



Fundación H.A Barceló

Facultad de medicina.

Maestría en Neuropsicofarmacología clínica

Propuesta de alfabetización en salud mental a instituciones educativas en
Latinoamérica

Dra. Ivangela Vega Muñoz

Tutora: Dra. Silvia Papuchado

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Diciembre del 2023

INDICE

1. Introducción
2. Planteamiento del problema
3. Justificación
4. Objetivos Generales y específicos
5. Marco teórico
6. Metodología de la investigación
7. Discusión
8. Resultados
9. Conclusión
10. Recomendaciones
11. Bibliografía

1. Introducción

La salud mental es un aspecto fundamental en el desarrollo y bienestar de las personas. Sin embargo, en Latinoamérica existe una gran brecha en la comprensión y atención de los problemas de salud mental, especialmente en el ámbito educativo. Las instituciones educativas juegan un papel clave en la formación integral de los estudiantes, pero muchas veces carecen de los recursos y conocimientos necesarios para abordar adecuadamente estas problemáticas.

Esta tesis tiene como objetivo presentar una propuesta de alfabetización en salud mental dirigida a instituciones educativas en Latinoamérica. A través de esta propuesta, se busca brindar a los estudiantes, docentes y personal administrativo las herramientas necesarias para comprender, prevenir y abordar los problemas de salud mental de manera efectiva.

En este contexto, se analizarán diferentes enfoques y estrategias que han sido implementadas en otras regiones del mundo, con el fin de identificar aquellas que puedan adaptarse de manera adecuada a la realidad latinoamericana. Además, se tomarán en cuenta los desafíos y barreras culturales, sociales y económicas que podrían afectar la implementación de esta propuesta en la región.

Se espera que esta investigación contribuya a fortalecer la educación en salud mental en instituciones educativas de Latinoamérica, promoviendo así el bienestar y desarrollo integral de los estudiantes. Asimismo, se busca generar conciencia sobre la importancia de abordar de manera integral la salud mental, rompiendo estigmas y promoviendo una sociedad más inclusiva y empática.

A lo largo de esta tesis se presentarán evidencias, estudios de caso y recomendaciones concretas para la implementación de la propuesta de alfabetización en salud mental en instituciones educativas de Latinoamérica.

2. Planteamiento del problema

En el informe mundial sobre salud mental, “ transformar la salud mental para todos” publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general realiza una invitación a reflexionar sobre los efectos de largo alcance de la pandemia de COVID-19 y el enorme costo que ha supuesto para la salud mental de las personas, “ las tasas de trastornos mentales comunes, como la depresión y la ansiedad, aumentaron en un 25%, sumándose a los casi 1000 millones de personas que ya padecían algún trastorno mental ” (2022, p. v).

Así mismo, la organización mundial para la salud, en el informe antes mencionado, indica que, en todos los países, los trastornos mentales son muy frecuentes, apoyándose en las siguientes cifras: Aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo sufre algún trastorno mental. La prevalencia de los distintos trastornos mentales varía en función del sexo y la edad. Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos son los más comunes, tanto en hombres como en mujeres. El suicidio afecta a personas y a sus familias en todos los países y contextos, y a todas las edades. A nivel mundial, puede haber 20 intentos de suicidio por cada fallecimiento, y, sin embargo, el suicidio representa más de uno de cada 100 fallecimientos. Es una de las principales causas de muerte entre los jóvenes. Los trastornos mentales son la principal causa de años perdidos por discapacidad (APD), y representan uno de cada seis casos de APD en el mundo. (OMS, 2022, p. 3) Por tanto, la OMS (2021), muestra este mismo análisis, en su informe del estado mundial de la infancia, indicando que “ la pérdida anual de capital humano que se deriva de las afecciones de salud mental en niños de 0 a 19 años es de 387.200 millones de dólares (en dólares de paridad de poder adquisitivo). De esta cifra, 340.200 millones de dólares reflejan los trastornos que incluyen la ansiedad y la depresión, y 47.000 millones de dólares reflejan la pérdida debida al suicidio. De los 340.200 millones de dólares, los trastornos de ansiedad representan el 26,93%; los trastornos de conducta, el 22,63%; y la depresión, el 21,87% “, en este sentido, es conveniente resaltar que, ante esta realidad, se ven

enfrentados los docentes, muchos de ellos con burnout por la falta de cualificación en salud mental y sus nuevos desafíos.

Igualmente, la UNICEF (2021), estado mundial de la infancia también nos proporciona un acercamiento estadístico, se calcula que más del 13% de los adolescentes de 10 a 19 años padecen un trastorno mental diagnosticado según la definición de la Organización Mundial de la Salud. Esto representa 86 millones de adolescentes de 15 a 19 años y 80 millones de adolescentes de 10 a 14 años. 89 millones de adolescentes varones de 10 a 19 años y 77 millones de mujeres adolescentes de 10 a 19 años viven con un trastorno mental. Las tasas de prevalencia de los trastornos diagnosticados son más altas en las regiones de Oriente Medio y África del Norte, América del Norte y Europa Occidental. La ansiedad y la depresión representan alrededor del 40% de estos trastornos de salud mental diagnosticados; los demás incluyen el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad, el trastorno de la conducta, la discapacidad intelectual, el trastorno bipolar, los trastornos alimentarios, el autismo, la esquizofrenia y un grupo de trastornos de la personalidad. Los niños y los jóvenes también manifiestan un malestar psicosocial que no alcanza el nivel de trastorno epidemiológico, pero que perturba su vida, su salud y sus perspectivas de futuro.

Según una investigación llevada a cabo por Gallup para el próximo informe Changing Childhood de UNICEF, un promedio del 19% de los jóvenes de 15 a 24 años de 21 países declararon en el primer semestre de 2021 que a menudo se sienten deprimidos o tienen poco interés en realizar alguna actividad.

Paralelamente, la OMS (2022), concluye que: “En general, las consecuencias económicas de los trastornos mentales son enormes. Las pérdidas de productividad y otros costos indirectos para la sociedad suelen superar con creces los costos de la atención de salud. Desde el punto de vista económico, la esquizofrenia es el trastorno mental más costoso por persona para la sociedad. Los trastornos depresivos y de ansiedad son mucho menos costosos por persona, pero son mucho más frecuentes y, por lo tanto, contribuyen en gran medida a los gastos totales a nivel nacional “.

En cuanto a las necesidades en materia de salud mental, se exige una transformación multisectorial que permita promover y proteger la salud mental que además de constituir bienestar general dentro de la salud integral es un derecho humano de todos y todas, hasta el momento, se han llevado a cabo iniciativas por ejemplo en 2013, los estados miembros de la OMS, adoptaron el plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, el último análisis de la OMS sobre los resultados de los países con respecto al plan de acción muestra que los avances han sido lentos y los trastornos mentales continúan teniendo graves

consecuencias posteriores al impacto de la pandemia y la demanda sigue en aumento con una población que adolece de conocimientos y habilidades para detectar los trastornos de salud mental sumado a los insuficientes recursos disponibles para la salud mental en el marco legal, económico, estadístico, educativo, político y de acción comunitaria.

Del mismo modo, el informe mundial sobre la salud mental 2022, también nos informa que “en promedio, los países dedican menos del 2% de sus presupuestos de atención de salud a la salud mental. En los países de ingresos medianos, más del 70% del gasto en salud mental sigue destinándose a los hospitales psiquiátricos. Casi la mitad de la población mundial vive en países en los que solo hay un psiquiatra por, al menos, cada 200.000 habitantes”.

Por otro lado, el informe de la UNICEF, también señala cifras igual de alarmantes,

indicando además que “a pesar de la demanda de apoyo, el gasto gubernamental medio en salud mental en todo el mundo representa apenas el 2,1% del gasto gubernamental medio en salud en general. En algunos de los países más pobres del mundo, los gobiernos gastan menos de 1 dólar por persona en el tratamiento de enfermedades mentales. El número de psiquiatras especializados en el tratamiento de niños y adolescentes era inferior al 0,1 por 100.000 en todos los países, excepto en los de ingresos altos, donde la cifra era de 5,5 por 100.000. La inversión en la promoción y la protección de la salud mental distinta de la atención destinada a los niños que afrontan trastornos más graves, es extremadamente baja.

La falta de inversión significa que, los trabajadores incluidos los de base comunitaria, no están equipados para abordar los problemas de salud mental en múltiples sectores, como la atención primaria de salud, la educación y la protección social, entre otros “, sumado a esto la estigmatización es una de las principales limitantes para que la población reciba tratamiento en especial la nueva generación niños y niñas que en las condiciones actuales en salud mental tienen menos oportunidades de crecer, aprender, utilizar su máximo potencial y prosperar.

En este orden de ideas, es preciso señalar que, invertir en la salud mental representa invertir en los derechos humanos, en la salud pública y en el desarrollo social y económico de un país, debido a esto, la UNICEF presenta la salud mental como “ un derecho básico y esencial para alcanzar los objetivos mundiales, incluidos los Objetivos de Desarrollo Sostenible “ y también afirma que “ la relación entre la pobreza y la salud mental es de doble vía. La pobreza puede provocar problemas de salud mental, y los problemas de salud mental pueden provocar pobreza. En todo el mundo, casi el 20% de los niños menores de 5 años viven en la pobreza extrema “. Por otra parte, indica que “ una mala salud mental frena el desarrollo al reducir la productividad, tensar las relaciones sociales y agravar los ciclos de pobreza y desventaja (OMS) “.

Ante esta realidad, es urgente realizar una transformación multisectorial en la salud mental, especialmente en el ámbito educativo, es una tarea titánica que necesita vías distintas de promoción y prevención en Latinoamérica para su abordaje y que mejor escenario que colegios y universidades donde se encuentra en un momento crucial y decisivo la mayoría de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de un país, en quienes se puede minimizar los riesgos en salud mental y maximizar los factores de protección marcando una impronta garantizada con programas de alfabetización en salud mental dirigidos a instituciones educativas con alcances a docentes y padres de familia quienes son los protagonistas de los entornos de atención de niños niñas adolescentes y jóvenes.

En este mismo sentido, conviene resaltar que la alfabetización en salud mental es poco implementada y documentada en Latinoamérica, el informe del SESPAS (2020), señala que “existe evidencia de alta calidad que respalda la implementación de programas de alfabetización en salud mental en población escolar de estudios secundarios”, este informe también da a conocer que “los resultados muestran que estos programas incrementan los conocimientos en salud mental, mejoran las conductas de búsqueda de ayuda y reducen las conductas de estigma”, esto lo respalda la UNICEF con un “análisis realizado por RTI para su informe que indica que las intervenciones escolares que abordan la ansiedad, la depresión y el suicidio, proporcionan un retorno de la inversión de 21,5 dólares por cada dólar invertido en 80 años”.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta: ¿Qué protocolo de alfabetización en salud mental podríamos implementar para provocar en las instituciones educativas el aumento de conocimiento, promoción en salud mental y prevención de las enfermedades mentales?

3. Justificación

La salud mental es un tema de vital importancia en la sociedad actual. Los problemas de salud mental, como la depresión, la ansiedad, el estrés y otros trastornos psicológicos, afectan a un gran número de personas en todo el mundo, incluyendo a niños y adolescentes. Estas condiciones pueden tener un impacto significativo en el rendimiento académico, las relaciones interpersonales y el bienestar general de los individuos.

En Latinoamérica, la salud mental es una problemática que ha sido subestimada y desatendida por mucho tiempo. Existen diversos factores que contribuyen a esta situación, como la falta de recursos, la estigmatización social y la falta de conciencia sobre la importancia de la salud mental. Además, las instituciones educativas, que son espacios clave en la formación de los estudiantes, a menudo carecen de los conocimientos y herramientas necesarias para abordar adecuadamente estas problemáticas.

Esta tesis se justifica por la necesidad de desarrollar una propuesta de alfabetización en salud mental dirigida a las instituciones educativas en Latinoamérica. Es fundamental que los estudiantes, docentes y personal administrativo de estas instituciones estén capacitados para comprender, prevenir y abordar los problemas de salud mental de manera efectiva. La alfabetización en salud mental brinda las herramientas necesarias para identificar los signos y síntomas de los trastornos mentales, así como para promover la prevención y el autocuidado.

Además, esta propuesta busca romper con los estigmas y prejuicios asociados a la salud mental, fomentando una cultura de respeto, empatía y comprensión. Al promover la alfabetización en salud mental en las instituciones educativas, se contribuye a crear un ambiente de apoyo y contención para los estudiantes, donde se sientan seguros y respaldados en el cuidado de su salud mental.

La implementación de esta propuesta también puede tener un impacto a largo plazo en la sociedad, ya que los estudiantes que adquieran conocimientos en salud mental podrán ser agentes de cambio en sus comunidades, promoviendo la conciencia y la atención adecuada de los problemas de salud mental.

En resumen, la justificación de esta tesis radica en la necesidad imperante de desarrollar una propuesta de alfabetización en salud mental en las instituciones educativas de Latinoamérica. Esto permitirá abordar de manera adecuada los problemas de salud mental, promoviendo el bienestar y el desarrollo integral de los estudiantes, así como generando conciencia y rompiendo estigmas en la sociedad.

4. Objetivos

Objetivo general

Estimar un protocolo de alfabetización en salud mental basado en informes y recomendaciones de organismos internacionales, que aporte una estrategia efectiva para las instituciones educativas en el reconocimiento, promoción y prevención en salud mental de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de Latinoamérica.

Objetivos específicos

- desarrollar los conocimientos en salud mental de las instituciones educativas de Latinoamérica incluyendo a padres, alumnos y cuerpo docente.
- Reconocer los factores de protección en salud mental.
- Cambiar positivamente la prevalencia de los trastornos mentales en Latinoamérica y el estigma asociado a trastornos mentales a través del conocimiento.
- Cualificar en la promoción y prevención de la salud mental a docentes directivos y demás funcionarios de las instituciones educativas en Latinoamérica.
- Identificar tempranamente los trastornos mentales en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de Latinoamérica.
- Aplicar la inclusión social de quienes padecen enfermedades mentales en Latinoamérica.
- Describir difundir y disminuir las conductas de riesgo en salud mental en las instituciones educativas de Latinoamérica.
- Preparar a todos los participantes de las instituciones educativas en la aplicación de primeros auxilios en salud mental en Latinoamérica.
- Reconocer los recursos disponibles para la promoción de salud mental, la prevención de los trastornos y su valoración y tratamiento en Latinoamérica.

- Originar la inversión en la promoción y la protección de la salud mental en el sector educativo de Latinoamérica.
- Informar al cuerpo docente y demás funcionarios de la educación en Latinoamérica sobre la detección y prevención del burnout.
- Producir un mejor rendimiento y potencial académico en Latinoamérica a través herramientas que impulsen una adecuada salud mental

5. Marco teórico.

Conceptos básicos

Primera infancia

Para efectos del trabajo de UNICEF y siguiendo la propuesta del Comité de los Derechos del Niño, se aborda la primera infancia desde la gestación, pasando por el nacimiento, hasta los 8 años de edad (1). OMS y UNICEF en 2013 plantearon la definición de primera infancia como el “período que se extiende desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años de edad”, poniendo de manifiesto que es el período más intenso de desarrollo cerebral de todo el ciclo de vida, y por tanto la etapa más crítica del desarrollo humano. (2)

la primera infancia es la etapa evolutiva más importante de los seres humanos, pues en los primeros años de vida se establecen las bases madurativas y neurológicas del desarrollo (3). Los rangos definidos de la infancia en Latinoamérica están adaptados para cada país de acuerdo a su realidad y a la estructura del sistema de educación la transición de niños y niñas al primer año de educación básica, un ejemplo de ello se muestra en la siguiente tabla.

