

unicef 
para cada infancia

75

RESUMEN REGIONAL: AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2021

EN MI MENTE

Promover, proteger y cuidar la
salud mental de la infancia



UN MOMENTO PARA EL LIDERAZGO EN LA SALUD MENTAL

Miedo. Soledad. Tristeza.

Cuando la pandemia del coronavirus llegó al mundo en 2019, estas intensas emociones se apoderaron de la vida de muchos millones de niños y niñas, jóvenes y familias. Sobre todo al principio, los expertos temían que perduraran y que afectaran a la salud mental de toda una generación.

La realidad es que tardaremos años en evaluar la verdadera repercusión de la COVID-19 sobre nuestra salud mental.

Aunque el virus pierda fuerza, los efectos económicos y sociales de la pandemia perdurarán: afectarán a los padres y las madres que pensaron que ya habían dejado atrás sus peores experiencias y que, sin embargo, vuelven a tener

dificultades para darles de comer a sus bebés; afectarán al niño que se quedó rezagado después de meses sin poder ir a la escuela; y también afectarán a la niña que tuvo que abandonar sus estudios para trabajar en una granja o una fábrica. Esos efectos seguirán socavando las aspiraciones y los ingresos conseguidos a lo largo de toda la vida de una generación que se vio obligada a interrumpir su educación.

En efecto, existe el riesgo de que la repercusión de esta pandemia cause estragos en la felicidad y el bienestar de los niños y niñas, las y los adolescentes y los cuidadores durante los próximos años, y ponga en peligro las bases que sustentan la salud mental.

Si la pandemia nos ha enseñado algo es que nuestra salud mental

es profundamente sensible al mundo que nos rodea. Lejos de ser simplemente lo que se le pasa a una persona por la cabeza, el estado de salud mental de cada niño y cada adolescente depende mucho de sus circunstancias vitales: las experiencias con sus progenitores y cuidadores, las relaciones que entablan con sus amigos y las oportunidades que tienen para jugar, aprender y desarrollarse. Asimismo, la salud mental es un reflejo de cómo influyen en sus vidas la pobreza, el conflicto, la enfermedad y el acceso a las oportunidades que se les presentan.

Si estas conexiones no estaban claras antes de la pandemia, no hay duda de que ahora lo están.

Esta es la realidad que vertebra el *Estado Mundial de la Infancia 2021*.

Un problema olvidado

De hecho, lo que hemos aprendido es que la salud mental es positiva y que es un recurso: es lo que le permite a una niña pequeña salir adelante con el amor y el apoyo de su familia y compartir los mejores y peores momentos de su vida cotidiana. Es la capacidad del niño adolescente para conversar y reírse con sus amigos, ayudarlos cuando están desanimados y acudir a ellos cuando el que se encuentra mal es él. Es lo que inspira a una mujer joven a perseguir un propósito en la vida y le da la seguridad de proponerse retos y conseguirlos.

Es la capacidad de una madre o un padre de proteger el bienestar y la salud emocional de su hijo a través del afecto y el apego.

Cada vez se reconoce más el vínculo que existe entre la salud mental y física y el bienestar, así como la importancia de la salud mental a la hora de definir los resultados que se esperan conseguir en la vida. Además, ese vínculo está plasmado en la relación entre la salud mental y los factores que conforman la base de un mundo sano y próspero

reconocida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. De hecho, en este acuerdo suscrito por las naciones del mundo se determinó que la promoción y la protección de la salud mental y el bienestar constituían factores imprescindibles de la agenda mundial del desarrollo.

A pesar de todo, las inversiones de los gobiernos y las sociedades en la **promoción**, la **protección** y el **cuidado** de la salud mental de los niños y niñas, los jóvenes y sus cuidadores siguen siendo insuficientes.

Un momento para el liderazgo

Una de las razones fundamentales que impiden a nuestras sociedades responder a las necesidades de salud mental de los niños y niñas, las y los adolescentes y los cuidadores es la falta de **liderazgo** y **compromiso**. Es necesario que los dirigentes mundiales y nacionales y una amplia variedad de partes interesadas suscriban un compromiso (principalmente económico) que refleje la importancia de los factores sociales, entre otros, con miras a fijar una serie de metas en materia de salud mental. Esto tendría importantes implicaciones, ya que nos obligaría a centrar la atención en el objetivo claro y compartido de proteger a los niños y niñas, las y los adolescentes en los

momentos más decisivos de su desarrollo, con el fin de minimizar los factores de riesgo y maximizar los de protección.

Además de **compromiso**, se requiere **comunicación**: debemos poner fin al estigma, romper el silencio relacionado con la salud mental y velar por que se tenga en cuenta la opinión de los jóvenes, especialmente la de quienes han sufrido trastornos de salud mental. Si no se les escucha y no se promueve su participación y su compromiso, no será posible desarrollar iniciativas y programas relevantes en materia de salud mental.

Por último, necesitamos **acción**: debemos ofrecer más apoyo a los progenitores para que

puedan ayudar mejor a sus hijos; necesitamos escuelas en las que se atiendan las necesidades sociales y emocionales de los niños y niñas; debemos sacar a la salud mental del "silo" en el que se encuentra sumida en los sistemas de salud y abordar las necesidades de los niños y niñas, las y los adolescentes y los cuidadores en una variedad de contextos, entre ellos la crianza, la educación, la atención primaria de salud, la protección social y la respuesta humanitaria; y debemos mejorar los datos, las investigaciones y las pruebas con el fin de ampliar nuestro conocimiento sobre la prevalencia de las enfermedades de salud mental y mejorar las respuestas.

Un momento para la acción

La pandemia de COVID-19 ha dado un vuelco a nuestro mundo y ha creado una crisis mundial sin precedentes en nuestra historia. Ha planteado graves preocupaciones sobre la salud mental de los niños y niñas y las familias durante los confinamientos, y ha demostrado con suma claridad que lo que sucede en el resto del mundo puede afectar a nuestro mundo interior. Asimismo, ha puesto de relieve la fragilidad de los sistemas de apoyo a la salud mental en muchos países, y ha subrayado (una vez más) que estas adversidades afectan de manera desproporcionada a las comunidades más desfavorecidas.

