para todas las personas. Las políticas y los programas públicos reflejan la importancia crucial de la salud mental en la vida de personas, familias y comunidades, y en la estabilidad política y económica del mundo. La interdependencia de la salud mental y la física se reconoce plenamente en el ámbito social. Hay programas serios y eficaces que se concentran en investigación, capacitación y servicios para la promoción de la salud mental y un funcionamiento óptimo, prevención de trastornos y atención y tratamiento de los que padecen problemas de salud mental durante todo el ciclo de la vida. Los que padecen trastornos mentales, neurológicos y psicológicos son comprendidos, aceptados y tratados con equidad en todos los aspectos de la vida de la comunidad.

## METAS

- Aumentar la conciencia del público en cuanto a la importancia de la salud mental, lograr comprensión y mejorar las actitudes sobre los trastornos mentales.
- Fomentar la salud mental y un funcionamiento óptimo.
- Prevenir los trastornos mentales, neurológicos y sicosociales.
- Mejorar la atención y el tratamiento de los que padecen trastornos mentales, neurológicos y sicosociales.

# Directorio de la WFMH

## PRESIDENT

L. Patt Franciosi, PhD - USA

## PRESIDENT-ELECT

Shona Sturgeon - SOUTH AFRICA

## IMMEDIATE PAST PRESIDENT

Pirkko Lahti - FINLAND

## BOARD MEMBERS AT LARGE

Paulo Alterwain, MD - URUGUAY

Dr. Maan A. Barry - YEMEN

Chueh Chang, ScD - TAIWAN

Tony Fowke, AM - AUSTRALIA

Brian Howard - IRELAND

Beverly Long - USA

Janet Paleo - USA

Richard Studer - USA

Deborah Wan - HONG KONG

## TREASURER

Edward Pennington - CANADA

## HONORARY SECRETARY

Janet Meagher, AM - AUSTRALIA

## REGIONAL VICE PRESIDENTS

### **Africa**

Elizabeth Matare - ZIMBABWE

### **Eastern Mediterranean**

Ahmed Abou El Azayem, MD - EGYPT

### **Europe**

Leo de Graaf - THE NETHERLANDS

### **Mexico & Central America**

Virginia Gonzalez Torres - MEXICO

### **North America & Caribbean**

Cynthia Wainscott - USA

### **Oceania**

Peter McGeorge, MBChB - NEW ZEALAND

### **South America**

Prof. Miguel R. Jorge, MD - BRAZIL

### **Southeast Asia**

Regina de Jesus - PHILIPPINES

### **Western Pacific**

Kazuyoshi Yamamoto, MD - JAPAN

## WFMH REGIONAL OFFICES

### **African Regional Council**

Isaac Mwendapole - ZAMBIA

### **European Regional Council/MHE**

Pascale Van den Heede - BELGIUM

### **Eastern Mediterranean Regional Council**

Ahmed Abou El-Azayem, MD - EGYPT

### **Mexico/Central America Regional Council**

Federico Puente, MD - MEXICO

# COMISIÓN ASESORA DE LA FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL

**Javad Alaghband-Rad, MD**

President, Iranian Academy of Child & Adolescent Psychiatry  
Chief of Child & Adolescent Psychiatry Branch  
Roozbeh Hospital, South Kargar Avenue  
Tehran 13334 IRAN  
Email: rad@ams.ac.ir

**William Beardslee, MD**

Psychiatrist-in-Chief  
Children's Hospital  
300 Longwood  
Boston, MA 02115 USA  
Email: william.beardslee@tch.harvard.edu

**Myron Belfer, MD, MPA**

Management of Mental & Brain Disorders  
Dept. of MH & Substance Abuse  
World Health Organization  
20 Avenue Appia  
CH-1211 Geneva 27 SWITZERLAND  
Email: belferm@who.ch

**Pamela Sicher Cantor, MD**

President  
Children's Mental Health Alliance  
52 East 72<sup>nd</sup> Street  
New York, NY 10021 USA  
Email: pacantormd@cmhalliance.org

**John Copeland, MD**

Chair, World Mental Health Day Committee  
6 Stanley Road, Hoylake, Wirral  
Merseydide, CH47 1HW UNITED KINGDOM  
Email: jrmcop@btinternet.com

**Luis D. Herrera, MD**

Hospital CIMA San Jose  
Apartado 261-1260  
Plaza Colonial, Escazu  
San Jose COSTA RICA  
Email: lherrera@hospitalsanjose.net

**John Fayyad, MD**

Department of Psychiatry & Psychology  
St George Hospital  
PO BOX 166378  
Beirut, Achrafieh 1100-2807 LEBANON  
Email: mind@dm.net.lb