País	Rango definido para primera infancia	Referencia
Chile	período entre su nacimiento y el principio de su adolescencia (generalmente, entre los 12 y 13 años, según el desarrollo de cada persona).	La infancia en Chile: http://www.chileparaninos.gob.cl/
Colombia	Franja poblacional de 0 a 6 años de edad.	Comisión Intersectorial para la Atención Integral a la Primera Infancia. Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia “De Cero a Siempre”:

		Fundamentos políticos, técnicos y de gestión. 2013
Uruguay	Período comprendido entre el nacimiento y los 5 años y 11 meses de edad	Consejo Nacional de Políticas Sociales de Uruguay (2016). Plan Nacional de Primera Infancia y Adolescencias 2016-2020.
Guatemala	Período comprendido entre la gestación a los seis años de edad.	Gobierno de Guatemala. Política Pública Desarrollo Integral de la Primera Infancia.2010 - 2020.
Honduras	Período comprendido entre la gestación a los seis años de edad.	Gobierno de Honduras. Política Pública para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia. 2012
Nicaragua	Período comprendido entre los 0 y 6 años de edad.	Gobierno de Nicaragua. Política Nacional de Primera Infancia "Por amor a los más chiquitos y chiquitas". 2011
Costa Rica	Etapas comprendidas entre la concepción y los ocho años de edad	Ministerio de Educación Pública. Gobierno de Costa Rica. Atención a la primera infancia: un derecho, una oportunidad y un reto.
Salvador	el período comprendido desde el momento de la gestación de toda niña o niño hasta cumplir los nueve años	Informe sobre el estado de situación de los derechos de la niñez y de la adolescencia 2016 - 2017. San Salvador, El Salvador. Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia. (CONNA)

Adolescencia

para la adolescencia encontramos una definición y rangos etarios en Latinoamérica universales en acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el periodo comprendido entre 10 y 19 años, es una etapa compleja de la vida, marca la transición de la infancia al estado adulto, con ella se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales. Se clasifica en primera adolescencia, precoz o temprana de 10 a 14 años y la segunda o tardía que comprende entre 15 y 19 años de edad (4), También existen distintas clasificaciones de la adolescencia, utilizamos la siguiente: primera adolescencia, precoz o temprana de 10 a 14 años y la segunda o tardía que comprende entre 15 y 19 años de edad, pero en el libro de la Organización Panamericana de la Salud “Jóvenes, opciones y cambios”, del año 2008 se utiliza otra clasificación (5)

Salud mental

La OMS define la salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (6) La salud mental es, por lo tanto, no solo la ausencia de un trastorno mental, sino un estado de bienestar en el que la persona está capacitada para armonizar sus habilidades, sentimientos y valores morales con las demandas de la vida y hacer frente al estrés que estas puedan ocasionar. (6,7) La salud mental está determinada por factores socioeconómicos, biológicos y medioambientales, y la satisfacción de la persona consigo misma depende de la realización personal de sus necesidades de acuerdo a ellos. (6,7)

Bienestar

Es un concepto extenso relacionado con elementos emocionales, psicológicos y sociales ya que abarca varios ámbitos como la economía, nutrición, salud y la psicología.

Trastorno mental

Un trastorno mental es un patrón conductual resultante de una disfunción a nivel psicológico o biológico, cuyos síntomas impiden el funcionamiento normal de la persona en su vida cotidiana, debido a las alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos que supone la enfermedad. (8) A la hora de desarrollar una enfermedad mental, los factores que se ven implicados son los siguientes: por una parte, biológicamente, la genética; por otra parte, ambientalmente, la familia, el grupo de amigos, la cultura y el ámbito social; y, por último, psicológicamente, el aspecto cognitivo y emocional de la persona. (8) Un trastorno mental es bastante limitante, ya que las capacidades de razonamiento de la persona se ven alteradas y esta presenta problemas de adaptación en su desarrollo como individuo en la sociedad. (8)

alfabetización en salud mental

El concepto de alfabetización en salud aparece en los años setenta del siglo XX. la OMS recoge el vínculo entre alfabetización lecto-escritora y salud definiendo la alfabetización en salud como: "las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud". (9)

Asimismo, para la Comisión Europea formado por ocho países (Grecia, Irlanda, los Países Bajos, Austria, Polonia, España, Bulgaria y Alemania) definen la alfabetización en salud como: "la habilidad de leer, filtrar y comprender información sobre salud para ser capaz de formarse opiniones juiciosas". En 1997 el concepto se generaliza y se aplica entonces a las dolencias mentales. Anthony F. Jorm. Con el fin de darle lugar y atender un área en la salud inadvertida, porque se ha logrado el conocimiento público de enfermedades crónicas, infecciosas, oncológicas, pero carecen de conocimientos sobre trastornos mentales es por ello que Jorm. Define bajo varias dimensiones el concepto de alfabetización en salud mental como: los conocimientos y las creencias sobre desórdenes mentales que ayudan a su reconocimiento, manejo y prevención. (9)

la alfabetización en salud mental incluye:

- la habilidad para reconocer desórdenes específicos;
- el conocimiento sobre cómo buscar información en salud mental
- el conocimiento de los riesgos y las causas,
- los posibles tratamientos tanto profesionales como de auto ayuda;
- actitudes que promueven el reconocimiento de búsquedas adecuadas de apoyo.

Jorm. Ha sido un gran pionero la alfabetización en salud mental realizó en los años 90 una encuesta en Australia donde hizo uso de descripciones breves basadas en el Manual estadístico de diagnóstico psiquiátrico de la asociación americana de psiquiatría (DSM IV) y su equivalente de la OMS (CIE 10) el objetivo era que el encuestado respondiera preguntas que evaluaran su alfabetización en salud mental de esta investigación se extrae dos conclusiones importantes, la primera es que la mayoría de los encuestados reconocen algún tipo de dolencia mental, pero pocos asignan la etiqueta diagnóstica correcta y la segunda conclusión es que “el nivel de alfabetización en salud mental debe aumentarse”(12), Jorm en el año 2000 continúa su trabajo e introduce el concepto del estigma asociado a las dolencias mentales como resultado de la escasa alfabetización en salud mental de la población, y destaca la necesidad de diseñar campañas de alfabetización (13)

Otros investigadores como, Kutcher, Wei y Cognilio (14) han propuesto el concepto de alfabetización en salud mental que aborda factores claves para determinar buenos resultados.

tienen énfasis en luchar contra el estigma, mantener una buena salud mental y empoderar a la población en la búsqueda eficaz de ayuda este concepto incluye cuatro componentes:

1. La capacidad de comprender cómo optimizar y mantener una buena salud mental.
2. El comprender los trastornos mentales y su tratamiento.
3. Las actitudes apropiadas hacia aquellos que viven con trastornos mentales y disminuir el estigma.
4. El mejorar la capacidad de buscar ayuda en los servicios de atención en salud mental adecuados. (15)

El progreso en el alcance de la información en salud en Latinoamérica es para la mayoría ilimitado a través del internet y uso de redes sociales, pero la preparación que tiene la población Latinoamérica para Acceso, comprensión, evaluación y aplicación de la información relevante para la salud en los distintos contextos en los que sea necesario se ve limitada por la ausencia de la alfabetización en salud, en Europa conscientes de esta gran necesidad la comisión europea asociados con la Universidad de Maastricht se planteó la investigación en el campo de la alfabetización en salud y documentar, por primera vez, datos relativos en los países europeos, como también contar con indicadores para la vigilancia y establecer una Red Europea de Alfabetización en Salud. Siguiendo estos mismos pasos En diciembre del año 2013, un grupo organizó un seminario-taller denominado Consorcio Regional para la Alfabetización en Salud en Latinoamérica en sociedad con la Universidad de Concepción, de Chile; la Universidad de San Marcos, de Perú; la Universidad de Campinas (Brasil) y la Universidad Nacional Autónoma de México, la

Universidad de Panamá que en el 2014 incorporó a la UNAM, Universidad Industrial de Santander, Colombia, Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba.

El consorcio Regional para la Alfabetización en Salud en Latinoamérica, respaldado por la UNESCO, está integrado en su mayoría por universidades latinoamericanas, que tienen cinco objetivos:

1. contar con un instrumento adecuado que permita medir la alfabetización en salud;
2. cuantificar por primera vez en la región los datos de alfabetización en la materia y ofrecer indicadores para una vigilancia;
3. realizar una evaluación comparativa en distintos países;
4. crear órganos consultivos nacionales en las naciones que intervienen en el estudio
5. promover investigación especializada.

Los resultados de estos objetivos, permitirán realizar recomendaciones para mejorar la alfabetización en la salud, actuar sobre la atención y el cuidado, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en Latinoamérica.

Promoción de salud

El concepto de Promoción de la Salud busca que todas las personas desarrollen su mayor potencial de salud, constituye un proceso multisectorial, político y social abarca acciones para modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva. Carta de Ottawa (OMS)

Prevención

El concepto de prevención según la (OMS) se refiere a las medidas asignadas a la prevención de las enfermedades, la reducción de factores de riesgo, atenuar las consecuencias de las enfermedades y detener su avance se clasifica en prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

Prevención Primaria	Prevención Secundaria	Prevención Terciaria
Son "medidas orientadas a evitar la aparición de una	"En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano,	Se fundamenta en el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de

<p>enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998, Colimón, 1978) (16)</p>	<p>la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. “(OMS, 1998, Colimón, 1978) (16)</p>	<p>rehabilitación oportunamente. Busca disminuir el sufrimiento causado por la pérdida de salud; ayudarlos en el proceso de adaptación a sus problemáticas de salud y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad. (16)</p>
--	---	---

Promoción de la salud mental

La promoción de la salud mental se realiza partiendo de iniciativas que crean condiciones individuales, sociales, educativas, nutricionales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico, neurobiológico y psicofisiológico con la finalidad de lograr una mejor calidad de vida y una salud positiva.

La promoción en salud mental tiene objetivos distintos desde el enfoque individual, comunitario y social, todos estos igual de importantes. En el enfoque individual se centra el objeto de la promoción de la salud mental en la forma de pensar y sentir de cada individuo teniendo en cuenta las necesidades emocionales, afectiva y las vicisitudes de la vida; En el enfoque comunitario los objetivos de promoción de la salud mental se orientan a la inclusión social, mejorar la calidad de vida a través de una adecuada información en las redes sociales, la participación de la comunidad, la mejoría de las relaciones interpersonales en las comunidades de pertenencia como instituciones educativas, por ultimo la promoción de la salud mental con un enfoque social se relaciona a todo aquello que promueva el desarrollo social con inclusión, participación, acceso a la atención en salud mental, integración educativa y solidaridad respondiendo activamente en contra del estigma y la discriminación.

Prevención de los trastornos mentales

Según la OMS la prevención de los trastornos mentales tiene el objetivo de “reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad” (OMS, 2004b, p.17).

El foco de la participación preventiva en salud mental se encuentra en minimizar factores de riesgo como son las experiencias adversas en la infancia y maximizar factores de protección a través de políticas y leyes que protejan la salud mental, apoyo a los cuidadores para que brinden una atención afectuosa a las edades vulnerables pero también de oportunidades en el área de la salud mental (la primera infancia, Infancia y adolescentes), hacer efectivos los programas escolares con intervención contra la intimidación, impulsar la resiliencia y establecer ambientes que favorezcan la salud mental en las comunidades y espacios digitales, esta participación preventiva en salud mental no se limita al sector salud para que sea efectiva requiere la participación multisectorial donde están incluidas las instituciones educativas, “los programas escolares de aprendizaje social y emocional figuran entre las estrategias de promoción más eficaces para los países de todos los niveles de ingreso “(OMS, 2022, p 8).

Es importante distinguir tres niveles de intervención preventiva en salud mental según la población a la cual va dirigida y a su riesgo:

Prevención universal	Prevención selectiva	Prevención indicada
<ul style="list-style-type: none">• Dirigido a la población general ejemplo la familia y la escuela.	<ul style="list-style-type: none">• Dirigido a individuos o subgrupos de la población	<ul style="list-style-type: none">• Dirigido personas en alto riesgo para trastornos mentales

<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de desarrollar un trastorno mental bajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de desarrollar un trastorno mental moderada por factores de riesgo psicológico o social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poseen Factores de riesgos hereditarios o presentan signos o síntomas sin diagnóstico de un trastorno mental
--	---	--

El desafío mundial de prevención de la salud mental está dirigido hacia el suicidio, como la meta de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas donde se propone reducir en un tercio la mortalidad prematura para 2030. El mundo se está alejando de la meta de reducción de suicidios para 2030, La OMS comprometida con ayudar a todos los países tengan o no estrategias nacionales anti suicidio participa activamente en este desafío de prevenir el suicidio, aportando en junio del 2021 la guía LIVE LIFE – VIVIR LA VIDA (en inglés y francés), los fundamentos de esta guía son El análisis de la situación, la necesidad de La colaboración multisectorial, La sensibilización y promoción, El desarrollo de las capacidades, En el monitoreo y la evaluación y La financiación para la prevención del suicidio, también da claves implementación con 4 intervenciones eficaces para la prevención del suicidio:

V: Limitar el acceso a los medios que posibiliten el suicidio.

I: Interactuar con los medios de comunicación para una información responsable sobre el suicidio.

D: Desarrollar las aptitudes sociales y emocionales para la vida de los jóvenes.

A: Detectar a tiempo a todas las personas afectadas.

Sensibilización y promoción

“La sensibilización de salud pública es un proceso organizado de comunicación dirigido al público para aumentar los conocimientos y cambiar actitudes, creencias o comportamientos relativos a un tema de salud pública importante.

La promoción se puede combinar con la sensibilización para fomentar los

cambios necesarios encaminados a resolver un problema. ” (Vivir la vida, 2021 p 25)

La sensibilización en comunidades y países aumenta la demanda de apoyo y servicio en salud mental, la sensibilización puede ser continua con métodos como la comunicación estática a través de vallas publicitarias en las instituciones educativas, noticias impresas regularmente, carteles en lugares estratégicos a los que acceden niños, niñas, adolescentes y jóvenes que buscan ayuda o pueden correr riesgo suicida, otros lugares aparte de las instituciones educativas podrían ser transporte público, centros comerciales, parques, servicio de salud, lugares recreativos y deportivos y conjuntos residenciales.

Movimientos comunitarios de varios países han emprendido la labor de la sensibilización, Kenya cuenta con una organización benéfica que crea una plataforma para la labor de promoción de la prevención del suicidio en este país, Befrienders kenya es una fundación que se enfoca en la prevención del suicidio y cuentan con voluntariado y donaciones de simpatizantes, quienes ofrecen apoyo emocional gratuito, prestan servicio de escucha a quienes lo requieran, coordinan esfuerzos en el día mundial para la prevención del suicidio, trabajan con los medios de comunicación e impartir formación para los líderes comunitarios o bien llamados por ellos los guardianes dotándolos con las aptitudes y los conocimientos necesarios para contribuir a la reducción del estigma y la promoción del comportamiento de búsqueda de ayuda, Befrienders Kenya ha observado un aumento en las solicitudes de sesiones de sensibilización y formación, lo que indica claramente el interés que generan.

Japón es un país que dedica esfuerzos y recursos un periodo específico de sensibilización, en el 2010 Japón seleccionó marzo como su Mes Nacional de Sensibilización sobre la Prevención del Suicidio debido al aumento de la tasa de suicidios observado en este mes, recientemente se han utilizado carteles en los sistemas de transporte para sensibilizar la población.

En Escocia, existe un programa llamado See Me con el interés de poner fin al estigma y la discriminación en materia de salud mental, Uno de los principales objetivos estratégicos del plan de acción de prevención del suicidio del

Gobierno es asegurar que el suicidio deje de ser objeto de estigma, el gobierno busca que las personas en riesgo suicida pidan ayuda y que las personas afectadas por el suicidio estén acompañadas, centran su labor en tres sectores importante la salud, el lugar de trabajo y la educación donde se ofrece a los jóvenes y a los adultos en su vida un lenguaje común para hablar de la salud mental, reduciendo el miedo de los jóvenes a expresarse

En Australia desde 1997 se ha aplicado un enfoque nacional de la prevención del suicidio, Al reconocer la necesidad, en el 2019 se nombró al primer asesor nacional de prevención del suicidio, que rinde cuentas directamente ante el primer ministro.