Sin embargo, la pandemia también nos ofrece la oportunidad de reconstruir un mundo mejor. Tal y como expone el presente informe, conocemos el papel fundamental que desempeñan las madres, los padres y los cuidadores en la tarea de marcar el rumbo de la salud mental desde la primera infancia; somos conscientes de la necesidad de apego que sienten los niños y niñas y las y los adolescentes; y sabemos que la pobreza, la discriminación y la marginación pueden tener un profundo impacto sobre la salud mental. Si bien queda un largo camino que recorrer para formular respuestas, ya conocemos la importancia de las intervenciones básicas, entre ellas acabar con el estigma,

apoyar a los progenitores, crear escuelas solidarias, trabajar en todos los sectores, instituir plantillas sólidas de trabajadores de salud mental y establecer políticas que promuevan las inversiones y que asienten una base robusta para la salud mental y el bienestar.

El presente nos brinda la oportunidad histórica de comprometernos, comunicar y actuar con el fin de promover, proteger y cuidar la salud mental de toda una generación. Podemos ayudar a la próxima generación a crear herramientas que les permitan cumplir sus sueños, desarrollar su potencial y contribuir de manera significativa al mundo que les rodea.

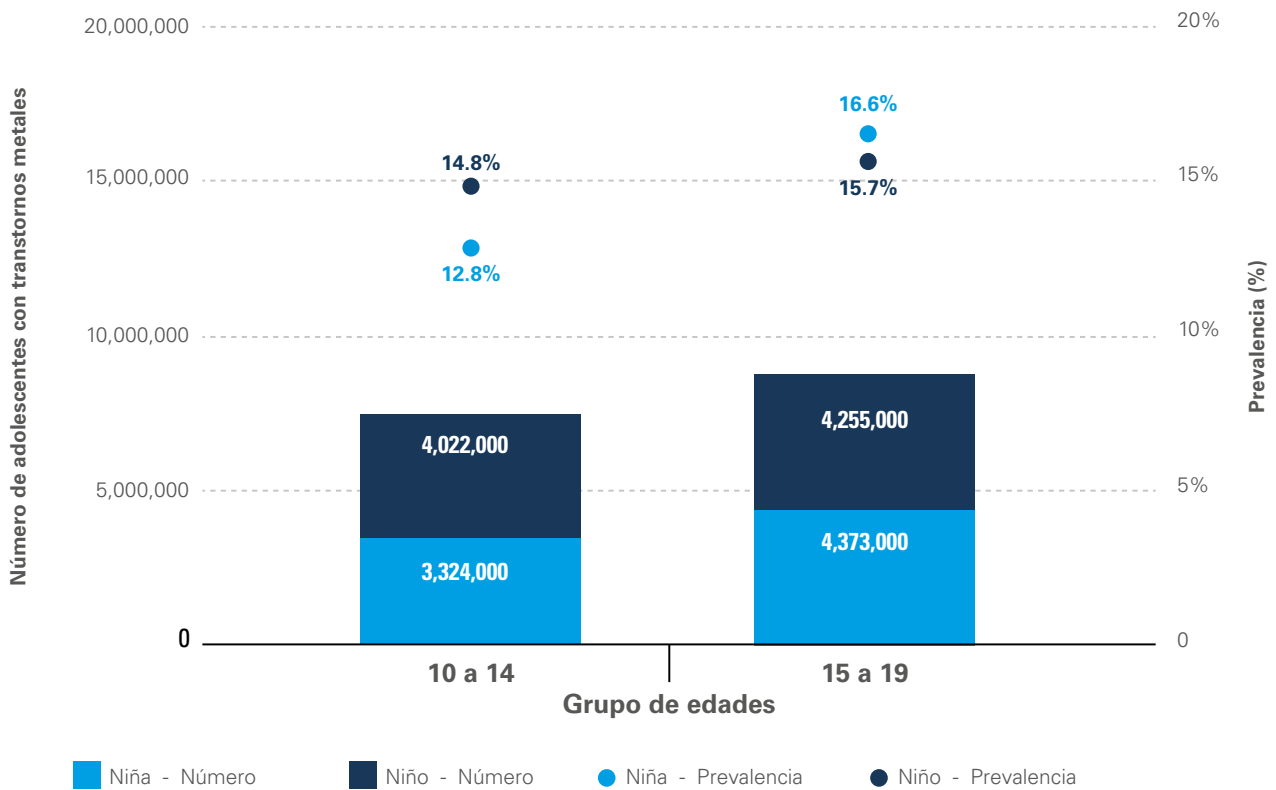
HABLAN LAS CIFRAS

Prevalencia de los trastornos mentales

Casi 16 millones de adolescentes de 10 a 19 años viven con un trastorno mental en América Latina y el Caribe (ALC).



Prevalencia estimada y número de adolescentes de 10 a 19 años con trastornos mentales en ALC



Nota: El número de adolescentes con trastornos mentales se han redondeado hasta la cifra de 1.000 más cercana; los cálculos hacen referencia a múltiples trastornos, como la depresión, la ansiedad, la bipolaridad, los trastornos de alimentación, los trastornos del espectro autista, los trastornos de conducta, los trastornos por abuso de sustancias, la discapacidad intelectual idiopática, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y los grupos de trastornos de la personalidad.

Fuente: Análisis de UNICEF realizado a partir de las estimaciones del Estudio de la carga mundial de enfermedades de 2019 del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud.