**Peter Jensen, MD**

Director, Center for Advancement of Children's Mental Health  
Columbia University/New York State Psychiatric Institute  
1051 Riverside Drive, Unit 78  
New York, NY 10032 USA  
Email: pj131@columbia.edu

**Eve Moscicki, Sc.D, MPH**

Child and Adolescent Research  
National Institute of Mental Health  
Room 7167, MSC 9630  
6001 Executive Boulevard  
Bethesda, MD 20892 USA  
Email: em15y@nih.gov

**Michael Aman, PhD**

Professor of Psychology and Psychiatry  
The Nisonger Center, Room 175  
Ohio State University  
188 Dodd Drive  
Columbus, OH 43210-1257 USA  
Email: aman.1@osu.edu

**Helmut Remschmidt, MD, PhD**

President, IACAPAP  
Director, Department of Child & Adolescent Psychiatry  
Phillips University  
Hans-Sachs Strasse 6  
D-35033 Marburg GERMANY  
Email: remschm@post.med.uni-marburg.de

**Professor Beverley Raphael**

Director, Centre for Mental Health  
LMB 961  
North Sydney, NSW 2059 AUSTRALIA  
Email: braph@doh.health.nsw.gov.au

**Professor Brian Robertson, MD**

Dept. of Psychiatry & Mental Health  
University of Cape Town  
J-Block - Groote Schuur Hospital  
Observatory 7925 SOUTH AFRICA  
Email: brian@curie.uct.ac.za

**Kazuyoshi Yamamoto, MD**

Department of Neuropsychiatry  
Faculty of Medicine, University of Ryukyus  
207 Uehara  
Nishihara, Okinawa 903-0215 JAPAN  
Email: koala@ryukyuu.ne.jp

# Patrocinadores de la Federación Mundial de la Salud Mental 2003

Para obtener más información sobre los patrocinadores individuales en su país o región geográfica, consulte nuestra página en la web [www.wfmh.org](http://www.wfmh.org) o póngase en contacto con la Secretaría de la WFMH o por correo electrónico (e-mail) [info@wfmh.com](mailto:info@wfmh.com)

<b>Antigua &amp; Barbuda</b>	<b>Indonesia</b>	<b>Seychelles</b>
<b>Argentina</b>	<b>Iran</b>	<b>Singapore</b>
<b>Aruba</b>	<b>Ireland</b>	<b>Slovenia</b>
<b>Australia</b>	<b>Israel</b>	<b>Spain</b>
<b>Bahamas</b>	<b>Italy</b>	<b>South Africa</b>
<b>Bangladesh</b>	<b>Jamaica</b>	<b>Sri Lanka</b>
<b>Barbados</b>	<b>Kenya</b>	<b>St. Lucia</b>
<b>Brazil</b>	<b>Latvia</b>	<b>St. Vincent and the Grenadines</b>
<b>British Virgin Islands</b>	<b>Lebanon</b>	<b>Sudan</b>
<b>Bulgaria</b>	<b>Malawi</b>	<b>Switzerland</b>
<b>Cameroon</b>	<b>Malaysia</b>	<b>Syria</b>
<b>Canada</b>	<b>Mauritius</b>	<b>Taiwan</b>
<b>Chile</b>	<b>Mexico</b>	<b>Tanzania</b>
<b>China</b>	<b>Micronesia</b>	<b>Thailand</b>
<b>Croatia</b>	<b>Namibia</b>	<b>Trinidad &amp; Tobago</b>
<b>Egypt</b>	<b>Nepal</b>	<b>Turkey</b>
<b>Finland</b>	<b>The Netherlands</b>	<b>United Kingdom</b>
<b>France</b>	<b>New Zealand</b>	<b>United States</b>
<b>Georgia</b>	<b>Pakistan</b>	<b>Uruguay</b>
<b>Germany</b>	<b>Palestine</b>	<b>Vietnam</b>
<b>Ghana</b>	<b>Panama</b>	<b>Zambia</b>
<b>Greece</b>	<b>Peru</b>	<b>Zimbabwe</b>
<b>Guyana</b>	<b>Philippines</b>	
<b>Honduras</b>	<b>Poland</b>	
<b>Hong Kong</b>	<b>Portugal</b>	
<b>Iceland</b>	<b>Puerto Rico</b>	
<b>India</b>	<b>Romania</b>	

as of press time

# RECURSOS

## **About Our Kids**

New York University Child Study Center  
555 First Avenue  
New York NY 10016 USA  
Website: [www.aboutourkids.org](http://www.aboutourkids.org)