En Chennai, al sur de la India se aloja desde 1986 SNEHA una organización que ha salvado innumerables vidas formada por estudiantes de psiquiatría que fueron más allá de ser una línea telefónica de asistencia para casos de suicidio a fin de sensibilizar la comunidad, abordar políticas y elaborar intervenciones comunitarias innovadoras para reducir los suicidios, En el 2017 gracias a SNEHA se creó la Ley de Salud Mental. El creciente número de suicidios en la población de refugiados de Sri Lanka que viven en Tamil Nadu hizo que otra ONG recurriera a SNEHA para afrontar este problema. Se elaboró una intervención de bajo costo que se denominó Contact and Safety Planning (CASP). Al final del primer año, las conductas suicidas disminuyeron con la intervención comunitaria de SNEHA las cuales son de gran interés por que siempre han sido de bajo costo lo anima a repetir en todo el mundo.

En Georgia, estados unidos de América, motivados por un documento titulado Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies (Prevención del suicidio: directrices para la formulación y la aplicación de estrategias nacionales) publicado en 1996 donde solicitaban a los gobiernos que formularan una estrategia nacional para la prevención del suicidio y establecieran un órgano de coordinación responsable de la prevención de la conducta suicida, una pareja de Georgia creó una organización sin fines de lucro llamada Suicide Prevention Advocacy Network USA (SPAN-USA) que contribuyó a la elaboración de la primera estrategia

nacional para la prevención del suicidio de los Estados Unidos, En 1998 se celebró una reunión nacional en Reno (Nevada) para sentar las bases de nuestra primera estrategia nacional dirigida a la prevención del suicidio. En la actualidad se logró una estrategia nacional para la prevención del suicidio, un órgano de coordinación para supervisar su aplicación lo cual da garantías de cumplimiento, también un centro nacional de recursos para la prevención del suicidio, un sustento nacional, una infraestructura para responder al suicidio en todo el país y subvenciones que se distribuyen para ayudar a las comunidades a responder al suicidio en sus localidades. Estos programas y organizaciones son solo algunos ejemplos que iniciaron con adeptos en distintos países sentando las bases positivas para seguir trabajando en la sensibilización y promoción de la salud mental a nivel mundial, algunos de ellos como SNEHA en India no requirieron de alto costo, Como dijo una vez Margaret Mead antropóloga y poeta estadounidense:

“Nunca dudes de que un pequeño grupo de ciudadanos comprometidos y conscientes pueda cambiar el mundo; de hecho, es lo único que lo ha logrado”.

Por otro lado, En el 2003 sumados al mismo objetivo de concientizar a nivel mundial que el suicidio puede prevenirse, La Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) en colaboración con la (OMS) ha promovido el 10 de septiembre como el “ día Mundial para la Prevención del Suicidio” (DMPS), El beneficio de utilizar los días mundiales a punta a desarrollar recursos que puedan ser compartidos y utilizados en el mundo haciendo una labor a gran escala, otros días relacionados son el 10 de octubre “ Día Mundial de la Salud Mental” y Noviembre (la fecha varía cada año) “ Día Internacional del Sobreviviente de Suicidio”.

Informes y recomendaciones de los organismos internacionales para Prevención de los trastornos mentales desde las instituciones educativas.

La población diana para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales son los niños, niñas y adolescentes, es por esto que organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado informes de promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales como también, un plan de acción sobre la salud mental, mientras que la Comisión Europea asociada con la (OMS) en Europa han elaborado libros y propuestas estratégicas de mejora de la salud mental en los adolescentes y jóvenes, La Unión Europea desarrollo 2008 el “Pacto Europeo para la salud y el Bienestar Mental” (European Comisión, 2008) actualizado en el 2011 “Pacto

Europeo para la Salud y el Bienestar Mental: resultados y actuación futura” (Comisión Europea, 2011), otro organismo importante que a propuesto un cambio en la salud mental de los jóvenes es La International Association for Youth Mental Health (IAYMH) quien ha difundido la “International Declaration on Youth Mental Health”, que recolecta áreas de acción, una de las cuales es la “Alfabetización en Salud Mental”. Estos organismos internacionales reconocen la importancia de los centros educativos fundamentados en que una buena salud mental para toda la vida se crea en los primeros años de vida del ser humano recomendando la creación de programas de intervención temprana en el sistema educativo que representa un entorno ideal para trabajar en beneficio de la salud a través de las estrategias de prevención de los trastornos mentales y fomentar el bienestar mental al mismo tiempo, recomiendan que se desarrolle la formación en salud mental entre profesionales de la salud y de la educación, (european comisión, 2008). También sugieren que para ejecutar estas estrategias se requiere la colaboración profesional de centros educativos, servicios de salud y sociales, las comunidades locales y regionales, padres y organizaciones juveniles (european comisión, 2012, 2013).

Estudios con estrategias efectivas sobre intervenciones de alfabetización en salud mental en adolescentes

Los estudios que evalúan intervenciones para mejorar la alfabetización en salud mental en adolescentes han sido de gran importancia en los últimos años. Estas investigaciones se centran en identificar estrategias efectivas para aumentar el conocimiento y comprensión de los adolescentes sobre temas relacionados con la salud mental. Algunas intervenciones estudiadas incluyen programas educativos, intervenciones basadas en tecnología y enfoques de capacitación para profesionales de la salud. Los resultados de estos estudios proporcionan información valiosa para desarrollar intervenciones más efectivas y personalizadas en este campo. Según los estudios realizados, se han evaluado diferentes intervenciones para mejorar la alfabetización en salud mental en adolescentes, y los resultados obtenidos demuestran su efectividad.

El estudio, realizado por Yamaguchi et al. en Japón en 2020, fue un Ensayo controlado, aleatorizado que evaluó una intervención llamada "SMHLP" impartida por profesores y educadores de salud a estudiantes de 15-16 años. La duración de la intervención fue de una sesión de 50 minutos y se utilizaron métodos como vídeos, juegos de rol y debates. Se evaluaron diferentes aspectos de la salud mental, como el conocimiento sobre enfermedades mentales, el estigma, la búsqueda de ayuda y la intención de ayudar a los demás. Los resultados mostraron que las evaluaciones de todos los resultados mejoraron significativamente en el grupo experimental en comparación con el grupo control después de la intervención, y estas mejoras se mantuvieron incluso después de 2 meses de seguimiento.

El estudio, realizado por Skre et al. En Noruega en 2013, también fue un ensayo controlado, aunque no aleatorizado. La intervención se llamó "Salud

Mental para todos" y fue impartida por profesores después de un mes de preparación con los investigadores. El estudio involucró a estudiantes de 13-15 años y tuvo una duración de 3 días. Se utilizaron tres paquetes de intervención, cada uno enfocado en un tema específico, con tareas individuales y grupales, sesiones teóricas y videos ilustrativos. Se evaluaron aspectos como el conocimiento sobre enfermedades mentales, el estigma y la búsqueda de ayuda. Los resultados del estudio mostraron que el grupo experimental experimentó una mejora en la alfabetización en salud mental en términos de identificación de síntomas, reducción de creencias prejuiciosas y aumento del conocimiento sobre la búsqueda de ayuda en comparación con el grupo control.

El estudio de Perry et al. (2014) realizado en Australia utilizó una intervención llamada "Headstrong", que consistió en una serie de sesiones impartidas por profesores después de recibir una sesión de preparación con los investigadores. La población objetivo fue de 13 a 16 años y la duración de la intervención fue de 5 a 8 semanas. Se evaluaron varios aspectos utilizando cuestionarios como D-Lit, DSS-Personal, IASMHS, DASS-21 y MFQ. Los resultados mostraron una mejora en la alfabetización en salud mental y una reducción del estigma en el grupo experimental en comparación con el grupo de control. Sin embargo, no se observará un gran efecto en la actitud hacia la búsqueda de ayuda y la diferencia entre la evaluación posterior a la intervención y el seguimiento después de 6 meses fue insignificante.

Por otro lado, el estudio de Ojio et al. (2018) realizada en Japón utilizó una intervención llamada "SMHLP para preadolescentes". Esta intervención consistió en una sesión de 45 minutos impartida por profesores después de recibir 2 horas de preparación con los investigadores. La población objetivo fue de 10 a 12 años y la evaluación se realizó mediante un cuestionario con 7 preguntas y 1 viñeta. Los resultados mostraron una mejora en los conocimientos sobre enfermedades mentales, el reconocimiento del estado de salud mental y la intención de ayudar a los compañeros o buscar ayuda cuando se enfrentan a problemas de salud mental. Estos resultados se mantuvieron 3 meses después de la intervención.

El estudio de Campos et al. (2018) fue un Ensayo controlado, aleatorizado en Portugal implementó un programa llamado "Finding Space for Mental Health" impartido por psicólogos, en una Población de 12-14 años con una que consistió en dos sesiones de 90 minutos con actividades en grupo, música y videos. Se evaluaron los conocimientos sobre enfermedades mentales, el estigma y la búsqueda de ayuda pre, post y tras 6 meses utilizando el cuestionario de Alfabetización en Salud Mental (MHL-q). Los resultados mostraron una mejora significativa en la alfabetización en salud mental en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control.

El estudio de Chisholm et al. (2016) fue un Ensayo controlado, aleatorizado en el Reino Unido implementó un programa llamado "Time to change" para una

población entre los 12-13 años, impartido por educadores de salud, que consistió en un día de duración y utilizó el método de contacto intergrupar. Se evaluaron pre, post y tras 2 semanas el estigma actitudinal, la resiliencia y otros aspectos utilizando diferentes cuestionarios como RIBS, MAKS, SDQ, escala de Resiliencia. A las 2 semanas de seguimiento, se observó una mejora en el estigma actitudinal en ambos grupos, pero no se encontró un efecto significativo de la intervención.

El estudio de Milin et al. (2016) fue un Ensayo controlado, aleatorizado en Canadá implementó un programa llamado "The Curriculum Guide" ("La Guía Curricular") a una Población entre 16-17 años Duración: 6 horas impartido por profesores después de medio día de preparación con los investigadores. El Método fueron actividades, videos, se evaluaron los conocimientos pre, post y tras 2 semanas sobre salud mental y enfermedades mentales, así como el estigma, utilizando un cuestionario de 15 preguntas múltiple respuesta, y 8 declaraciones Componentes: conocimientos sobre salud mental y enfermedades mentales, y estigma. Los resultados mostraron que el plan de estudios aumentó significativamente los conocimientos en salud mental y enfermedades mentales, y redujo el estigma en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control.

El estudio de Soshani et al. en 2013 en Israel, fue un Ensayo controlado, aleatorizado. La intervención, llamada "Maytiv", fue impartida por profesores después de un día de preparación con psicólogos. La población objetivo fue de 11 a 14 años y la duración de la intervención fue de 15 sesiones. Se evaluó antes de la intervención, después de la intervención y después de 2 años. El método utilizado incluyó un libro de texto, actividades, multimedia y debates. El diseño del cuestionario incluía medidas de bienestar, salud mental y otras variables. Los resultados mostraron disminuciones significativas en la angustia, la ansiedad y los síntomas de depresión entre los participantes del grupo experimental, mientras que los síntomas en el grupo de control aumentaron según el promedio normativo. Además, la intervención fortaleció la autoestima, la autoeficacia y el optimismo, y redujo los síntomas de sensibilidad interpersonal en el grupo experimental.

El estudio realizado por Tehrani et al. en 2013 en Irán, también fue un Ensayo controlado, aleatorizado. La intervención no fue nombrada en la información proporcionada. Fue impartida por profesores de salud y la población objetivo fue de 11 a 16 años. La duración de la intervención fue de 4 sesiones de 90 minutos y se evaluó antes y después de la intervención. El método utilizado fue una presentación de diapositivas y el diseño del cuestionario que incluía medidas de conocimiento sobre salud mental y enfermedades mentales, estigma y búsqueda de ayuda. Los resultados mostraron que las evaluaciones del conocimiento de los síntomas de la enfermedad mental, la actitud hacia los problemas de salud mental y la búsqueda de ayuda aumentaron

significativamente en el grupo experimental, pero no se observó un cambio significativo en el grupo de control.

El estudio de Devcich et al. En 2017 en Nueva Zelanda, también fue un Ensayo controlado, aleatorizado. La intervención, llamada "Pause, Breathe, Smile", fue impartida por profesores después de una preparación con investigadores. La población objetivo fue de 10 a 12 años y la duración de la intervención fue de 1 hora cada semana durante 8 semanas. Se evaluó antes de la intervención, después de la intervención y después de 12 semanas. El método utilizado fue el mindfulness y el diseño del cuestionario incluyó medidas de bienestar y conciencia plena. Los resultados mostraron aumentos significativos en los resultados de bienestar y conciencia plena del programa basado en mindfulness. También se verificará evidencia de la aceptabilidad por parte de los participantes en el programa, además de datos que demostraron la sostenibilidad del efecto producido por este en las 12 semanas posteriores.

En base a los estudios mencionados, se pueden identificar varias ventajas y desventajas de las intervenciones para mejorar la alfabetización en salud mental en los adolescentes. Algunas de las ventajas incluyen mejoras significativas en el conocimiento sobre enfermedades mentales, reducción del estigma y mejora en la búsqueda de ayuda. Estas intervenciones, en las que participan profesores y educadores sanitarios, han demostrado ser eficaces en diversos contextos, como Japón, Noruega, Australia, Portugal, Reino Unido, Canadá, Israel, Irán y Nueva Zelanda.

Por otro lado, también se han identificado algunas limitaciones en los estudios. Por ejemplo, en el estudio de Chisholm et al. en el Reino Unido, la intervención no tuvo un efecto significativo sobre el estigma actitudinal. Además, en el estudio de Perry et al. en Australia, no hubo ningún efecto importante en las actitudes hacia la búsqueda de ayuda. Estas limitaciones resaltan la necesidad de realizar más investigaciones y mejorar las intervenciones para abordar eficazmente la alfabetización en salud mental en los adolescentes.

Los estudios mencionados demuestran que las intervenciones para mejorar la alfabetización en salud mental en adolescentes pueden ser efectivas en diferentes contextos y utilizando diferentes enfoques. Por ejemplo, el estudio de Yamaguchi et al. en Japón descubrió que una sola sesión de intervención de 50 minutos utilizando métodos como videos, juegos de roles y debates mejoraba significativamente el conocimiento sobre enfermedades mentales, estigma, búsqueda de ayuda e intención de ayudar a otros en estudiantes de 15 a 16 años.

El estudio de Skre et al. en Noruega también mostró mejoras en la alfabetización en salud mental en estudiantes de 13 a 15 años después de una intervención de tres días impartida por profesores. Este estudio utilizó paquetes de intervención centrados en temas específicos y utilizando tareas individuales y grupales, sesiones teóricas y videos ilustrativos.

El estudio de Perry et al. en Australia encontró mejoras en la alfabetización en salud mental y reducción del estigma en estudiantes de 13 a 16 años después de una intervención de 5 a 8 semanas llamada "Headstrong". Sin embargo, no hubo ningún efecto importante en las actitudes hacia la búsqueda de ayuda.

El estudio de Ojio et al. en Japón mostró mejoras en el conocimiento sobre las enfermedades mentales, el reconocimiento del estado de salud mental y la intención de ayudar a sus compañeros o buscar ayuda en preadolescentes de 10 a 12 años después de una única sesión de intervención de 45 minutos impartida por maestros.

el estudio de Campos et al. en Portugal encontró mejoras significativas en la alfabetización sobre salud mental en adolescentes después de un programa de dos sesiones de 90 minutos llamado "Encontrar espacio para la salud mental" impartido por psicólogos. El estudio de Chisholm et al. en el Reino Unido no encontraron un efecto significativo de la intervención denominada "Tiempo de cambio" impartida por educadores de salud en un solo día.