Porcentaje estimado de prevalencia de los trastornos mentales entre los adolescentes de 10 a 19 años en ALC, 2019

País	Niños y niñas de 10 a 19 años		Niñas de 10 a 19 años		Niños de 10 a 19 años	
	Prevalencia %	Número	Prevalencia %	Número	Prevalencia %	Número
Antigua y Barbuda	16.4%	2,143	14.5%	930	18.2%	1,213
Argentina	15.1%	1,064,820	14.3%	499,278	15.8%	565,542
Bahamas	16.3%	10,157	14.4%	4,527	18.2%	5,630
Barbados	16.5%	6,338	14.6%	2,740	18.3%	3,598
Belice	16.6%	14,748	14.6%	6,514	18.5%	8,234
Bolivia (Estado Plurinacional de)	15.6%	338,654	14.7%	158,197	16.4%	180,457
Brasil	17.1%	5,617,833	17.6%	2,843,045	16.7%	2,774,788
Chile	16.0%	391,622	16.6%	198,622	15.4%	193,000
Colombia	12.9%	993,977	12.6%	472,918	13.2%	521,059
Costa Rica	13.5%	97,396	13.0%	46,545	14.0%	50,851
Cuba	16.8%	214,213	14.8%	91,766	18.6%	122,447
Dominica	16.5%	1,852	14.5%	792	18.4%	1,060
Ecuador	15.4%	508,706	14.6%	237,737	16.1%	270,969
El Salvador	13.9%	158,801	13.7%	76,516	14.2%	82,284
Grenada	16.6%	2,750	14.6%	1,152	18.5%	1,598
Guatemala	13.8%	522,652	13.4%	249,374	14.1%	273,279
Guyana	17.5%	24,775	15.9%	11,120	19.0%	13,655
Haití	17.6%	450,458	15.8%	202,322	19.4%	248,136
Honduras	13.5%	287,849	12.9%	136,659	14.0%	151,190
Jamaica	16.4%	77,198	14.4%	33,214	18.3%	43,984
México	12.1%	2,664,151	11.8%	1,281,841	12.5%	1,382,310
Nicaragua	14.0%	179,984	13.6%	85,595	14.3%	94,390
Panamá	12.9%	92,399	12.2%	42,944	13.5%	49,455
Paraguay	16.5%	215,870	17.1%	109,570	15.8%	106,300
Perú	14.9%	864,837	13.9%	381,875	15.8%	482,962
República Dominicana	16.8%	323,257	15.1%	143,624	18.5%	179,633
Saint Kitts y Nevis	16.7%	1,451	14.9%	647	18.4%	804
Santa Lucía	16.7%	4,249	14.7%	1,842	18.6%	2,406
San Vicente y las Granadinas	16.7%	3,010	14.6%	1,286	18.6%	1,724
Suriname	17.2%	16,660	15.5%	7,268	18.7%	9,392
Trinidad y Tobago	16.5%	30,382	14.6%	13,212	18.3%	17,169
Uruguay	15.0%	73,105	14.8%	35,178	15.3%	37,927
Venezuela (República Bolivariana de)	15.4%	716,988	13.8%	317,221	16.9%	399,768

Nota: Las cifras se basan en estos trastornos: depresión, ansiedad, trastorno bipolar, alimentación, espectro autista, conducta, esquizofrenia, discapacidad intelectual idiopática, déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y un grupo de trastornos de la personalidad.

Fuente: Análisis de UNICEF realizado a partir de las estimaciones del *Estudio de la carga mundial de enfermedades de 2019* del IMES.

Estimaciones de suicidio

El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes de 15 a 19 años en ALC.



Cinco principales causas de muerte entre los adolescentes de 15 a 19 años en ALC

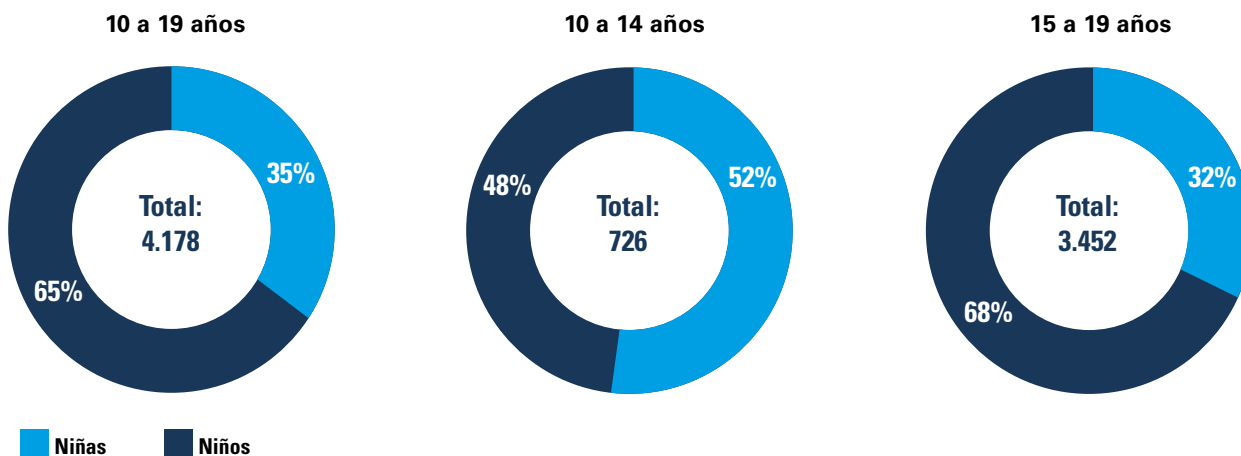
Clasificación	Causa	Muertes por cada 100.000
1	Violencia interpersonal	36
2	Lesiones de tráfico	15
3	Suicidio	6
4	Ahogamiento	3
5	Leucemia	2

Fuente: Análisis de UNICEF a partir de los cálculos de la OMS, *Estimaciones Mundiales de la Salud, 2019*.

Más de 10 adolescentes pierden la vida cada día por suicidio en ALC.



Número estimado de muertes por suicidio en ALC



Nota: Los intervalos de confianza para el número estimado de muertes de adolescentes en los diferentes grupos de edad son: 10-19, 3,166-5,405; 10-14, 521-979; 15-19, 2,645-4,426.

Fuente: Análisis de UNICEF a partir de los cálculos de la OMS, *Estimaciones Mundiales de la Salud 2019*; las estimaciones globales se calcularon utilizando datos de población de la Revisión de las perspectivas de población mundial 2019 de la División de Población de las Naciones Unidas.