## **African Child Association**

International Secretariat  
5 Westminster Bridge Road  
London SE1 7XW ENGLAND  
Website: [www.acaint.org](http://www.acaint.org)

## **American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**

3615 Wisconsin Avenue, NW  
Washington, DC 20016-3007 USA  
+1 202 966 7300  
Website: [www.aacap.org](http://www.aacap.org)

## **American Academy of Pediatrics**

141 Northwest Point Boulevard  
Elk Grove, IL 60007-1098 USA  
+1 847 434 4000  
Website: [www.aap.org](http://www.aap.org)

## **American Psychiatric Association**

1000 Wilson Boulevard, Suite 1825  
Arlington VA 22209-3901 USA  
+1 703 907 7300  
Website: [www.psych.org](http://www.psych.org)

## **Australian Clearinghouse for Youth Studies**

GPO Box 252-64  
Hobart Tasmania 7001 AUSTRALIA  
Website: [www.acys.utas.edu.au](http://www.acys.utas.edu.au)

## **Australian Centre for Posttraumatic MH**

Locked Bag 1  
West Heidelberg VIC 3081 AUSTRALIA  
+61 3 9214 7888  
Website: [www.ncptsd.unimelb.edu.au](http://www.ncptsd.unimelb.edu.au)

## **Australian Network for Promotion, Prevention and Early Intervention AUSINET**

C/-CMHS – Southern  
Flinders Medical Centre  
Bedford Park SA 5042 AUSTRALIA  
Website: [www.ausinet.flinders.edu.au](http://www.ausinet.flinders.edu.au)

## **The Carter Center**

Mental Health Program  
One Copenhill  
Atlanta GA 30307 USA  
+1 404 420 5165  
Website: [www.cartercenter.org](http://www.cartercenter.org)

## **Centre for Health Education & Promotion**

Nat'l Health Prgm for Children & Adolescents  
Ruutli 24, Tallinn ESTONIA  
+372 627 9283  
Website: [www.tervis.ee](http://www.tervis.ee)

## **Centre for Mental Health**

New South Wales Health Department  
LMB 961  
North Sydney NSW 2059 AUSTRALIA  
Website: [www.health.nsw.gov.au](http://www.health.nsw.gov.au)

## **Child Abuse & Neglect in Eastern Europe**

Website: <http://www.canee.net>

## **Children's Mental Health Alliance**

52 East 72nd Street  
New York NY USA  
Website: [www.cmhalliance.org](http://www.cmhalliance.org)

## **Center for Mental Health Services**

SA & MH Services Administration, USDHHS  
5600 Fishers Lane  
Rockville MD 20857 USA  
Website: [www.samhsa.gov/cmhs](http://www.samhsa.gov/cmhs)

## **European Academy for Child & Adolescent Psychiatry (ESCAP)**

Website: [www.escap-net.org](http://www.escap-net.org)

## **Federation of Families for Children's MH**

1101 King Street, Suite 420  
Alexandria VA 22314 USA  
+1 703 684 7710  
Website: [www.ffcmh.org](http://www.ffcmh.org)

## **Geneva Initiative on Psychiatry**

P. O. Box 1282  
Hilversum 1200BG THE NETHERLANDS  
Website: [www.geneva-initiative.org](http://www.geneva-initiative.org)

## **Global Childnet**

#113-990 Beach Avenue  
Vancouver, British Columbia V6E 4MZ CANADA  
Website: [www.gcnet.org/gcnet](http://www.gcnet.org/gcnet)

**Health Canada**

Division of Childhood and Adolescence  
Tunney's Pasture, Address Locator: 1909C2  
Ottawa ON K1A 1B4 CANADA  
Website: [www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/](http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/)

**Immigration and Refugee Svcs of America**

National Alliance for Multicultural Mental Health  
1717 Massachusetts Avenue, NW, Suite 200  
Washington DC 20036  
Website: [www.refugeeusa.org](http://www.refugeeusa.org)

**Institute for Development Research and Applied Care (IDRAC)**

[www.idrac.org.lb](http://www.idrac.org.lb)

**International Academy for Child & Adolescent Psychiatry and Allied Professions**

Website: [www.iacapap.org](http://www.iacapap.org)

**International Save the Children Alliance**

275-281 King Street  
London W6 9LZ UNITED KINGDOM  
+44 208 748 2554  
Website: [www.savethechildren.net](http://www.savethechildren.net)

**International School Psychology Association**

Hans Knudsens Plads 1A 1st Floor  
2100 Copenhagen DENMARK  
Website: [www.ispaweb.org](http://www.ispaweb.org)