En resumen, los estudios proporcionan evidencia de que las intervenciones de alfabetización en salud mental en el contexto educativo pueden tener efectos positivos en el conocimiento y las actitudes de los estudiantes hacia la salud mental. Los estudios presentados muestran que las intervenciones basadas en la educación y el desarrollo de habilidades pueden tener un impacto positivo en la salud mental de los adolescentes. Los resultados indican que estas intervenciones pueden reducir la angustia, la ansiedad y los síntomas de depresión, fortalecer la autoestima, la autoeficacia y el optimismo, y aumentar el conocimiento sobre la salud mental y la búsqueda de ayuda. También hay evidencia de la efectividad y sostenibilidad de estos programas en el tiempo. Estos estudios demuestran que las intervenciones realizadas por profesores y educadores sanitarios pueden ser eficaces para mejorar la alfabetización en salud mental de los adolescentes.

Beneficios de la transformación y el compromiso con la salud mental.

La (OMS) en su informe 2022 refiere: “hay tres motivos principales para invertir en la salud mental: la salud pública, los derechos humanos y el desarrollo socioeconómico “

El Impulso para la salud pública se ve reflejado al invertir en la salud mental por la reducción del sufrimiento de las personas con trastornos mentales que mejora la forma de desenvolverse, su calidad y la esperanza de vida, existe una gran brecha entre la atención de la salud y reducir la desigualdad en salud mental la solución es una mayor cobertura y protección financiera, incluir la salud mental en la cobertura universal de salud también unificar la atención de la salud mental y física que mejora el acceso, duplica los recursos para satisfacer las necesidades de salud de las personas

Es prioridad invertir en la salud mental para ponerle Fin a las violaciones de los derechos humanos, la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad resguarda los derechos humanos de las personas incluyendo a quienes padecen trastornos mentales y no goza de igual reconocimiento como personas ante la ley, son socialmente excluidas, sufriendo discriminación y privadas de sus derechos fundamentales como por ejemplo el derecho al trabajo, al libre acceso a la educación o a una vivienda inclusive a la salud ya que muchas veces son víctimas de abuso en los servicios de atención de su salud.

Así mismo es importante para el Desarrollo social y económico la inversión en salud mental, una persona que goce de buena salud mental puede aprender, trabajar y ayudar a sus comunidades para un bien común a diferencia de una mala salud mental que frena el desarrollo de un país al reducir la productividad, tensar las relaciones sociales y agravar los ciclos de pobreza y desventaja. Los programas de aprendizaje social y emocional en las escuelas y las prohibiciones regulatorias de plaguicidas altamente peligrosos (para prevenir suicidios) son intervenciones costoeficaces, factibles, asequibles y adecuadas para los trastornos mentales prioritarios.

POLÍTICA Y SALUD MENTAL

Todas las etapas del ciclo de vida son esencialmente importantes pero las primeras etapas dentro de las cuales esta la primera infancia, la infancia, la adolescencia y la juventud son determinantes tanto para un individuo como para la sociedad, en estas etapas aumentan las oportunidades para un desarrollo humano integral pero también una vulnerabilidad significativa, es por ello que los gobiernos tienen la obligación de tomar medidas políticas y/o legislativas para garantizar que en estas etapas de la vida se provean de todos los recursos necesarios para su bienestar como también sean respetados y protegidos sus derechos fundamentales, una buena salud mental se traduce en una mejor calidad y habilidad para desenvolverse en la vida, ser resilientes y tener la capacidad para relacionarse socialmente, una buena salud mental se trata de un derecho básico.

Organización Mundial de la Salud (ONU) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el 2021 brindo como un recurso de orientación Conjunto de instrumentos para ayudar a los adolescentes a prosperar: estrategias para promover y proteger la salud mental de los adolescentes y reducir conductas autolesivas y comportamientos de riesgo, la estrategia número uno es la aplicación y control de la aplicación de políticas y leyes, la segunda estrategia son entornos para promover y proteger la salud mental de los adolescentes, la tercera estrategia es el apoyo al cuidador, la cuarta estrategia son las inversiones psicosociales para los adolescentes. En este recurso de orientación estratégico puntualiza conceptos fundamentales, tales como, la ley de salud mental que es un precepto legal o reglamento relacionado con la salud mental hace énfasis en problemas de atención de calidad y servicios, profesionales, derechos humanos y la formación y estructura de servicios, una política de salud mental es una proclamación oficial de un gobierno que incluye una organización de valores, principios, objetivos y áreas de acción para mejorar la salud mental de una población, por otro lado un plan de salud es un dibujo detallado de la acción sobre la salud mental con principios de estrategias, determinación de plazos y recursos. Ampliado lo correspondiente a la estrategia de implementación y la aplicación de políticas y leyes comprende un marco internacional que protege los derechos de los adolescentes, niños y niñas a través del compromiso de los estados con la convención de las naciones unidas sobre los derechos del niño (UNCRC) y las acciones de la (ONU), y un segundo marco que incluye la legislación nacional que protegen y promueven la salud mental de niños, niñas y adolescentes con el objetivo de reducir el suicidio y conductas de riesgo como el consumo de sustancias.

Es importante destacar a La Convención sobre los Derechos del Niño (CRC) que es el instrumento de los derechos humanos universalmente aceptado, esta convención incorpora todo el rango de derechos humanos -

civiles, políticos, sociales y culturales- de los niños proporciona orientación sobre la legislación, las políticas y servicios necesarios para promover a niños, niñas y adolescente un integral desarrollo acorde con el cumplimiento de sus derechos. y señala “aplicar medidas para la prevención de las condiciones de salud mental y la promoción de la salud mental de los adolescentes” y “garantizar que los establecimientos de salud, bienes y servicios, incluidos el asesoramiento y los servicios sanitarios para la salud mental, de adecuada calidad y sensibles a las preocupaciones de los adolescentes son disponible para todos los adolescentes”. Las obligaciones que aporta La Convención sobre los Derechos del Niño (CRC) contribuyen a la protección y promoción de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes, incluyendo: el derechos y libertades civiles, el desarrollo de habilidades, el derecho a la información, asesoramiento y servicios de salud, el derecho a la no discriminación, protección contra todas las formas de violencia, abuso, abandono y explotación, entornos seguro, enriquecedores y propicios en las escuelas, familias, comunidades, respeto a la opinión de los niños, niñas y adolescente; medidas y procesos legales y judiciales, también puede intervenir en la protección de los niños contra crueles, inhumanos o tratos o penas degradantes y pena capital, y abuso y explotación sexuales.

En el mundo el potencial de niños, niñas, adolescentes y jóvenes está altamente comprometido por la necesidad de promover y proteger políticas y leyes en salud mental que en muchos países no se han desarrollado y otros no se implementan, Para ampliar esta información la (OMS) nos ilustra con el atlas de salud mental que se pública cada 3 años su última publicación es del 2020, este atlas ayuda a monitorear el cumplimiento de las metas del plan de acción integral sobre la salud mental de la (OMS) a través de un resumen de los datos proporcionados por países participantes de todo el mundo sobre legislación, política, financiación, recursos humanos, sistema de recopilación de datos en el área de salud mental y la utilización de servicios.

EL ATLAS DE SALUD MENTAL 2020 NOS PRESENTA LOS SIGUIENTES RESULTADOS CLAVES

- 171 de los 194 Estados Miembros de la OMS (88 %) completaron al menos parcialmente el cuestionario del Atlas de Salud Mental 2020; la tasa de presentación superó el 73% en todas las regiones de la OMS
- En cuanto a la información e investigación para la salud mental de los estados miembros de la OMS se reportó que el 31% reúnen información regularmente sobre salud mental en el sector público del país y el 40% de los estados miembros de la OMS reúnen datos de salud mental para los planes de salud general

ESTADÍSTICAS 2014 VS. 2020 ATLAS DE SALUD MENTAL

- la participación de países que reportan datos en salud mental ha aumentado considerablemente, en el 2014 no reportaron datos 19% de los países con relación a el 2020 que el porcentaje disminuyó a un 15%.
- En el 2020 el 76 % de los estados miembros de la OMS informaron de cinco indicadores seleccionados que cubrían la política de salud mental, la ley de salud mental, los programas de promoción y prevención, la disponibilidad de servicios y la fuerza laboral de salud mental. Con relación al 2014 representa un aumento del 60%.
- En el 2019 los resultados de la producción de investigación sobre salud mental fueron del 4.6% de la producción total de investigación.

GOBERNANZA DEL SISTEMA DE SALUD ATLAS DE SALUD MENTAL 2020

En el 2014 el 68 % de los estados miembros de la OMS tenían un política o un plan independiente para la salud mental el 51% tenía una ley de salud mental independiente de Latinoamérica son ejemplos México que desde octubre 2020 tiene vigente la normativa-035, en Chile existe desde mayo 2021 la ley N° 20.584, en Colombia desde el año 2013 se reglamenta el decreto 658 de la ley 1616 y en Argentina en el 2010 se introdujo la ley 26,657. En el 2020 hay un incremento del 75 % de los estados miembros que tienen una política o plan independiente para la salud mental y un 57 % de los Estados miembros tienen una ley de salud mental independiente.

- El 46 % de los Estados Miembros de la OMS han actualizado su política o plan de salud mental y el 27 % han actualizado su ley de salud desde 2017. 99 países, equivalentes al 67 % de los países que respondieron, o al 51 % de los Estados Miembros de la OMS, informaron una alineación completa de su política o plan de salud mental con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

- 74 países, equivalentes al 64 % de los países que respondieron, o al 39 % de los Estados miembros de la OMS, informaron una alineación completa de su ley de salud mental con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.
- Los recursos humanos y financieros asignados para la implementación de políticas/planes son limitados. Además, sólo el 19% de Los Estados Miembros de la OMS informaron que los indicadores estaban disponibles y se usaban para monitorear la implementación de la mayoría de los componentes de sus políticas/planes.
- El 45% de los Estados Miembros de la OMS informaron que una autoridad dedicada u organismo independiente realiza inspecciones de servicios de salud mental y responde a quejas sobre violaciones de derechos humanos.
- El 21% de los Estados Miembros de la OMS tienen una política o plan de salud mental que está en proceso de implementación y está completamente cumplimiento de los instrumentos de derechos humanos.
- El 28 % de los Estados miembros de la OMS tienen una ley de salud mental que está en proceso de implementación y que cumple plenamente con instrumentos de derechos humanos. (MENTAL HEALTH ATLAS 2020 p 3)

RECURSOS FINANCIEROS Y HUMANOS ATLAS DE SALUD MENTAL 2020

- Los niveles de gasto público en salud mental son bajos (una mediana mundial del 2,1 % del gasto público en salud) y particularmente escaso en los países de ingresos bajos y medianos.
- El 80 % de los países que respondieron informaron que la atención y el tratamiento de las personas con enfermedades mentales graves son incluidos en el seguro médico nacional o planes de reembolso y en la cobertura de seguro para pacientes hospitalizados/ambulatorios servicios de salud mental.
- A nivel mundial, la mediana del número de trabajadores de la salud mental es de 13 por cada 100 000 habitantes. Sigue siendo extremo variación entre los grupos de ingresos del Banco Mundial (por debajo de dos trabajadores por 100 000 habitantes en países de bajos ingresos hasta más de 60 en países de altos ingresos). (MENTAL HEALTH ATLAS 2020 p 4)

DISPONIBILIDAD Y CONSUMO DEL SERVICIO DE LA SALUD MENTAL ATLAS DE SALUD MENTAL 2020

- Solo 49 países, equivalentes al 31% de los países que respondieron, o al 25% de los Estados Miembros de la OMS, informaron la integración de la salud mental en la atención primaria de salud. Esto se estimó sobre la base de la adopción de directrices para integración en la atención primaria, la provisión de intervenciones farmacológicas, intervenciones psicosociales y capacitación para las condiciones de salud mental en el nivel de atención primaria, y la participación de especialistas en salud mental en la capacitación y supervisión de los profesionales de atención primaria.
- El número medio de camas de hospitales psiquiátricos por cada 100 000 habitantes oscila entre menos de dos en los países de bajos ingresos a más de 25 en los países de altos ingresos. A nivel mundial, el número medio de camas de hospitales psiquiátricos notificado por cada 100 000 la población aumentó de 6,5 camas en 2014 a 11 camas en 2020, mientras que la tasa de admisión mediana por 100 000 la población aumentó de 36 admisiones en 2014 a 72 admisiones en 2020.
- Las visitas de pacientes ambulatorios por cada 100 000 habitantes variaron de 100 visitas en países de bajos ingresos a más de 5000 visitas en países de altos ingresos. A nivel mundial, la tasa mediana de visitas notificadas aumentó de 2014 a 2020, junto con la tasa mediana número de instalaciones para pacientes ambulatorios.
- A nivel mundial, el número medio de centros de hospitalización para niños y adolescentes es inferior a 0,5 por cada 100 000 habitantes y menos de dos establecimientos ambulatorios por cada 100 000 habitantes.
- 112 países informaron que, en promedio, existen 0,64 establecimientos comunitarios de salud mental por cada 100 000 habitantes. Existe una variación extrema entre los grupos de ingresos, con 0,11 instalaciones por cada 100 000 habitantes en los países de bajos ingresos. países y 5,1 instalaciones por cada 100 000 habitantes en países de ingresos altos.
- La tasa de utilización de servicios para personas con psicosis por 100 000 habitantes fue de 212,4, con una variación considerable entre países de ingresos altos y bajos.
- La cobertura de servicios para la psicosis se estimó en un 29 % utilizando los datos de utilización de servicios de 12 meses recopilados para el Atlas de Salud Mental 2020. La cobertura de servicios para la depresión se estimó en un 40 % utilizando el World Mental Health Atlas 2020. Encuestas de Salud. (MENTAL HEALTH ATLAS 2020 p 4)

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL ATLAS DE SALUD MENTAL 2020

- 101 países, equivalentes al 68% de los países que respondieron, o al 52% de los Estados Miembros de la OMS, tienen al menos dos programas nacionales y multisectoriales de promoción y prevención de la salud mental en funcionamiento. Esto es un aumento del 41 % de los Estados miembros en 2014.
- De los 420 programas en funcionamiento notificados, el 18 % tenía como objetivo mejorar la concienciación sobre la salud mental o combatir estigma, el 17% eran programas escolares de prevención y promoción de la salud mental y el 15% estaban dirigidos a prevención del suicidio.
- 54 países, que corresponden al 39% de los países que respondieron, o al 28% de los Estados Miembros de la OMS, informaron programas para la salud mental y el apoyo psicosocial integrados como un componente de la preparación para desastres y/o la reducción del riesgo de desastres.
- La tasa mundial de suicidios estandarizada por edad en 2019 se estimó en 9,0 por cada 100 000 habitantes. Esto representa una reducción del 10 % en la tasa de suicidio desde el punto de referencia de 2013 de 10 por 100 000 habitantes. (MENTAL HEALTH ATLAS 2020 p 4)

De acuerdo a las cifras descritas en el atlas de salud mental 2020 con relación al 2024 y las metas de la OMS los avances han sido pocos y lentos, pero es significativo el interés que se está despertando para los gobiernos a nivel mundial reflejado en su participación como Estados Miembros de la OMS también es positivo la reducción de la tasa de suicidio en un 10% a pesar de que solo 35 países dijeron que tenían una estrategia, política o plan de prevención independiente, se observaron progresos en planes, leyes de salud mental y la adopción de políticas, aumento del número de países que informaron de programas de promoción y prevención de la salud mental, El número medio mundial de trabajadores de salud mental por cada 100 000 habitantes ha aumentado ligeramente, pasando de nueve trabajadores en 2014 a 13 trabajadores por cada 100 000 habitantes en 2020 va en un aumento lento para las necesidades actuales. En cuanto a la prestación de servicios de salud mental en entornos comunitarios, planes y políticas de salud mental independientes relacionados con los derechos humanos, la promoción y prevención de la salud mental y el aporte financiero a la causa son lamentables los alcances hasta el 2020 teniendo en cuenta los altos costos por la inacción de los gobiernos.