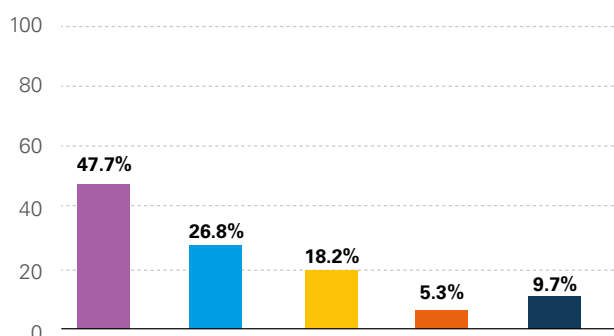
Ansiedad y depresión

La ansiedad y la depresión representan casi el 50 por ciento de los trastornos mentales entre los adolescentes de 10 a 19 años en ALC.

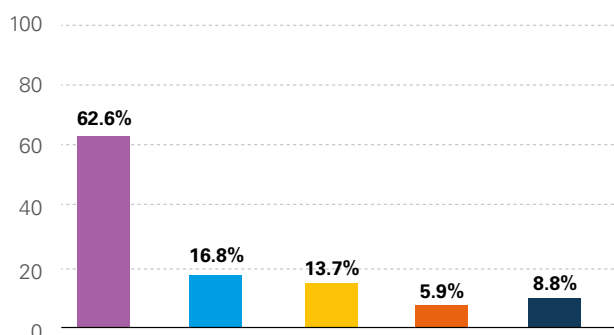


Estimaciones de los trastornos mentales clave entre los adolescentes de ALC, 2019

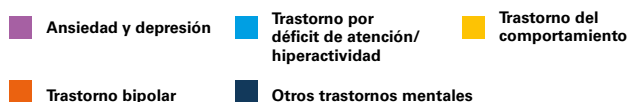
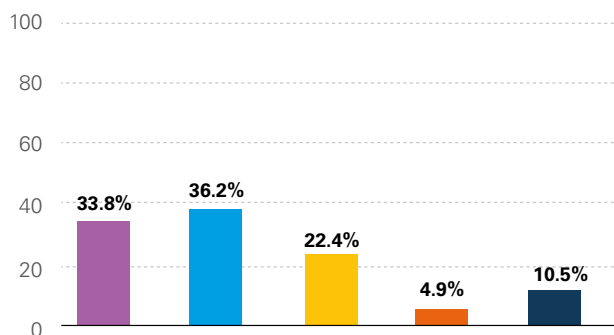
Niños y niñas de 10 a 19 años



Niñas de 10 a 19 años



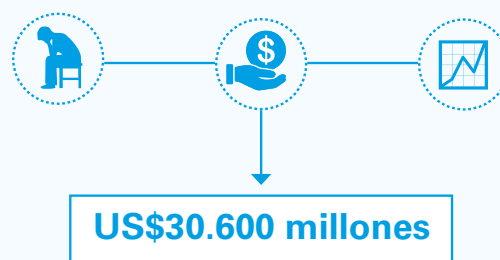
Niños de 10 a 19 años



Nota: La suma de la prevalencia de los trastornos individuales supera el 100% debido a la comorbilidad entre los trastornos; los cálculos se basan en los trastornos mencionados anteriormente.

Fuente: Análisis de UNICEF basado en las estimaciones del *Estudio de la carga mundial de enfermedades de 2019* del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME).

El costo de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe



Esta cifra es la pérdida anual de capital humano que se deriva de los trastornos mentales, sobre la base de los valores específicos de cada país para los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). La estimación se basa en el valor del capital mental perdido –o los recursos cognitivos y emocionales– que los niños y niñas y los jóvenes aportarían a las economías si no se vieran frustrados por los trastornos de salud mental. David McDaid y Sara Evans-Lacko, del Departamento de Política Sanitaria de la Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres, empezaron con estimaciones de la carga de enfermedad atribuible a la salud mental expresada en AVAD. Un AVAD representa un año perdido de vida sana a causa de una discapacidad o una muerte prematura. Después, los investigadores asignaron un valor monetario a cada año vivido sin discapacidad sobre la base de la contribución media de cada persona a la economía. Un AVAD, por tanto, es el equivalente al producto interno bruto (PIB) per cápita de un país expresado en términos de paridad de poder adquisitivo (PPA). Esta formulación permite hacer comparaciones a escala mundial. (*Consulte el Estado Mundial de la Infancia 2021 para obtener una descripción completa de los costos de los trastornos mentales*).

El análisis de estas páginas incluye datos del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Perspectivas de la Población Mundial (WPP). No había disponibles datos del IHME sobre Anguila, las Islas Vírgenes Británicas, Montserrat y las Islas Turcas y Caicos; por lo tanto, estos países no se incluyen en los análisis que se basan en esos datos.

ESTUDIO DE CASO:

Perú

Atención comunitaria de la salud

Hace dos años, cuando Andre* tenía 12 años, su madre, Roxana, recibió una alarmante llamada su escuela.

“Estaba debajo de un pupitre; lloraba y decía que no quería seguir viviendo”, explicó Roxana.

Roxana sabía que su hijo necesitaba ayuda, pero ella y Andre viven en la periferia del norte de Lima, donde comparten una pequeña habitación en casa de una tía. Los hospitales y las clínicas privadas estaban muy lejos o eran demasiado caros. Aun así, visitaron un centro de salud local donde les proporcionaron un seguro de salud pública y los derivaron al Centro de Salud Mental Comunitario de Carabaylo, situado a 10 minutos en autobús de su casa.

El centro se encuentra dentro de un estadio municipal reconvertido y en él trabaja un equipo multidisciplinario formado por psiquiatras, psicólogos, enfermeros, un trabajador social y personal de farmacia.

A André le diagnosticaron ansiedad y depresión relacionadas, en parte, con la separación de sus padres. Se le recetó un antidepresivo y se le remitió a un psicólogo, un psiquiatra y un trabajador social para recibir terapia.