**Int'l Union for Health Promotion & Education**

2 rue Auguste Comte  
92170 Canves FRANCE  
+330 1 46 45 00 59  
Website: [www.iuhpe.org](http://www.iuhpe.org)

**National Institute of Mental Health**

Child and Adolescent Research Branch  
6001 Executive Boulevard  
Bethesda MD 20892 USA  
Website: [www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov)

**National Mental Health Association**

2001 North Boulevard Street, 12th Floor  
Alexandria VA 22311 USA  
+1 703 684 7722  
Website: [www.nmha.org](http://www.nmha.org)

**Transcultural Mental Health Centre**

Locked Bag 7118  
Parramatta BC NSW 2150 AUSTRALIA  
Website: [www.tmhc.nsw.gov.au](http://www.tmhc.nsw.gov.au)

**Trust for the Study of Adolescence**

23 New Road  
Brighton, East Sussex BN1 1WZ UNITED KINGDOM  
+44 127 369 3311  
Website: [www.tsa.uk.com](http://www.tsa.uk.com)

**United Nation's Children Fund**

Division of Communication  
3 United Nations Plaza  
New York NY 10017 USA  
+1 212 326 7467  
E-mail: [pubdec@unicef.org](mailto:pubdec@unicef.org)

**UN High Commissioner for Human Rights**

Committee on the Rights of the Child  
D 214, Palais des Nations  
1211 Geneve 10 SWITZERLAND  
Website: [www.unchr.ch](http://www.unchr.ch)

**UN High Commissioner for Refugees**

Case Postale 2500  
1211 Geneve 2 Depot SWITZERLAND  
+41 22 739 8111  
Website: [www.unchr.ch](http://www.unchr.ch)

**UNICEF Headquarters**

UNICEF House  
3 United Nations Plaza  
New York NY 10017 USA  
Website: [www.unicef.org](http://www.unicef.org)

**VicHealth****Victoria Health Promotion Foundation**

Post Office Box 154  
Carlton South, VIC 3053 AUSTRALIA  
Website: [www.vichealth.vic.gov.au](http://www.vichealth.vic.gov.au)

**WFMH Collaborating Centre on Psychiatry in Africa**

University of Cape Town  
Groote Schuur Hospital  
Observatory, Cape Town 7925 SOUTH AFRICA  
+27 21 447 5450

**World Health Organization**

Division of Mental Health and Substance Dependence  
Geneva CH-1211 SWITZERLAND  
Website: [www.who.int](http://www.who.int)

**World Psychiatric Association**

WPA Secretariat  
Elmhurst Hospital/Mt. Sinai School of Medicine  
79-01 Broadway, Room D-10-20  
Elmhurst NY 11373 USA  
+1 718 334 3459  
Website: [www.wpanet.org](http://www.wpanet.org)

**Young Minds**

The National Association for Child & Family MH  
102-108 Clerkenwell Road  
London EC1M 5SA UNITED KINGDOM  
+44 207 336 8445  
Website: [www.youngminds.org.uk](http://www.youngminds.org.uk)

Estos materiales se crearon con la asistencia de donaciones educacionales de las siguientes organizaciones:



*La Federación Mundial para la Salud Mental desea agradecer a los siguientes patrocinadores del proyecto Día Mundial de la Salud Mental de este año. Su ayuda ha contribuido a la producción y distribución de esta publicación. Si este documento les ha sido útil, les instamos a que envíen unas breves notas de agradecimiento a los principales patrocinadores, por medio de los siguientes contactos:*

**JANSSEN CILAG**  
Pam Rasmussen  
1125 Trenton-Harbourton Rd  
PO BOX 200  
Titusville, NJ 08560-0200 USA

**ASTRAZENECA**  
Jim Minnick  
1800 Concord Pike  
PO BOX 15437-OW3  
Wilmington, DE 19850-5437 USA

**ELI LILLY and COMPANY**  
Desiree Filippone  
555 Twelfth Street, NW, Suite 650  
Washington, DC 20004 USA

**OTSUKA AMERICA PHARMACUETICAL, INC**  
Debra Kaufmann  
2440 Research Boulevard  
Rockville, MD 20850 USA



For more information on World Mental Health Day  
or to obtain further copies of the campaign packets, contact:

World Federation for Mental Health  
PO Box 16810  
Alexandria, VA 22302-0810 USA  
Phone: +1 703 838 7543  
Fax: +1 703 519 7648  
Email: [wmhday@wfmh.com](mailto:wmhday@wfmh.com)  
Web: [www.wmhday.net](http://www.wmhday.net)