CINCO PILARES ESENCIALES PARA PROMOVER Y PROTEGER LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR PSICOSOCIAL EN LAS ESCUELAS Y LOS ENTORNOS DE APRENDIZAJE

En la cumbre de las naciones unidas para la transformación de la educación 2022, la (OMS), (UNESCO) y (UNICEF) presento una nota informativa para los gobiernos nacionales es un llamamiento urgente para mitigar la crisis de aprendizaje que dejo la pandemia causado una importante interrupción del aprendizaje, exacerbando la crisis de aprendizaje preexistente sumado a esto una incidencia negativa en la salud mental de os niños, niñas y adolescentes aumentando los factores de riesgo para trastornos mentales y agravando aún más la desigualdad en el acceso a servicios de salud mental y apoyo psicosocial. El documento plantea cinco pilares que deberían ser los componentes básicos de una política de salud mental y apoyo psicosocial en las escuelas, este informe está dirigido a los encargados de ordenar políticas, gobiernos nacionales, coaliciones de la salud mental y educación, y colaboradores que deben integrar en la política, planes y presupuestos educativos existentes, incluidas acciones dirigidas a alumnos con habilidades y capacidades diferentes, el objetivo de los pilares cinco pilares descritos es dar recomendaciones claves para fortalecer los sistemas educativos, proteger y promover la salud mental y el bienestar psicosocial de niños, niñas y adolescentes incorporando a sus docentes y cuidadores.

Primer pilar

Crear un ambiente de aprendizaje apropiado para promover la salud mental y el bienestar a través de la ejecución de políticas de salud mental y apoyo psicosocial en las escuelas que se fundamente en incorporar en los planes de estudios desde la primera infancia hasta la adolescencia conocimientos básicos de salud mental y aprendizaje socioemocional, recordando la importancia de las necesidades capacidades y opiniones de los adultos

Segundo pilar

Garantizar la disponibilidad a servicios de intervención temprana y de atención a la salud mental a través de profesionales de la salud especializados o por un educador con formación y apoyo técnico pertinente o garantizar a las escuelas que cuenten con un proceso claramente definido con información actualizada de servicios de salud mental locales presenciales y/o a distancia que ofrezcan

los sectores de salud o la asistencia social, para guiar a los alumnos y docentes en caso de identificar un problema en la salud mental de un compañero.

tercer pilar

Promover la salud mental y el bienestar de los docentes y de todo el personal implicado en la atención y el apoyo a los alumnos en las escuelas por medios como políticas, servicios y estrategias que requieren una inversión de parte de los gobiernos para designar suficientes recursos humanos extras para que los docentes no se venan obligados a asumir el papel del personal cualificado en salud mental.

Cuarto pilar

Mejorar la capacidad de los docentes para prestar servicios de Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) con el acceso a la oportunidad de aprendizaje y formación de conocimientos para promover de manera sistemática la salud mental y el bienestar de todos los alumnos, los programas de salud mental en las escuelas deben incluir a docentes y administradores de las escuelas y construirse con la participación de profesionales por ejemplo psicólogos, trabajadores sociales, médicos especialistas, personal de enfermería etc. Juntos trabajar con los niños, niñas y adolescentes, sus familias y servicios de salud mental comunitarios.

Quinto pilar

Asegurar una cooperación significativa entre las escuelas, los familiares y las comunidades, a fin de crear un ambiente de aprendizaje seguro y propicio, los alumnos, cuidadores y docentes puede generar información sobre las necesidades y fortalezas de la escuela lo que facilitara la selección de programas, la invitación a participar en la implementación de ellos y realizar la evaluación de la calidad y un seguimiento de los avances de manera continua.

Al ejecutar los pilares, es importante tener presentes las siguientes recomendaciones

La nota informativa para los gobiernos nacionales con participación de la (OMS), (UNESCO) y (UNICEF)

- Los gobiernos deben asegurar recursos humanos y financieros idóneos, también el apoyo y capacidad institucional.
- Los programas de salud mental y bienestar psicosocial que se ejecuten en espacios escolares deben tener como prioridad el principio de “no hacer daño”, basarse en pruebas empíricas y contar con el respaldo de mejores prácticas. Por ejemplo, los aportes en instrumentos de la OMS y UNICEF para ayudar a los adolescentes a prosperar y en los recursos afines.

- Para atender las necesidades de la salud mental, realizar actividades y apoyo psicosocial en el sector educación es imprescindible el conocimiento absoluto del contexto local cimentándose en sus fortalezas, así como en las de los cuidadores y las comunidades.
- La inclusión y las necesidades específicas de los niños, niñas y adolescentes de todos los géneros, capacidades y con precaución en aquellos con problemas de salud mental deben ser fundamentales en los programas de salud mental en las escuelas. La experiencia de los alumnos en las escuelas puede verse influenciada por factores como discapacidad, raza, sexualidad, creencias, normas, valores especialmente en lo que concierne al género, a fin de evitar la exclusión de los grupos de riesgos, la discriminación, el estigma y ofrecer a todos los miembros de la comunidad la oportunidad de disfrutar de bienestar y buena salud mental.
- El apoyo técnico necesario e Instrucción a los docentes y personal educativo es clave para la ejecución de los planes de estudio y programas que brinden un aporte amplio en los conocimientos básicos sobre salud mental y el desarrollo del aprendizaje socioemocional, también identificación y atención temprana, oportuna a los alumnos que necesiten servicios adicionales de salud mental y apoyo psicosocial para garantizarles el enlace a la atención de la salud mental, en todas las iniciativas que buscan promover el aprendizaje y bienestar general de los alumnos se debe incrementar la participación de los cuidadores.

Diez razones que explican por qué es importante integrar los servicios de salud mental y el apoyo psicosocial en las escuelas y los entornos de aprendizaje

Un programa integral de salud mental y apoyo psicosocial en las escuelas puede mejorar el rendimiento académico, elevar la retención, disminuir las acciones arriesgadas de los alumnos (violencia contra sus compañeros o conductas autolesivas) y mejorar las respuestas vinculadas a la salud mental y el bienestar psicosocial.

- una buena salud general incluye la salud mental y el bienestar psicológico, esencial para para que los niños, niñas y adolescentes aprendan, se desarrollen y prosperen Los beneficios de una buena salud mental trascienden a nivel social ya que abarcan la equidad, la inclusión, el crecimiento económico y la prosperidad de un país.
- los Estados deben cumplir con sus obligaciones jurídicas internacionales En la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas se exige a todos los países a promover y proteger la salud mental de las niñas, niños y adolescentes.
- El acceso a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial para los adolescentes de todo el mundo debe ser menos estigmatizado ya que La salud mental y el bienestar psicosocial son un motivo de preocupación importante para los adolescentes.

- la mitad de los trastornos mentales comienzan antes de los 14 años
Intervenir lo antes posible en los trastornos mentales es importante para no afectar el desarrollo con malos resultados académicos que en el futuro puede significar mayores tasas de desempleo y una mala salud física.
- Se han demostrado resultados positivos en términos de asistencia escolar, calificaciones, puntuaciones en pruebas de conocimientos de matemáticas y alfabetización y un menor deterioro funcional en las pruebas empíricas que confirma la importancia de fortalecer la capacidad de las escuelas para promover la salud mental y ayudar a los niños, niñas y adolescentes y a sus familias a lidiar con trastornos relacionados.
- Las escuelas y los entornos de aprendizaje son las instituciones sociales con más influencia en numerosos niños, niñas y adolescentes lo que se convierte en una oportunidad para llegar a ellos.
- Las escuelas pueden representar una red de seguridad en aquellos niños, niñas y adolescentes que no tiene un espacio doméstico seguro.
- En todos los países sin importar sus niveles de ingreso existe evidencia que los programas de aprendizaje socioemocional en las escuelas se asocian a beneficios para la salud mental incluyendo buenas relaciones interpersonales, buen rendimiento académico por las competencias cognitivas, conductuales y emocionales adquiridas.
- Las instituciones educativas son un importante apoyo comunitario para la salud mental.
- La prevención y el tratamiento de trastornos mentales en adolescentes beneficia la economía nacional a lo largo del periodo vital de una persona, por cada dólar invertido en programas desarrollados en las escuelas a fin de prevenir la ansiedad, la depresión y el suicidio entre los adolescentes, se espera 21.5 beneficios para la economía del país durante un periodo de 80 años.

Ejemplos de intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial en las escuelas y otros entornos de aprendizaje

El Gobierno de Kazajstán creó e implementó el programa Promoción de la Salud Mental y Prevención del Suicidio entre Adolescentes. Este programa se basa en tres estrategias principales: una intervención universal de promoción de salud mental para aumentar el conocimiento de los alumnos sobre el tema y reducir el estigma en torno a los servicios de salud mental y los obstáculos para acceder a ellos; una prevención selectiva para identificar a alumnos en situación de riesgo; y el acceso a servicios especializados para garantizar la derivación de los alumnos a la atención primaria de salud y los servicios de salud mental.

En 2010, el Gobierno de Kazajstán reconoció que los jóvenes en el país estaban experimentando una crisis de salud pública, con un aumento en las tasas de suicidio en la población adolescente. Al año siguiente, en 2011, se identificó el suicidio como la principal causa de muerte entre las personas de 15 a 19 años.

El Programa de Prevención (AMHSP) se implementó en dos regiones, Kyzylorda (2015-2017) y Mangistau (2016-2018). Para garantizar la aceptación y la coordinación operativa, UNICEF Kazajstán trabajó en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y Ciencia (MOES), el Centro Nacional de Salud Mental (NCMH), el Ministerio del Interior (policía), los departamentos de educación y salud de las dos regiones, y los vicegobernadores regionales en los Grupos de Trabajo de Salud Nacional y Dirección del Trabajo bajo la supervisión del Consejo Nacional de Salud (del Gobierno de Kazajstán).

Los resultados del programa AMHSP mostraron un aumento en el alcance y el impacto. En la región de Kyzylorda, para 2017, el programa AMHSP evaluó a 48,754 adolescentes en 312 escuelas, identificando a cerca de 2,500 adolescentes en riesgo de suicidio. Más del 90% de ellos visitó a especialistas para obtener apoyo adicional. En la región de Mangistau, en 2016-2018, más de 35,000 adolescentes participaron en 153 escuelas. Una evaluación en Mangistau destacó resultados similares a los de Kyzylorda, donde los estudiantes participantes informaron de un mayor bienestar general, una disminución en los síntomas de ansiedad y estrés, una menor ideación suicida y una reducción en la percepción de barreras para buscar ayuda, especialmente entre los adolescentes en riesgo, en comparación con los estudiantes que no participaron.

En 2017, el Gobierno instó a las regiones a escalar rápidamente el programa, lo cual ocurrió en todas menos una de las 17 regiones de Kazajstán, llegando a más del 39% de las escuelas del país para 2018 (más de 3,250 escuelas). Según la Orden Conjunta, los gobiernos locales asignaron presupuestos para la ampliación. UNICEF y el NCMH brindaron asistencia técnica y orientación a los gobiernos y socios implementadores para gestionar la expansión, incluyendo los Departamentos locales de Educación y Salud en 10 regiones, y la Fundación Bilim en seis regiones.

La producción y uso de información, la colaboración en procedimientos y el intercambio de datos y evidencia generados por el programa AMHSP sobre el valor de una respuesta proactiva a problemas de salud mental en adolescentes, la atención médica y la prevención del suicidio fueron factores clave que impulsaron los esfuerzos nacionales para integrar la salud mental en el sistema de salud pública en la reforma de política de 2018. Esto no solo se aplicó a la salud mental de los adolescentes, sino a una población más amplia.

El Ministerio de Salud formalmente cambió la prevención, manejo y tratamiento de problemas de salud mental selectos, que anteriormente solo se ofrecían en centros de salud mental especializados, para que se ofrecieran como servicios ambulatorios en consultorios generales (GP). Esto ayudó significativamente a mejorar la accesibilidad de los servicios de salud mental para adolescentes y toda la población, y ayudó a reducir el estigma asociado con el uso de clínicas de salud.

La reforma de 2018 marcó un cambio importante en términos de la capacidad de los adolescentes para acceder a servicios de salud sin el consentimiento de los padres. El programa AMHSP ha tenido un impacto positivo en Kazajstán en lo que respecta a la salud mental de los adolescentes y la prevención del suicidio. Las tasas de suicidio en adolescentes de 15 a 19 años que participan en el programa continúan disminuyendo. Sin embargo, la salud mental en adolescentes y el suicidio siguen siendo áreas complejas debido a sus múltiples causas y su conexión con el trauma infantil.

Es necesario seguir evolucionando en programas, técnicas, herramientas y procedimientos, y los aprendizajes de Kazajstán resaltan la necesidad de esfuerzos más amplios en los próximos años. El programa AMHSP demuestra que se necesita un enfoque intersectorial para establecer un sistema de respuesta en salud mental basado en datos, conciencia, desarrollo de capacidades, evaluación y promoción, para cambiar los sistemas y el estigma, y permitir que los adolescentes reclamen su derecho a una vida sana y libre de daños.

Viet Nam

Los ministerios de Educación y Formación, de Trabajo, Discapacidades y Asuntos Sociales de Vietnam han implementado diversas políticas relacionadas con el desarrollo de programas de asesoramiento escolar, la educación inclusiva para niños y niñas con discapacidad, actividades para mitigar el impacto negativo de la COVID-19 en la salud mental y el bienestar de los alumnos, y la concienciación sobre la salud mental a través de un programa integral de salud escolar ejecutado por el Ministerio de Educación y Formación. El objetivo de este estudio es comprender cómo los factores relacionados con la escuela afectan la salud mental y el bienestar de los adolescentes en Vietnam, así como el papel del sistema educativo en abordar los riesgos de salud mental y brindar servicios de salud mental y apoyo psicosocial.

El estudio incluye una evaluación de la relación entre la salud mental de los adolescentes y los desafíos y factores de riesgo relacionados con la escuela, como el entorno escolar, la presión académica y el estrés social. También se examinan factores contextuales como la edad, el género y la región geográfica. Además, se investigan los factores sistémicos con datos recopilados de diferentes niveles del sistema educativo y sectores gubernamentales que influyen en la salud mental de los estudiantes.

La UNICEF ha respaldado la investigación y el desarrollo sobre la salud mental de los niños en Vietnam y puede utilizar los resultados del estudio para crear conciencia sobre la importancia de la salud mental de los adolescentes, facilitar la colaboración intersectorial, apoyar la alineación de la protección infantil y la salud mental de los adolescentes, integrar problemas de salud mental en las actividades de UNICEF y desarrollar herramientas de salud mental para adolescentes.

Recomendaciones para futuras investigaciones incluyen probar programas de salud mental y modelos de colaboración a nivel local antes de implementar a nivel nacional, evaluar la eficacia de las intervenciones y considerar las necesidades de grupos vulnerables de estudiantes. Es importante brindar apoyo a los estudiantes afectados por la pandemia de COVID-19.

Ecuador

El Grupo de Asesoramiento Estudiantil (GAE) en Ecuador es un equipo diverso de especialistas que se dedica a impulsar el bienestar emocional y social de los estudiantes. Su objetivo es asegurar que las escuelas sean entornos seguros y favorables para el crecimiento de los alumnos, brindando respaldo emocional y conectándolos con los servicios necesarios. Además, el GAE se enfoca en promover el desarrollo de habilidades transferibles y fomentar la coordinación y colaboración entre estudiantes, profesionales educativos y cuidadores.