“Diseñamos un plan integral con la intención de ayudarlo a comprender y controlar sus sentimientos”, dijo la psicóloga Yesica Chambilla. “Además, le proporcionamos herramientas para que él mismo tratara de cambiar la situación”.



Sintiéndose mejor: Un centro de salud comunitario ha ayudado a Andre con su salud mental: “me siento mucho mejor”, dice, “y no quiero rendirme”.
© UNICEF/UN0476518/Mandros

El centro de salud mental también ofreció orientación a Roxana, que desempeña un papel activo en los cuidados de su hijo.

El plan integral forma parte del modelo de atención comunitaria a la salud mental del Perú, que se centra en ofrecer servicios en el primer nivel de la atención primaria de salud, cerca de donde vive la población y donde la gente puede acceder a la red de apoyo de su comunidad.

Para resolver el desfase entre la necesidad y la disponibilidad de los servicios de salud mental, el Gobierno del Perú instituyó una serie de reformas dirigidas a ampliar la atención comunitaria, entre ellas añadir la cobertura de la atención de la salud mental a los planes de seguros de salud y establecer un programa presupuestario de salud mental

basado en resultados que contribuyó a aumentar el gasto público. En 2019, se aprobó una nueva ley nacional de salud mental. La red de centros de atención comunitaria a la salud mental del país aumentó de 22 en 2015 a 203 en 2021.

Para Andre, el confinamiento fue angustioso, pero le dio la oportunidad de hablar frecuentemente por teléfono con su psicóloga. Ahora, más de un año después de su primera visita al centro, Andre está dejando su medicación y ya está notando cambios positivos.

“Antes de venir, las cosas estaban muy mal”, aseguró Andre. “Estaba enfermo y no quería comer. Ahora me siento mucho mejor y no quiero rendirme”.

*Andre y Roxana son pseudónimos que se han utilizado para proteger su identidad. Los dos fueron entrevistados en Lima en junio de 2021.

ESTUDIO DE CASO:

México

Encontrarle sentido a la tristeza: proteger la salud mental de los niños y niñas migrantes no acompañados

En noviembre de 2020, el Huracán Eta arrasó su Honduras natal, dejando huérfana a María*, de 16 años, que decidió irse de su país en busca de otros familiares en los Estados Unidos.

Las esperanzas de María se paralizaron cuando las autoridades de inmigración la detuvieron cerca de la frontera entre Guatemala y México. Desde ahí la llevaron hasta el Albergue Temporal para Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes Separados o No Acompañados, un refugio provisional para las niñas migrantes no acompañadas. El refugio les ofrece alimentos básicos, seguridad y cama, y proporciona apoyo psicosocial mientras los funcionarios del refugio evalúan si es posible reunir a las niñas con otros

miembros de su familia. Recibe financiación del Gobierno de México y está gestionado por la municipalidad local. UNICEF proporciona apoyo para reforzar el programa del centro de acogida a fin de ofrecer una atención holística y centrada en el niño, fomentar la resiliencia y el desarrollo de aptitudes para la vida, y organizar actividades psicosociales mediante el ocio y el deporte.

“Las investigaciones demuestran que los niños y niñas sufren estrés cuando no pueden salir de un mismo espacio, cuando están encerrados”, aseguró Adriana Arce, Directora de Oficina sobre el Terreno de UNICEF en Tapachula. “También han sufrido angustia durante el



Confección de máscaras: Materiales para una actividad de apoyo psicosocial en un albergue para niñas migrantes no acompañadas en México.
© UNICEF/UN0436866/Guerrero VII Photo

desplazamiento al migrar de un país a otro. Estas situaciones generan estrés y ansiedad y pueden acarrear problemas de salud mental”.

Muchas de las niñas también han huido de los peligros de su hogar, como los abusos, la violencia de las bandas, la trata de personas y las catástrofes naturales. Muchas llegan con experiencias que, sin el apoyo de un adulto que las cuide, pueden provocar un estrés tóxico, lo que supone un riesgo importante para su desarrollo y su salud mental.

“Sus derechos, su resiliencia, su autoestima y el poder de controlar sus vidas viajan con ellas”, aseguró Ana Cecilia Carvajal, que supervisa el apoyo

psicosocial que prestan los aliados de UNICEF sobre el terreno. “Queremos darles apoyo y recordarles lo que valen, así como ayudarlas a pensar de manera positiva”.

Durante su estancia, la prioridad de María ha sido asistir a clase, y ha logrado controlar su estrés y regular sus emociones, tal y como ella misma cuenta. Además, ha aprendido a valorar sus derechos. Aunque ha sufrido mucha tristeza, su fe la ayuda a mantener la esperanza y a mirar hacia el futuro, explicó la joven.

“A veces puedes aprender mucho, incluso cuando no sabes por qué Dios te llevó hasta ese lugar”, afirmó.

* María es un pseudónimo que se ha utilizado para protegerla. La joven fue entrevistada en marzo de 2021 en el Albergue Temporal para Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes Separados o No Acompañados.

LO QUE DICEN LOS JÓVENES

Antecedentes: Para esta edición del *Estado Mundial de la Infancia*, UNICEF colaboró con investigadores del Estudio Mundial sobre la Adolescencia Temprana de la Escuela de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins con el fin de organizar debates de grupos focales sobre la salud mental y el bienestar. De febrero a junio de 2021, los asociados locales facilitaron debates de grupos focales para adolescentes de 10 a 14 y de 15 a 19 años en 13 países. En ALC, los debates de los grupos focales se llevaron a cabo en Chile y en Jamaica. Este resumen incluye citas de algunos de los adolescentes que participaron en los debates. En 2022 se publicará un informe paralelo sobre estos debates.

La **pandemia de COVID-19** ha cambiado radicalmente la vida de los jóvenes de todo el mundo. Cuando las escuelas cerraron, los adolescentes, que dependen cada vez más de las relaciones con sus compañeros a medida que maduran, se quedaron aislados sin esas redes sociales. Durante los debates de los grupos focales, los adolescentes describieron los efectos de estas cuestiones sobre su salud mental. El **aislamiento social** y los problemas de **aprendizaje a distancia** son dos ejemplos de las cuestiones planteadas:

“Siento que... debido a la pandemia todos nos hemos sentido un poco más tristes, porque ya no te reúnes con amigos ni sales y siento que nos ha afectado mucho”. (Un joven, Chile).

“No poder ver a tus amigos causa depresión porque hablar por una pantalla no es lo mismo, no tienes la misma conexión que verlos en persona”. (Niña, Jamaica)

Durante los debates de los grupos focales, los adolescentes compartieron diferentes **niveles de angustia** que pueden experimentar a lo largo de la vida:

“Me pongo muy triste y luego empiezo a temblar, me empiezo a quedar sin aire y luego empiezo a llorar, como si no pudiera aguantar... parezco una zombi y no tengo nada más que hacer o trato de levantarme el ánimo pero hasta que no duerma no va a pasar”. (Niña, Chile)

“Personalmente creo que al crecer, todo el mundo pasa por una fase en la que empieza a desarrollar un nivel mínimo de depresión... así que personalmente creo que todo el mundo experimenta real y

verdaderamente la tristeza, pero cuando se convierte en depresión es cuando... esos sentimientos se ignoran o se potencian o se alimentan”. (Una joven, Jamaica)

Los adolescentes también señalaron que existe una posible **brecha generacional** a la hora de hablar con los progenitores sobre temas de salud mental y comentaron algunos de los retos que suponen las relaciones entre padres e hijos.

“Sucede mucho [que los progenitores invaliden nuestras experiencias]. Por ejemplo... una persona le cuenta a [sus] progenitores [sobre] sus problemas y los progenitores pueden decir: ‘...No tienes [una] deuda ni nada para estar triste’, y cosas así”. (Un joven, Chile)

“Cuando era más joven, expresaba mucho más mis sentimientos, pero no estaban validados cuando tenía 13, 14 años. Podía decir: ‘Tengo depresión, o me siento triste’, y me decían: ‘No, tú no sabes lo que sientes porque tienes 12 años”. (Una joven, Chile)

En los debates de los grupos focales, los adolescentes se hicieron eco de los temas relacionados con el **estigma y la salud mental**, y debatieron la forma en que dicho estigma puede impedir la búsqueda de ayuda:

"En Jamaica, no hablamos de la salud mental como algo normal. No es una cosa normal de la que hablemos todos". (Una joven, Jamaica)

Los adolescentes reconocieron los graves factores de riesgo que supone para la salud mental las relaciones con los compañeros. El **acoso** fue el tema más debatido durante los grupos focales, como comentó esta joven de Chile:

"[Me han acosado mucho en] otras escuelas... y estoy tan marcada por ello, que siento que si hago nuevos amigos van a empezar a criticarme." (Una joven, Chile)

En los debates de los grupos focales de todo el mundo quedó claro que las **normas de género** son importantes para la salud mental tanto de los niños como de las niñas. En general, los adolescentes estuvieron de acuerdo en que las niñas tienen menos problemas que los niños

para buscar ayuda debido a esas normas, y pueden acudir más fácilmente a amigos y familiares en busca de apoyo:

"En las mujeres [la autolesión] es más probable porque estamos expuestas [a] una mayor presión en la sociedad... porque se nos juzga más que a los [hombres]... Tenemos mucha presión por nuestra [imagen] corporal". (Una joven, Chile)

"Está bien que las niñas expresen sus sentimientos más que los niños. [Un hombre debe] mostrarse duro, ocultar sus sentimientos, y las niñas tienen la oportunidad de hablar con sus compañeras y sus progenitores y expresar lo que sienten por dentro; los niños tienen que aguantarse". (Un joven, Jamaica)

Los adolescentes también hablaron de las formas en que las condiciones de salud mental pueden aumentar las vulnerabilidades y llevar a la **autolesión**:

"Creo que la razón por la que la gente se autolesiona... es porque sienten tanto dolor emocional y mental que piensan que pueden

contribuir a bloquearlo con el dolor físico". (Una joven, Jamaica)

"Siento que hay muchos problemas como las autolesiones... muchas autolesiones, que incluso llegan a causar la muerte... hay mucho de eso en nuestro grupo de edad, especialmente debido a la baja autoestima, los problemas familiares, el acoso y ese tipo de cosas". (Una joven, Chile)

UN MARCO DE ACTUACIÓN

En el *Estado Mundial de la Infancia 2021* se han expuesto los retos en materia de salud mental que afrontan los niños y niñas y las y los adolescentes y sus familias. Se ha demostrado que estos retos ocurren a una escala mundial: desde el pueblo más pobre hasta la ciudad más rica, los niños y niñas y sus familias sufren dolor y angustia. En una edad y una etapa de la vida en la que los niños y niñas y los jóvenes deberían estar sentando unas bases sólidas para su salud mental a lo largo de toda la vida, se enfrentan, en cambio, a retos y experiencias que sólo pueden socavar esas bases.

El coste para todos nosotros es incalculable.

No tiene por qué ser así. Y no debería ser así.

Nuestras prioridades son –o deberían ser– claras. Puede que no tengamos todas las respuestas, pero sabemos lo suficiente como para poder actuar ahora y **promover** una buena salud mental para todos los niños y niñas, **proteger** a los niños y niñas vulnerables y **cuidar** a los niños y niñas que confrontan los mayores desafíos.

Este informe presenta un marco para ayudar a la comunidad internacional, a los gobiernos, a las escuelas y a otras partes interesadas a seguir precisamente esta vía, basándose en tres principios fundamentales: El **compromiso** de los líderes, respaldado por la inversión; la **comunicación** para acabar con el estigma e iniciar conversaciones sobre la salud mental; y la **acción** para reforzar la capacidad de la sanidad, la educación, la protección social y otros sectores, con el fin de apoyar mejor a las familias, las escuelas y las comunidades, y para mejorar en gran medida los datos y la investigación.