En Ecuador, los desastres naturales como sismos, deslizamientos de tierra y erupciones volcánicas ocurren con frecuencia. Estos sucesos tienen un impacto significativo en la salud mental de la población, contribuyendo a una cuarta parte de la carga global de enfermedades del país. Según datos de UNICEF, las autolesiones son la segunda causa de muerte en niñas y niños de 10 a 19 años en Ecuador. Ante esta situación, UNICEF y el Ministerio de Educación de Ecuador han unido fuerzas para proteger y promover la salud mental y psicosocial de los niños, adolescentes, docentes y profesionales educativos, especialmente después de los terremotos de 2016 y la crisis causada por la pandemia de COVID-19.

Entre 2015 y 2016, UNICEF brindó financiamiento y asistencia técnica al Ministerio de Educación para fortalecer las capacidades de los GAE a través de un curso de capacitación de 120 horas sobre desarrollo humano integral, incluyendo apoyo a la salud mental y bienestar psicosocial de los estudiantes. Un total de 3.100 profesionales del GAE completaron la formación y la replicaron en sus respectivos lugares de trabajo, beneficiando a 10.000 docentes que trabajan con aproximadamente 210.000 estudiantes en todo el país.

Después de los terremotos de 2016, UNICEF apoyó al Ministerio de Educación en la adaptación del plan de estudios para brindar educación de manera efectiva en situaciones de emergencia, teniendo en cuenta la salud mental, el

bienestar psicosocial y las necesidades de aprendizaje de los estudiantes. Además, UNICEF capacitó a los GAE y a los maestros en la implementación de este nuevo currículo.

En respuesta a la pandemia de COVID-19, UNICEF, con el apoyo financiero del Fondo Global para la Educación (ECW), desarrolló un enfoque innovador para brindar apoyo psicosocial a través de teléfono y otros medios remotos a niños, adolescentes y jóvenes durante los cierres escolares. UNICEF ha capacitado y supervisado a 1.200 docentes, llegando a 48.000 estudiantes de primaria y secundaria en 14 provincias. Además, se han proporcionado teléfonos móviles, planes de datos y tabletas a los docentes y al GAE para brindar atención psicosocial a 82.572 estudiantes mientras las escuelas permanecían cerradas.

Las lecciones aprendidas de estas intervenciones incluyen la importancia de invertir en fortalecer las capacidades de los GAE, contar con un equipo diverso de profesionales capacitados para promover la salud mental y el bienestar de los estudiantes y profesores, y apoyar el desarrollo de políticas y aumentar el número de profesionales capacitados en salud mental y apoyo psicosocial en el sistema educativo.

Tailandia

El Gobierno Real de Tailandia, en colaboración con UNICEF, ha llevado a cabo dos acciones significativas. En primer lugar, implementaron la iniciativa HERO, que es un programa basado en una aplicación para asistir a los profesores en la supervisión y gestión de estudiantes con dificultades conductuales, emocionales o sociales. En segundo lugar, realizaron un análisis de la situación de los servicios de SMAPS en diferentes sectores. Basándose en las pruebas empíricas recopiladas, el Ministerio de Educación ha dado prioridad a la salud y el bienestar de los niños y adolescentes en entornos de aprendizaje, y se ha comprometido a promover mejoras tanto en la cultura como en los planes de estudio en los entornos educativos. Esto incluye el aprendizaje socioemocional y la identificación y derivación de estudiantes que requieran servicios SMAPS.

El 29 de junio de 2020, el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública lanzó la aplicación "HÉROE" (Operación Educativa y Sanitaria de Reinserción). Esta aplicación se creó a través de un acuerdo entre el Departamento de Salud Mental, el Ministerio de Salud Pública y la Oficina de la Comisión de Educación Básica del Ministerio de Educación. En la ceremonia de firma y conferencia de prensa, estuvieron presentes el Dr. Kiattiphoom Wongrajit, Director General del Departamento de Salud Mental, el Dr. Sanit Yamkaneson, Vicesecretario General de la OBEC, el M.D. Dusadee Chuengsirakulwit, Director del Instituto Rajanagarindra de Salud Mental Infantil y Adolescente, y la Dra. Ketsirin Suwanasoontorn, Directora del Grupo de Desarrollo de Sistemas de Orientación, junto con el personal del grupo de desarrollo del sistema de orientación.

Durante la conferencia de prensa, el Dr. Kiattiphoom Wongrajit reveló que la aplicación "HÉROE" fue desarrollada como una guía para monitorear problemas de salud mental en niños y adolescentes a través de 9 preguntas simples (9 síntomas o 9S). Estas preguntas evalúan los síntomas de los niños, como ser demasiado traviosos, distraídos, incapaces de esperar, irritables con facilidad, desanimados y aburridos, no querer ir a la escuela, ser objeto de burlas por parte de los amigos, burlarse de los amigos y no tener amigos.

La aplicación "HÉROE" funciona como una herramienta de vigilancia para detectar problemas de comportamiento y emocionales en los niños. A través de ella, se pueden identificar rápidamente a los niños que requieren atención sin aumentar la carga de trabajo de los maestros. En caso de detectar problemas, los niños pueden ser remitidos al equipo de salud pública a través de la aplicación.

Se realizó un estudio piloto del sistema de vigilancia en 13 áreas, y se encontró que aproximadamente el 20% de los grupos de riesgo fueron identificados, en comparación con el 10% identificado mediante la detección tradicional. Esto se logró sin aumentar la carga de trabajo de los maestros. En caso de que los maestros necesiten consejo o apoyo, pueden comunicarse con el personal de salud pública en cada distrito a través de la aplicación.

El Departamento de Salud Mental ha organizado equipos en cada región para fungir como asesores de la aplicación "HÉROE". Estos asesores facilitan la colaboración entre las escuelas y los hospitales, con el objetivo de cuidar la salud mental y mejorar la calidad de vida de los niños.

En la actualidad, contamos con asesores "HÉROE" en todas las áreas de salud y esperan expandir los resultados a todos los distritos durante los próximos años académicos. El Sr. Sanit Yamkesorn, Subsecretario General Adjunto de la OBEC, reveló que la misión principal del Ministerio de Educación es ofrecer educación para fomentar y desarrollar estudiantes con habilidades académicas, habilidades vocacionales y habilidades para la vida. Esto implica permitir que los estudiantes se descubran a sí mismos y se desarrollen de acuerdo con sus intereses y aptitudes. En el pasado, incluyendo la situación del COVID-19, se ha observado un aumento constante en la demanda de apoyo en salud mental para niños y jóvenes en edad escolar. Por lo tanto, hemos trabajado en colaboración con el Departamento de Salud Mental en diversas áreas.

La aplicación "HÉROE" (Operación de Reintegración Educativa y de Salud) fue desarrollada para ayudar a cuidar la salud mental de los estudiantes desde una etapa temprana. Su función principal es facilitar la conexión entre profesores y médicos en relación con la atención de salud mental de los estudiantes, evitando así la necesidad de llevar a los estudiantes al hospital. Esto ayuda a reducir el riesgo de exposición a diversas infecciones y ahorra gastos de viaje,

sin afectar el proceso de aprendizaje. Durante el año académico 2020, la OBEC ha proporcionado información relacionada con la aplicación.

Además de utilizar la aplicación "HÉROE" para cuidar la salud mental de los estudiantes, la OBEC también ha implementado un enfoque integral de salud mental en las escuelas. Esto incluye la organización de actividades de orientación, así como el establecimiento de 260 centros de orientación provinciales y centros de orientación en el área educativa durante el año académico 2020. Además, hay psicólogos escolares disponibles en el área educativa para brindar apoyo.

Se alienta a los estudiantes a mantener una buena salud mental, ya que esto es fundamental para el aprendizaje. En este sentido, se ha promovido un regreso saludable a la escuela, tanto física como mentalmente, en el contexto del COVID-19.

Mozambique

En Mozambique, se desarrolló un entrenamiento para profesores con el objetivo de brindar servicios de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) durante las crisis y antes y después de estas. Con la ayuda del Ministerio de Educación y Desarrollo Humano y colaboradores del Grupo de Trabajo de Educación en Emergencias, UNICEF creó un manual de formación y está brindando entrenamiento a profesores sobre servicios de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) en entornos educativos. Este entrenamiento incluye guías prácticas sobre enfoques pedagógicos para fomentar el bienestar de los estudiantes.

Egipto, la República Islámica del Irán, Pakistán

El Plan de Salud Mental Integral en los colegios de Egipto, la República Islámica de Irán y Pakistán fue desarrollado por la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS. Este plan se basa en la evidencia y tiene como objetivo abordar las dificultades emocionales y de comportamiento que suelen surgir en los niños y adolescentes en edad escolar. El manual del plan está diseñado para ser utilizado por profesores, directivos, personal de enfermería de los colegios, trabajadores sociales y consejeros escolares. Se centra en la promoción de la salud mental y la prevención de problemas de salud mental.

FACTORES PROTECTORES Y FACTORES DE RIESGOS EN SALUD MENTAL

Es posible alterar muchos de los elementos que influyen en la salud mental, ya que no son exclusivamente biológicos. Por lo tanto, es esencial identificar y comprender estos elementos. En el caso de los niños, la atención y el apoyo de los padres y cuidadores son fundamentales, al igual que los entornos educativos seguros y atractivos que fomentan habilidades sociales y resiliencia.

A medida que los niños se convierten en adolescentes, las relaciones con sus amigos pueden influir en sus normas y actitudes a lo largo de sus vidas. Al determinar los factores de riesgo más comunes, se pueden formular políticas y programas que promuevan y protejan la salud mental.

Generalmente, no hay una relación directa de causa y efecto entre los elementos de riesgo y los trastornos de salud mental. Estos elementos conforman una cadena probabilística que puede aumentar la probabilidad de riesgo según el tiempo de exposición (la cantidad), el contexto y el momento en que ocurre. Dado que muchos de los elementos que contribuyen a la aparición de los trastornos de salud mental son variables, es esencial comprender la distribución de los riesgos más comunes para mejorar la formulación y ejecución de intervenciones que promuevan y protejan la salud mental.

Desafortunadamente, interpretar la prevalencia de elementos de riesgo entre la población mundial, regional y local puede ser una tarea compleja, ya que no hay información estandarizada en todos los contextos. Con el fin de abordar esta brecha en la investigación, un equipo de expertos de la Universidad Federal Do Rio Grande do Sul en Brasil seleccionó más de 50 posibles elementos para los cuales había datos disponibles en un rango de entre 47 y 146 países, dependiendo del elemento.

De los indicadores utilizados en las tres encuestas, los investigadores enumeraron 23 elementos correspondientes a diferentes etapas de los primeros 20 años de vida: el período perinatal, la primera infancia, la infancia y la adolescencia. Inicialmente, la selección se basó en la existencia de revisiones sistemáticas o metaanálisis que describían la relación entre la exposición al elemento y la posterior aparición de algún resultado de salud mental.

Factores a lo largo de la vida que afectan la salud mental

Periodo perinatal:

1. tener una madre menor de 18 años en el momento de dar a luz.
2. Bajo peso al nacer

primera infancia.

3. Ausencia de una alimentación adecuada basada en un mínimo de cinco de los ocho grupos de alimentos.
4. No estar matriculado en la escuela preescolar.
5. Ausencia de accesorios de juego o de juguetes hechos en casa, manufacturados o encontrados en el hogar

infancia.

6. Falta de asistencia a la escuela primaria.
7. Disciplina violenta.

8. Trabajo infantil.
9. Orfandad durante.

adolescencia

10. Falta de buenos amigos.
11. Acoso.
12. Falta de actividad física.
13. Conducta sedentaria.
14. Sobrepeso.
15. Insuficiencia ponderal.
16. Consumo excesivo de alcohol.
17. Consumo de marihuana.
18. Falta de asistencia a la escuela secundaria.
19. No tener empleo y no estar matriculado en ningún tipo de educación o formación.
20. Matrimonio infantil.
21. Violencia sexual dentro de la pareja.
22. Violencia física dentro de la pareja.
23. Violencia psicológica dentro de la pareja.

Determinantes de la salud mental clasificados en 3 niveles

La salud mental es un aspecto fundamental de nuestro bienestar general, y está influenciada por una amplia variedad de factores. Para comprender mejor estos factores, podemos clasificar los determinantes de la salud mental en tres niveles: atributos individuales, circunstancias sociales y factores ambientales. Cada nivel contiene tanto factores adversos como factores protectores que pueden impactar significativamente en nuestra salud mental.

En el nivel de atributos individuales, encontramos elementos que pueden afectar nuestra salud mental de manera negativa, como la baja autoestima, la inmadurez cognitiva/emocional, las dificultades comunicativas, enfermedades médicas y el uso de sustancias. Sin embargo, también existen factores protectores en este nivel, como una autoestima saludable, confianza en uno

mismo, habilidades para resolver problemas y gestionar el estrés, así como habilidades de comunicación. Además, la salud física y la aptitud física también desempeñan un papel importante en la protección de nuestra salud mental.

En el nivel de circunstancias sociales, se encuentran factores adversos como la soledad, el duelo, la negligencia, los conflictos familiares, la exposición a la violencia/abusos, los bajos ingresos y la pobreza, así como las dificultades o el fracaso escolar. Estos factores pueden desencadenar problemas de salud mental. No obstante, también existen factores protectores, como el apoyo social de la familia y amigos, la crianza de los hijos y la interacción familiar, la seguridad física, la seguridad económica, el logro escolar, así como la satisfacción y el éxito en el trabajo.

En el nivel de factores ambientales, encontramos adversidades como el pobre acceso a los servicios básicos, la injusticia y discriminación, las desigualdades sociales y de género, así como la exposición a la guerra o desastres. Estos factores pueden tener un impacto negativo en nuestra salud mental. Sin embargo, también existen factores protectores, como la igualdad de acceso a los servicios básicos, la justicia social, la tolerancia, la integración, así como la igualdad social y de género. Además, la seguridad física también juega un papel crucial en la protección de nuestra salud mental.

Es esencial considerar la interacción de estos tres niveles de determinantes de salud mental, ya que se influyen mutuamente y pueden contribuir tanto positiva como negativamente a nuestro bienestar mental. Al comprender estos factores y su impacto en nuestra salud mental, podemos implementar estrategias y políticas efectivas para promover una mejor salud mental y prevenir trastornos mentales.

El estigma

El estigma es un problema persistente en relación con la salud mental. A pesar de que cada vez estamos más conscientes del impacto de las enfermedades mentales en la vida de las personas y las comunidades, los estigmas asociados a la salud mental continúan socavando los esfuerzos para promover la salud

mental y proteger a los niños y jóvenes vulnerables. La discriminación que surge del estigma, ya sea intencional o no, limita la capacidad de los niños y jóvenes para buscar tratamiento y restringe sus oportunidades de crecimiento, aprendizaje y prosperidad. De hecho, aquellos que padecen enfermedades mentales afirman que el rechazo, la falta de comprensión y la discriminación que experimentan debido a los estigmas relacionados con la salud mental pueden ser más perjudiciales que la propia enfermedad.

En conversaciones realizadas como parte del estudio Global Early Adolescent Study de la Escuela Bloomberg de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins y 13 organizaciones aliadas de todo el mundo, los adolescentes confirmaron que el estigma en torno a la salud mental puede desalentarlos a buscar ayuda. Los jóvenes expresaron preocupación por el posible juicio severo que podrían recibir de sus familias, amigos, personal escolar y comunidades si revelaran sus problemas de salud mental. Esta preocupación era especialmente profunda entre los niños, quienes se sentían inhibidos para hablar sobre su salud mental debido a las normas de género masculinas.

El estigma se deriva de la ignorancia, el prejuicio y la discriminación, y puede tener un impacto negativo en la forma en que las personas comprenden y tratan las enfermedades mentales. Los niños aprenden estereotipos y términos peyorativos asociados con la salud mental desde una edad temprana, lo que puede perpetuar el estigma a lo largo de sus vidas. Además, se ha observado que los niños son más propensos a ser víctimas y perpetuadores de estigmas en comparación con las niñas. El estigma también puede ser influenciado por el entorno en el que crecen los niños, como la actitud de los profesores hacia la depresión. Incluso en el campo de la salud mental, ha habido ejemplos históricos de profesionales que tratan el comportamiento socialmente inaceptable como una patología y envían a los pacientes a hospitales psiquiátricos sin su consentimiento.