Compromiso, comunicación y acción por la salud mental

► **COMPROMETERSE** reforzar el liderazgo para definir objetivos claros junto con socios y partes interesadas y garantizar que se invierte en soluciones y personas procedentes de diversos sectores.

Ofrecer un liderazgo regional y nacional. Sobre la base de los esfuerzos existentes, se necesita un liderazgo regional y nacional más sólido para alinear a las partes interesadas en torno a objetivos claros y establecer prioridades; para desarrollar modelos de financiación que puedan ayudar a cerrar la brecha en la inversión; para establecer asociaciones destinadas a compartir conocimientos y experiencias –a nivel mundial, regional y nacional– sobre la prestación de servicios, la creación de capacidad, la recopilación de datos y pruebas, y la prestación de apoyo psicosocial y de salud mental en situaciones de crisis y emergencia; y, fundamentalmente,

para supervisar y evaluar los progresos.

Invertir en el apoyo a la salud mental. Lamentablemente, la salud mental no recibe suficiente financiación: muchos gobiernos sólo gastan unos cuantos céntimos per cápita directamente en el sector de salud mental, y las asignaciones de la ayuda internacional al desarrollo son escasas. La mayor parte del gasto se destina a servicios psiquiátricos, lo que significa que no se gasta casi nada en la prevención o en la promoción de la salud mental. En los últimos años se ha prestado mucha atención y se ha destacado la importancia de establecer objetivos específicos para la salud mental en los presupuestos de salud, generalmente de por lo menos el 5 por ciento en los países de ingresos bajos y medios, y de por lo menos el 10 por ciento en los países de ingresos altos.

Es necesario invertir en todos los sectores, no sólo en el de la salud, para apoyar un enfoque sólido que considere prioritario el desarrollo profesional de la fuerza de trabajo en los sistemas de salud, educación y protección social. Es necesario establecer objetivos claros y determinar fuentes de financiación e inversión nuevas e innovadoras para alcanzar esos objetivos. Y un principio rector de todas las inversiones –regionales y nacionales– es que deben ajustarse a enfoques basados en los derechos que tengan en cuenta las necesidades de las personas con experiencias de este tipo en sus vidas y cumplan con los instrumentos internacionales de derechos humanos.

► **COMUNICAR** significa hacer frente al estigma en torno a la salud mental, iniciar conversaciones y mejorar los conocimientos sobre salud mental. Significa amplificar la conversación a escala mundial sobre la salud mental

para sensibilizar y movilizar a todas las partes interesadas a fin de que actúen y faciliten el aprendizaje. También significa garantizar que los niños y niñas, los jóvenes y las personas con experiencias de este tipo en sus vidas formen parte de la conversación, que puedan expresar su opinión y participar de forma significativa en la elaboración de las respuestas centradas en la salud mental.

Acabar con el silencio y el estigma.

Los gobiernos y otras partes interesadas, incluidos los medios de comunicación, deben trabajar para acabar con el estigma en torno a la salud mental y promover un mensaje de inclusión. Cuando se dispone del apoyo y las oportunidades adecuadas, vivir con una enfermedad mental o una discapacidad psicosocial no tiene por qué ser un obstáculo para llevar una vida feliz y saludable. Combatir el estigma también significa promover la alfabetización en materia de salud mental: apoyar a los niños y niñas, las y los adolescentes y los cuidadores para que comprendan cuál es la mejor manera de promover una salud mental positiva, reconocer los signos de angustia en ellos mismos y en los demás, y buscar ayuda cuando más la necesitan.

Garantizar que los jóvenes puedan expresar su opinión. Se necesita un apoyo continuo para proporcionar a todos los jóvenes, especialmente a los que tienen experiencias relacionadas con la salud mental, los medios para una participación activa y significativa. Esto es posible hacerlo, por ejemplo, invirtiendo en grupos juveniles de la comunidad, en la creación conjunta de iniciativas entre iguales y en programas de formación.

los trabajadores de algunos sectores y sistemas esenciales, incluidos los servicios de salud mental y protección social, y poner en marcha una operación sólida de recopilación de datos e investigación.

Apoyar a las familias, padres y madres, y cuidadores. Apoyar a los padres y cuidadores es esencial para construir el bienestar de los niños, niñas y las y los adolescentes y para reducir y prevenir la violencia contra los niños y niñas. Las relaciones estables en el hogar pueden ayudar a proteger a los niños y niñas contra el estrés tóxico y promover la resiliencia y el bienestar general.

- **Promover el cuidado receptivo y los vínculos afectivos.** Es necesario ampliar los programas de crianza, centrándose en el aprendizaje social y emocional para ayudar a las familias y a los niños y niñas a establecer vínculos positivos y crear un entorno familiar positivo en el que los niños y niñas puedan prosperar.
- **Ayudar a los padres y madres a apoyar la salud y el bienestar de sus hijos.** Los padres y cuidadores necesitan apoyo para comprometerse con sus hijos a lo largo de la vida del niño y el adolescente a fin de fomentar su desarrollo social, emocional, físico y cognitivo. Los programas de formación y asesoramiento deben compartir conocimientos sobre salud, nutrición y desarrollo infantil, y estimular el aprendizaje en el hogar.
- **Cuidar la salud mental de los cuidadores.** Los programas de salud mental deben dar prioridad a los cuidadores, proporcionándoles apoyo para gestionar el estrés crónico y los conflictos, y para mejorar las estrategias de respuesta.
- **Capacitar a los progenitores para que respondan a los problemas de salud mental de los niños y niñas.** La formación de los padres puede mejorar el desarrollo, el comportamiento y los resultados familiares de los niños, niñas y las y los adolescentes con problemas de salud mental. Hay que invertir en la ampliación de los enfoques centrados en la familia, incluidos los diseñados para que los apliquen personas que no son especialistas.

Garantizar que las escuelas apoyen la salud mental.