El estigma, ya sea deliberado o no, puede tener un impacto negativo en la capacidad de los niños para solicitar ayuda. El estigma puede hacer que los niños se sientan avergonzados o estigmatizados por buscar apoyo, lo que puede dificultar su acceso a la ayuda que necesitan. Esto resalta la importancia de abordar y desafiar los estigmas asociados con buscar ayuda, especialmente en el contexto de la infancia y la adolescencia.

El burnout

El burnout en docentes es un fenómeno preocupante que afecta la salud y bienestar de los profesionales de la educación. Este trastorno emocional se caracteriza por el agotamiento físico y mental, la falta de motivación y la disminución del rendimiento laboral.

En un estudio reciente realizado por Smith et al. (2019), se encontró que el 45% de los docentes experimentan síntomas de burnout. Además, se descubrió que los factores de riesgo incluyen una alta carga de trabajo, la falta de apoyo y recursos adecuados, y la presión constante para cumplir con las demandas académicas.

En cuanto a las consecuencias del burnout en los docentes, investigaciones previas han demostrado que puede llevar a un aumento en el absentismo laboral, una disminución en la calidad de la enseñanza y un mayor riesgo de abandono de la profesión (González et al., 2018).

Es importante destacar que el burnout no solo afecta la salud de los docentes, sino también la calidad de la educación que se brinda a los estudiantes. Por lo tanto, es fundamental implementar estrategias de prevención y apoyo para mitigar este problema.

En resumen, El estigma y el burnout son dos grandes problemas y desafíos dentro de las instituciones educativas que afectan la salud mental de profesores y estudiantes. Ambos problemas tienen un impacto significativo en la salud mental de profesores y estudiantes. El estigma puede impedir que las personas busquen ayuda y apoyo, lo que puede empeorar sus problemas de salud mental. El burnout puede afectar negativamente la calidad de la enseñanza y el aprendizaje, ya que los profesores agotados pueden tener dificultades para mantenerse motivados y comprometidos.

6. Metodología de la investigación.

Diseño de la investigación

Esta investigación se basa en un enfoque analítico que busca recopilar y analizar información relevante de fuentes confiables como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), así como de otras investigaciones y publicaciones científicas relacionadas con la alfabetización en salud mental en instituciones educativas.

Recopilación de datos

Para llevar a cabo esta investigación, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura existente en bases de datos académicas y científicas, así como en repositorios de información de la OMS, UNICEF, PubMed, Scopus y Cinahl. Se seleccionaron estudios, informes y documentos relevantes que proporcionaran información actualizada sobre la situación de la salud mental Latinoamérica. Al realizar la búsqueda bibliográfica, se establecieron ciertos límites. Se consideraron los documentos publicados en los últimos 10 años y escritos en inglés o castellano. Además, se priorizó acceder a versiones gratuitas de los mismos..

Además, se realizó un análisis de políticas educativas y de salud mental en diferentes países de la región, con el fin de identificar enfoques y estrategias exitosas implementadas en instituciones educativas latinoamericanas.

Análisis de datos

Una vez recopilada la información relevante, se procedió a realizar un análisis detallado y crítico de los datos obtenidos. Se identificaron patrones, tendencias y desafíos comunes en la alfabetización en salud mental en las instituciones educativas de Latinoamérica.

Se utilizó un enfoque comparativo para analizar las diferencias y similitudes entre los enfoques y estrategias implementadas en los diferentes países de la región. Se destacaron las buenas prácticas y se identificaron las barreras y

desafíos que dificultan la implementación efectiva de la alfabetización en salud mental en las instituciones educativas.

Formulación de la propuesta

A partir del análisis de los datos recopilados, se procedió a formular una propuesta de alfabetización en salud mental dirigida a instituciones educativas en Latinoamérica. Esta propuesta se basa en las mejores prácticas identificadas en la revisión de literatura y en el análisis de políticas y enfoques implementados en la región.

La propuesta incluye estrategias y recomendaciones concretas para fortalecer la educación en salud mental en las instituciones educativas, promoviendo la comprensión, la prevención y el abordaje adecuado de los problemas de salud mental. Se hace énfasis en la formación de docentes y personal administrativo, así como en la promoción de un entorno educativo inclusivo y empático.

Limitaciones

Algunas posibles limitaciones de esta investigación incluyen la disponibilidad y acceso a la información de las fuentes consultadas, así como la posibilidad de sesgos inherentes a los estudios y documentos analizados. Sin embargo, se tomaron medidas para mitigar estas limitaciones, como la selección de fuentes confiables y la realización de un análisis crítico de los datos recopilados.

En conclusión, esta metodología analítica permitió recopilar y analizar información relevante de fuentes confiables como la OMS y UNICEF, así como de otras investigaciones y publicaciones científicas. A partir de este análisis, se formuló una propuesta de alfabetización en salud mental dirigida a instituciones educativas en Latinoamérica, con el objetivo de fortalecer la educación en salud mental y promover el bienestar de los estudiantes en la región.

7. Resultados.

Tras llevar a cabo la investigación y análisis correspondientes, se presentan a continuación los resultados obtenidos en relación a la propuesta de alfabetización en salud mental dirigida a instituciones educativas en Latinoamérica:

1. Situación actual de la alfabetización en salud mental: Se identificó que en general existe una falta de enfoque y atención hacia la salud mental en las instituciones educativas de Latinoamérica. Se evidenció una brecha importante en la comprensión y abordaje de los problemas de salud mental, así como una falta de recursos y capacitación adecuada para los docentes y personal administrativo.
2. Necesidades y desafíos: Se identificaron diversas necesidades y desafíos en relación a la alfabetización en salud mental en las instituciones educativas. Entre ellos, destacan la falta de conciencia y comprensión sobre la importancia de la salud mental, la presencia de estigmas y prejuicios, la falta de recursos y capacitación, así como la falta de políticas y programas enfocados en la promoción de la salud mental.
3. Enfoques y estrategias exitosas: Se encontraron ejemplos de enfoques y estrategias exitosas implementadas en otros países y regiones, que podrían adaptarse y ser implementadas en instituciones educativas latinoamericanas. Estas estrategias incluyen la incorporación de la salud mental en el currículo escolar, la capacitación de docentes en salud mental, la promoción de un ambiente educativo inclusivo y empático, y la colaboración con profesionales de la salud mental.
4. Propuesta de alfabetización en salud mental: A partir de los resultados obtenidos, se formuló una propuesta de alfabetización en salud mental dirigida a instituciones educativas en Latinoamérica. Esta propuesta incluye la incorporación de contenidos y actividades relacionadas con la salud mental en el currículo escolar, la capacitación de docentes y personal administrativo en temas de salud mental, la promoción de un ambiente educativo inclusivo y empático, y la colaboración con profesionales de la salud mental.

5. Recomendaciones: Se presentan recomendaciones concretas para la implementación de la propuesta de alfabetización en salud mental en instituciones educativas latinoamericanas. Estas recomendaciones incluyen la necesidad de establecer políticas y programas específicos en cada país de la región, la formación continua de docentes y personal administrativo, la promoción de la participación de estudiantes y familias en la promoción de la salud mental, y la colaboración intersectorial entre el ámbito de la educación y la salud.

En resumen, los resultados de esta tesis revelaron la necesidad de fortalecer la alfabetización en salud mental en las instituciones educativas de Latinoamérica. La propuesta formulada a partir de estos resultados busca abordar los desafíos identificados y promover una educación integral que incluya la salud mental como parte fundamental del bienestar de los estudiantes. Se espera que esta propuesta contribuya a generar conciencia, romper estigmas y promover una sociedad más inclusiva y empática en la región latinoamericana.

8. Discusión.

La presente tesis ha abordado la problemática de la falta de atención y enfoque hacia la salud mental en las instituciones educativas de Latinoamérica, y ha propuesto una estrategia de alfabetización en salud mental para abordar esta situación. A continuación, se discuten los hallazgos y su relevancia en el contexto latinoamericano.

Uno de los hallazgos más significativos es la falta de conciencia y comprensión sobre la importancia de la salud mental en las instituciones educativas de la región. Esto se refleja en la falta de recursos, capacitación y políticas específicas para abordar los problemas de salud mental en el entorno educativo. Esta situación tiene un impacto negativo en el bienestar de los estudiantes y en su rendimiento académico.

La presencia de estigmas y prejuicios en relación a los trastornos mentales también ha sido identificada como un desafío importante. Esta situación dificulta la detección temprana y el acceso a servicios de salud mental, y contribuye a la discriminación y exclusión de las personas que padecen trastornos mentales. Es necesario promover una cultura de respeto, empatía y comprensión en las instituciones educativas, para que los estudiantes se sientan seguros y respaldados en el cuidado de su salud mental.

La revisión de enfoques y estrategias exitosas implementadas en otros países y regiones ha proporcionado importantes lecciones aprendidas. La incorporación de la salud mental en el currículo escolar, la capacitación de docentes y personal administrativo, la promoción de un ambiente educativo inclusivo y empático, y la colaboración con profesionales de la salud mental son aspectos clave para fortalecer la alfabetización en salud mental en las instituciones educativas latinoamericanas.

La propuesta de alfabetización en salud mental formulada en esta tesis busca abordar los desafíos identificados y promover una educación integral que incluya la salud mental como parte fundamental del bienestar de los estudiantes. Se espera que esta propuesta genere un impacto significativo en las instituciones educativas de Latinoamérica, promoviendo una mayor conciencia sobre la importancia de la salud mental, rompiendo estigmas y prejuicios, y brindando las herramientas necesarias para la detección temprana y el abordaje adecuado de los problemas de salud mental.

Es importante destacar que la implementación de esta propuesta requerirá un esfuerzo conjunto de los gobiernos, instituciones educativas, docentes, familias y comunidades. Se necesitará un compromiso firme para destinar recursos adecuados, desarrollar políticas y programas específicos, y garantizar la capacitación continua de los profesionales de la educación en temas de salud mental.

En conclusión, la discusión de esta tesis resalta la urgencia de fortalecer la alfabetización en salud mental en las instituciones educativas de Latinoamérica. La propuesta presentada busca abordar los desafíos identificados y promover una educación integral que incluya la salud mental como parte fundamental del bienestar de los estudiantes. Se espera que esta propuesta contribuya a generar conciencia, romper estigmas y promover una sociedad más inclusiva y empática en la región latinoamericana.

}

9. Conclusiones.

En primer lugar, se concluye que existe una necesidad urgente de implementar programas de alfabetización en salud mental en las instituciones educativas de Latinoamérica. Esto se debe a la creciente prevalencia de problemas de salud mental entre los estudiantes y la falta de recursos y conocimientos para abordar adecuadamente estas problemáticas.

Además, se concluye que la falta de educación en salud mental contribuye a la estigmatización y discriminación de las personas que padecen trastornos mentales. Al promover la alfabetización en salud mental, se busca generar conciencia y comprensión sobre estas problemáticas, fomentando así una cultura de inclusión y apoyo en las instituciones educativas.

Asimismo, se destaca la importancia de la colaboración entre diferentes actores, como el personal educativo, los estudiantes, las familias y los profesionales de la salud mental, para implementar eficazmente los programas de alfabetización en salud mental. Esto permitirá abordar de manera integral las necesidades de los estudiantes y brindarles el apoyo necesario para su bienestar emocional y mental.

En resumen, las conclusiones de esta tesis respaldan la importancia y la justificación de la propuesta de alfabetización en salud mental a instituciones educativas en Latinoamérica. Esta propuesta busca mejorar la calidad de vida de los estudiantes, promoviendo la salud mental y combatiendo la estigmatización y discriminación asociadas a los trastornos mentales.

PROYECTO DE ALFABETIZACION EN SALUD MENTAL

Un proyecto a la medida

el proyecto a medida se enfoca en la alfabetización en salud mental a instituciones educativas promocionando la salud mental y previniendo las enfermedades mentales en adolescentes, como parte de nuestro compromiso con el desarrollo de cada institución de quienes participan en nuestras experiencias de alfabetización de salud mental. Estamos comprometidos en crecer junto con la institución y contribuir de manera positiva a la construcción de un país con acciones en la salud mental de sus adolescentes.

Nombre: Psiquipaz

Autora: Dra. Ivangela vega Muñoz

Impartido por: profesionales en salud mental

Duración: (aproximado 40 semanas = 9 meses y medio)

Población: 14 -17 años

Evaluación: Se evaluara a la población antes de la intervención, después de 3 meses de la intervención

Proceso de Desarrollo del proyecto

Nuestra metodología para las instituciones educativas comienza con la identificación de las necesidades específicas en cada institución educativa, capacitación, acompañamiento y acciones orientadas a la alfabetización de la salud mental.

1. Identificación de Necesidades: A través de un acercamiento, queremos comprender cómo podemos ser parte de la solución que tu institución educativa necesita en el campo de la salud mental.
2. Diseño, Estructuración y Técnica del proyecto: Contamos con expertos académicos que se encargarán de crear el mejor enfoque temático para cada institución educativa
3. Revisión y Ajuste de la Propuesta: Valoramos tus sugerencias y comentarios. Estamos dispuestos a ser flexibles y adaptarnos según las necesidades de la institución educativa. La retroalimentación es crucial para nosotros.

4. Ejecución del proyecto: Nos complace trabajar con las instituciones educativas de barranquilla. Trabajamos arduamente para ofrecer una experiencia de calidad dentro del programa .
5. Evaluación de la Satisfacción: La mejora continua es fundamental para nosotros. Valoramos cada observación y comentario de los participantes del programa.
6. Informe Final y Retroalimentación: Durante todo el proceso formativo, mantendremos una comunicación constante.

Metodología

A continuación, la Descripción de las acciones que se llevarán a cabo y recursos humanos por colegio para la ejecución del proyecto

Capacitación del equipo de trabajo

Delimitar los fines, objetivos y metas del proyecto y capacitar a los psicólogos sobre la planeación educativa del proyecto. Esto permitirá definir qué hacer, cómo hacerlo y qué recursos y estrategias se emplean en la consecución de dicho objetivo.

Duración del programa: 6 meses y 3 meses de seguimiento total: 9 meses en cada institución educativa se desarrollará el proyecto según lo estipulado en la Planeación Educativa

se realizará el seguimiento periódico el primer mes semanas el segundo mes cada 15 días y posterior cada mes para evaluar el progreso y realizar ajustes si es necesario en La Planeación Educativa del proyecto.

se solicitará por modulo terminado un informe a cada psicólogo que se aportará para estadística de resultados

Recursos humanos:

- Directora general del proyecto
- Psicólogo dirigido a estudiantes
- Psicólogo dirigido a padres de familia
- Psicólogo dirigido a docentes, directivos e institución y de apoyo

Materiales necesarios:

- Suministro de material de oficina

- Consentimientos informados
- Mochila a cada estudiante con material de bienestar emocional
- Cuadernillo para estudiante
- Cuadernillo para docentes
- Cuadernillo para familiares
- Rincón de bienestar incluye banca, mural, tablero y caja de ayuda
- Caja de primeros auxilios para la institución
- Chatbot

Inicio del proyecto

Semana 1:

bienvenida presentación interacción y conexión con los estudiantes maestros y padres de familia.

Identificación de Necesidades

Diseño, Estructuración y Técnica del proyecto

Revisión y Ajuste de la Propuesta

Semana 2 hasta la semana 26:

Ejecución del proyecto

Semana 27:

semana de la salud mental y entrega de:

Rincón de bienestar incluye banca, mural, tablero y caja de ayuda

Caja de primeros auxilios en salud mental para la institución

Chatbot

Semana 27 hasta la semana 37:

supervisión

Consentimiento informado para padre(s)//tutores/adulto responsable que acompañen a los adolescentes menores de 15 años

Mi nombre es

.....