Las escuelas desempeñan un papel único y vital en la vida de los niños, niñas y las y los adolescentes. La violencia y el acoso –tanto por parte de los maestros como de otros alumnos–, así como una presión excesiva para alcanzar el éxito, pueden minar la salud mental de los niños y niñas; en cambio, un entorno escolar cálido y unas relaciones positivas entre los alumnos, y entre éstos y los maestros, pueden reforzarla.

- **Invertir en un enfoque integral de la salud mental en la escuela.** Un enfoque holístico significa que no hay que centrarse sólo en el plan de estudios, sino considerar también todas las formas en que las escuelas influyen en el desarrollo y el bienestar de los niños y niñas. Este enfoque debe tratar de fomentar un clima escolar positivo y cálido que haga que los niños y niñas se sientan seguros y conectados. Debe ofrecer capacitación periódica sobre salud mental y bienestar psicosocial a los maestros y el resto del personal, así como a los niños y niñas, las y los adolescentes y sus familias.
- **Reforzar los conocimientos y las competencias socioemocionales de los maestros.** Los maestros son fundamentales para garantizar que los niños, niñas y las y los adolescentes aprendan y prosperen en la escuela. Los maestros y el resto del personal escolar necesitan apoyo para desarrollar su capacidad de modo que puedan, a su vez, ayudar a los niños, niñas y las y los adolescentes a aprender sobre salud mental y desarrollar hábitos saludables, y para que puedan reconocer a los estudiantes que necesitan apoyo adicional.

▶ **ACTUAR** significa trabajar para minimizar los factores de riesgo y maximizar los factores de protección de la salud mental en ámbitos clave de la vida de los niños, niñas y las y los adolescentes, especialmente la familia y la escuela. En términos más generales, también significa invertir y capacitar a

- **Prevenir el suicidio.** La formación especializada de maestros y compañeros (así como de padres, consejeros escolares y trabajadores sociales y de la salud) puede contribuir a identificar a los niños y niñas en riesgo a fin de ofrecerles apoyo. Los programas nacionales de prevención del suicidio pueden desempeñar un papel importante en el apoyo a los esfuerzos para, por ejemplo, restringir el acceso a los instrumentos que facilitan el suicidio, fomentar que los medios de comunicación ofrezcan una información responsable e identificar y eliminar los contenidos perjudiciales en las redes sociales.

Fortalecer y equipar múltiples sistemas y fuerzas laborales para hacer frente a los complejos desafíos. El enfoque de los programas y servicios de salud mental debe ampliarse para aprovechar las oportunidades de promover, proteger y atender la salud mental no sólo en los servicios de salud, sino en ámbitos como la protección social y la atención comunitaria. Sin embargo, para que esto ocurra de forma eficaz y sostenible, es necesario reforzar al personal centrado en el niño y la familia, así como los sistemas pertinentes, tanto para prestar servicios en todos los sistemas y entornos como para garantizar que se respeten las necesidades y los derechos humanos de todos los niños y niñas.

- **Integrar los servicios de salud mental en los sistemas de protección social y atención comunitaria.** Para llegar a los niños y niñas y jóvenes sin acceso, es preciso prestar los servicios no solo a través de los sistemas de

salud, sino de una amplia gama de sectores y plataformas de prestación, como la educación, la protección social y la atención comunitaria. Las intervenciones basadas en la comunidad son especialmente adecuadas para identificar y apoyar a los niños y niñas en riesgo que requieren atención especializada. Los trabajadores comunitarios necesitan recibir formación, apoyo y supervisión continuos para aumentar sus conocimientos y aptitudes.

- **Proporcionar intervenciones de prestación de apoyo psicosocial y de salud mental en entornos humanitarios y frágiles.** Las respuestas en esos entornos deben ser específicas para cada contexto y estar estructuradas a varios niveles, y proporcionar a los niños y niñas los medios y recursos necesarios para hacer frente a la ansiedad y a las formas graves de angustia. Debe ofrecerse atención especializada a las poblaciones más vulnerables.
- **Respetar los derechos de la infancia en los servicios de salud mental.** Los derechos de la infancia deben ser respetados en el diseño y la prestación de los servicios de salud mental, y los usuarios de los servicios deben ser tratados no como pacientes sino como individuos con derechos. La atención debe estar centrada en la persona, estar libre de coerción, estar orientada a la recuperación y estar basada en el respeto a los derechos humanos.
- **Abordar las desigualdades de género en los programas de salud mental.** Los programas de salud mental deben tratar activamente de corregir las desigualdades de género evaluando y atendiendo las necesidades de las mujeres, las niñas, los niños, los hombres y las personas no binarias mediante

la recopilación de datos, una consulta y participación amplias, y el seguimiento.

Mejorar los datos, la investigación y las pruebas. Desafortunadamente, los datos sobre la salud mental de los niños y niñas, las y los adolescentes y los cuidadores son escasos, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, donde vive la mayoría de los adolescentes del mundo. La falta de datos y pruebas lleva a que los niños y niñas con problemas de salud mental sean invisibles, y además se ha convertido en un gran obstáculo para la elaboración y la planificación de políticas. La falta de investigación y la inadecuada inversión en investigación sobre la ejecución también menoscaban los avances en materia de salud mental.

- **Reforzar la investigación.** Es necesario realizar una mayor inversión en la investigación sobre niños, niñas y las y los adolescentes, que debe ser aplicable transculturalmente, adaptable a las realidades locales y capaz de captar diversas experiencias y realidades.
- **Supervisar sistemáticamente la salud mental.** Se necesita un esfuerzo decidido para desarrollar un conjunto consensuado de indicadores básicos en torno a la salud mental de los niños y niñas y las y los adolescentes, que abarque la prevalencia de los trastornos mentales, la prestación de atención de salud mental y el alcance de los esfuerzos para promover la salud mental.
- **Apoyar la investigación y la ciencia de la ejecución.** Es necesario aumentar la inversión en la ciencia de la ejecución, que investiga cómo una serie de factores pueden impedir o acelerar la ejecución de las políticas y las intervenciones.