. de

profesión..... y

trabajo para

Nos encontramos realizando una evaluación de conocimiento sobre salud mental. Estoy interesado en conocer las opiniones de su hijo/hija/adolescente bajo su cuidado. Para ello quisiera hacerle unas cuantas preguntas a través de una encuesta. Esta información ayudará a mejorar la educación en salud mental de adolescentes. La encuesta tomará entre unos 25 y 30 minutos. No voy a anotar su nombre y toda la información que me dé será estrictamente confidencial. Su participación en esta encuesta depende totalmente de usted y de él o ella. Si usted lo desea puede rehusar darnos el permiso para la encuesta. Si decide que no debería participar, para nada y de ninguna manera afectaría el acceso a los servicios de educación en salud mental. ¿Tiene preguntas? ¿Podemos comenzar?

El padre/tutor/adulto responsable ha dado el permiso Sí.....1

No.....2

“Todas mis preguntas fueron respondidas. He entendido y estoy de acuerdo en dar consentimiento para la encuesta.” Firma /consentimiento del padre/tutor/adulto responsable.

FECHA: /..... / Firma del encuestador

.....

Consentimiento/asentimiento informado para adolescentes

Mi nombre es

.....

. de
profesión..... y
trabajo para

Nos encontramos realizando una evaluación una evaluación de conocimiento sobre salud mental a los adolescentes en este establecimiento. Me gustaría conocer tus opiniones sobre la salud mental y las enfermedades mentales. Para ello quisiera hacerte algunas preguntas a través de una encuesta. Esta información ayudará a mejorar la educación en salud mental de adolescentes. La encuesta tomará entre 25 y 30 minutos. No voy a anotar tu nombre y toda la información que me des será estrictamente confidencial. Tu participación en esta encuesta depende totalmente de ti (y/o de tus padres/Tutores/Adulto Responsable, en caso que seas menor de 18 años). Si no quieres participar, no es obligatorio y puedes no hacerlo. Si decides que no quieres participar, esto no afectará de ninguna manera tu acceso a los servicios de educación en salud mental. Si decides participar, no tienes que contestar todas las preguntas que te haga. ¿Tienes preguntas? ¿Podemos comenzar?

El encuestado está de acuerdo en participar Sí.....1 No.....2

“Todas mis preguntas fueron respondidas. He entendido y estoy de acuerdo en dar consentimiento /asentimiento para la encuesta.” Firma / consentimiento/asentimiento del/la adolescente:

.....
.....

..... FECHA: /..... /.....

..... Firma del encuestador
.....

Encuesta modificada de zaragoza ayuntamiento fuente
<https://www.fadesaludmental.es/el-estigma/cuestionario>
aplicada en estudiantes de la universidad de zaragoza España

Edad

Sexo

Colegio

Ciudad

CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL

1) ¿Qué es la enfermedad mental?:

- a) Un proceso degenerativo del cerebro que disminuye la capacidad de la persona.
- b) La enfermedad mental es una condición que afecta la salud mental y puede causar alteraciones en el pensamiento, el estado de ánimo y el comportamiento de una persona
- c) La enfermedad mental es una manifestación de debilidad o falta de voluntad de una persona.

2) ¿A quién puede afectar la enfermedad?:

- a) La enfermedad puede afectar a todas las personas, independientemente de su edad, cultura, sexo u origen. b) Las personas provenientes de familias disfuncionales pueden ser afectadas por la enfermedad.
- c) Aquellas personas con un mayor nivel de educación tienen menos probabilidades de contraer esta enfermedad.

3) Entre la enfermedad mental y la discapacidad intelectual:

- a) No hay distinción entre la enfermedad mental y la discapacidad intelectual, ya que la discapacidad intelectual es simplemente un grado de la enfermedad mental.
- b) La discapacidad intelectual se define por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y las dificultades relacionadas con ciertas habilidades de la vida diaria, mientras que la enfermedad mental es un trastorno que no disminuye las funciones, sino que las altera.
- c) Ninguna de las dos condiciones tiene un tratamiento específico.

4) ¿Cuál de estas alteraciones no es una enfermedad mental?:

- a) Síndrome de Down.
- b) Trastorno de la personalidad.
- c) bulimia.

5) La enfermedad mental:

- a) Es una condición de salud como otras enfermedades.
- b) No se puede considerar una enfermedad.
- c) Es una discapacidad de origen genético.

6) Una persona con enfermedad mental:

- a) Puede llevar una vida normal.
- b) no pueda llevar una vida normal.
- c) Depende de la enfermedad.

7) La enfermedad mental:

- a) dura toda la vida
- b) No tiene tratamiento
- c) tiene tratamiento.

8) Una persona con esquizofrenia:

- a) Es más creativa de lo normal en temas artísticos, como consecuencia de su enfermedad.
- b) varía de acuerdo a cada persona.
- c) existen más en las películas.

9) La enfermedad mental:

- a) Afecta solo al enfermo mental.

- b) No afecta a las personas cercanas
- c) Afecta también a las personas cercanas a ellos, especialmente sus familias.

10) Cuando te relacionas con una persona con enfermedad mental, ¿cómo reaccionas?

- a) es mejor mantener la distancia
- b) Te asusta o me causa miedo.
- c) No te afecta.

11) En una entrevista de trabajo, ¿qué dificultades crees que tendrá una persona afectada por una enfermedad mental?:

- a) las personas con enfermedad mental no pueden realizar entrevistas de trabajo
- b) Lo tendrá difícil como consecuencia del estigma de la enfermedad mental.
- c) No afecta, si tiene los conocimientos necesarios para el puesto.

12) Una persona diagnosticada con enfermedad mental grave:

- a) Solo puede trabajar en empleos especialmente diseñados para ellos.
- b) Puede trabajar en cualquier empresa si cuenta con los apoyos necesarios.
- c) Con una enfermedad mental grave no puede trabajar.

13) Una persona con enfermedad

mental: a) No es competitivo en la empresa.

- b) La enfermedad mental no afecta a la competitividad

c) Tienen limitaciones.

14) ¿Consideras que una persona con una enfermedad mental es peligrosa?

a) Si, es peligrosa para los demás.

b) Depende de la enfermedad mental

c) No, hay personas que son más peligrosas que los enfermos mentales.

15) La medicación:

a) evita el descontrol y descompensación de un enfermo mental.

b) No pueden evitar que los enfermos mentales sean peligrosos

c) No existe un tratamiento efectivo para la enfermedad mental.

16) Crees que una persona con enfermedad mental:

a) Debe contar a todos que es un enfermo mental.

b) Lo mejor es que no se lo cuentea nadie.

c) Solo cuando sea necesario, como cualquier otra enfermedad.

17) Si vas en el tranvía y ves a una persona hablando sola y diciendo incoherencias, que haces:

a) Te retiras, para evitar que se meta contigo.

b) Mantienes la normalidad.

c) Piensas que ese tipo de personas deberían estar encerradas o, por lo menos controladas, porque pueden causar problemas.

18) Si a un conocido tuyo le diagnostican una enfermedad mental:

a) piensas que lo mejor es alejarte.

- b) Mantienes un contacto superficial.
- c) Tratas de mantener la relación y ayudarlo.

19) ¿Cuál crees que es el motivo por el que la enfermedad mental causa rechazo?:

- a) Existe una falta de información sobre lo que es enfermedad mental
- b) Porque un enfermo mental puede ser peligroso.
- c) Porque es una enfermedad muy grave.

20) ¿Qué imagen dan los medios de comunicación de las personas con enfermedad mental?:

- a) Dan un trato correcto de la enfermedad mental.
- b) Existe una imagen negativa de ellos, ya que normalmente salen en el apartado de sucesos, (esquizofrénico agrede...., persona con trastorno mental ataca..., el loco etc.).
- c) Existe una imagen positiva, ya que dan informaciones sobre las personas con enfermedades mentales

21) ¿Cuál el principal obstáculo para la integración de las personas con enfermedad mental grave y persistente?:

- a) Generan situaciones de rechazo y la gente cree que una persona con esquizofrenia no puede llevar una vida normal y trabajar.
- b) No suelen tener la formación adecuada.
- c) se les impide la incorporación al mercado de trabajo.

22) ¿Dónde crees que debe estar una persona con enfermedad mental?:

- a) En un hospital psiquiátrico cerrado.
- b) En la comunidad, pero con tratamiento.
- c) No pueden estar en la comunidad, por lo menos en un hospital psiquiátrico, aunque pueda salir periódicamente.

23) Las enfermedades mentales:

- a) Las tienen las personas con débiles de carácter.
- b) Se desarrollan consecuencia de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales.
- c) las desarrollan las personas que consumen drogas.

24) ¿Qué posibilidades hay de contraer una enfermedad mental?:

- a) 1 de cada 4 personas desarrollarán a lo largo de su vida algún tipo de trastorno relacionado con la salud mental, aunque sea de carácter leve.
- b) 1 de cada 15.
- c) 1 de cada 40.

25) La enfermedad mental:

- a) está en la imaginación de quienes la padecen.
- b) Son afecciones reales que causan sufrimiento.
- c) Se da en los países ricos y no en los pobres, ya que en buena parte es una consecuencia del consumo.

26) Las enfermedades mentales:

- a) Son raras.
- b) Son comunes.
- c) Pueden ser contagiosas

27) Las personas con enfermedad mental:

- a) Pueden casarse, tener hijos y formar una familia.
- b) No pueden, ya que su enfermedad les impide mantener relaciones normales.
- c) Lo mejor es que sólo se relacionen con otros enfermos mentales para que se entiendan .

28) ¿En una reunión en la que hay una persona con enfermedad mental se empieza a alterar con motivo de la conversación, que haces?

- a) Te apartas, porque enfermos mentales son peligrosos
- b) Permaneces tranquilo, tratas de rebajar la tensión y evitar el estrés
- c) Rebates los argumentos lógicamente y con firmeza, ya que por el hecho de que sea un enfermo mental no tienes que darle la razón o callarte tus argumentos.

SOLUCIONES CUESTIONARIO

1) B	2) A		4) A	5) A	6) A	7) C
	3) B					
8) B	9) C		11) B	12) B	13) B	14) C
	10) C		18) C	19) A	20) B	21) A

15) A
17) B

16) C

25) B

26) B

27) A

28) B

22) B

23) B

24) A

ENTRE 0 Y 11 RESPUESTAS ACERTADAS

Sientes incomodidad cuando te encuentras con alguien que tiene una enfermedad mental, y cree que esta persona es peligrosa. Esto genera una reacción emocional negativa en ti y aumenta tu deseo de mantener una distancia social. Asocia a esta persona con el estereotipo que se muestra en las películas sobre asesinos con enfermedades mentales, así como en las noticias sobre incidentes causados por personas con enfermedades mentales. No tienes conocimiento acerca de qué es realmente una enfermedad mental, lo que contribuye a que tiendas a etiquetar a estas personas. Estás en el grupo de personas que considera que las personas con enfermedades mentales son peligrosas e impredecibles. Aunque esta forma de pensar no es extraña en nuestra sociedad, tiene solución. Al obtener conocimiento acerca de lo que realmente es una enfermedad mental, podrás superar tus prejuicios hacia este grupo de personas. Un individuo con una enfermedad mental simplemente es una persona que está lidiando con una enfermedad.

ENTRE 12 Y 22

tienes un buen conocimiento sobre la enfermedad mental, pero te incomoda interactuar con personas que la padecen. Evitas encontrarte con ellos y preferirías que no hubiera gente así en tu edificio. Sin embargo, tu comprensión de la enfermedad mental te impide etiquetarlos como peligrosos. Estás progresando en el camino correcto.

ENTRE 23 Y 28

Tienes un entendimiento completo de lo que es una enfermedad mental. Tu conocimiento sobre este tema ayuda a combatir la discriminación hacia las personas afectadas. Eres consciente de la importancia de las enfermedades mentales y las consideras igual que cualquier otra enfermedad. Aceptas a las personas con enfermedades mentales en tus relaciones y no las rechazas en el trato directo. Formas parte del grupo que apoya la convivencia y crees que se debe hacer más para promover la integración social y laboral de las personas con trastornos mentales.

Ejecución del programa

Programa para docentes

Bajo el eslogan: "cambiando mentes, cambiando vidas"

Temas abordar

1. Estigma en la salud mental
2. Salud mental y enfermedad mentales (de acuerdo a la necesidad de cada institución)
3. Experiencia de enfermedades mentales
4. Primeros auxilios en salud mental
5. Salud mental positiva "psiqui-on"
6. Bornaud y qué hacer?
7. Coloquio (evaluación de satisfacción, preguntas)

Programa para estudiantes

bajo el eslogan: "tu bienestar, tu prioridad: promoviendo una salud mental"

Temas abordar

1. Estigma en la salud mental
2. Salud mental y enfermedades mentales
3. Salud mental positiva "psiqui-on"
4. Experiencia de en enfermedad mental
5. Primeros auxilios en salud mental yo apoyo a mis amigos (observar, escuchar, conectar y juegos de roles)
6. Auto cuidado y limites personales (actividad de autoexpresión, escritura creativa y arteterapia todo esto ira al rincón de bienestar #hagamosvirallasaludmental,)
7. Coloquio (evaluación de satisfacción, preguntas)

Programa para padres

Bajo el eslogan: "padres informados, hijos sanos: promoviendo la salud mental"

Temas abordar

1. Estigma en la salud mental
2. Salud mental y enfermedades mentales
3. Primeros auxilios en salud mental
4. Salud mental positiva "psiqui-on"
5. Coloquio (Evaluación de satisfacción Preguntas)

Programa para la institución

bajo el eslogan: “aulas sanas, mentes brillantes: promoviendo una cultura de salud mental”

acciones

1. Intervención en canales de comunicación escolares
2. Mascota de apoyo emocional: perros de acompañamiento emocional peluche como perro
3. Crear equipos de alumnos

Nombre: psico/soluciones

Mentor: docente

4. Semana de la salud mental: incluye Exposición de arte, mural, obras de teatro musicales
5. Contacto por medio de Chatbot “yo te ayudo” que busca Difundir las líneas de teleorientación y herramientas virtuales disponibles en el territorio, para que los adolescentes puedan buscar ayuda cuando lo necesiten y puedan recibir el acompañamiento adecuado.
En este chatbot motivaremos a los jóvenes desde la empatía con alguna de estas invitaciones
6. Rincón de ayuda y bienestar con tablero informativo, banco de ayuda o apoyo
Tes de autoevaluación, identificación de síntomas y que puede hacer

Resultados esperados:

Impacto que se espera lograr en la salud mental de la comunidad.

1. Mayor conciencia y comprensión de la salud mental: Se espera que la comunidad tenga una mayor conciencia y comprensión de la importancia de la salud mental, así como de las enfermedades mentales y el suicidio. Esto puede llevar a una reducción del estigma y la discriminación asociados con la salud mental.

2. Mejor acceso a servicios de salud mental: Se espera que la comunidad tenga un mejor acceso a servicios de salud mental, incluyendo la disponibilidad de recursos comunitarios y la capacidad de buscar ayuda profesional cuando sea necesario.

3. Fortalecimiento de habilidades de afrontamiento: Se espera que la comunidad desarrolle habilidades de afrontamiento efectivas para hacer frente a los desafíos y el estrés diario, lo que puede mejorar su bienestar emocional y mental.

4. Prevención de enfermedades mentales y suicidio: Se espera que el programa contribuya a la prevención de enfermedades mentales y el suicidio mediante la promoción de conductas saludables, el fomento de la resiliencia y la identificación temprana de signos de alerta.

Indicadores de éxito.

- I. Aumento en el conocimiento: Medir el aumento en el conocimiento sobre salud mental, enfermedades mentales y suicidio entre los adolescentes, familiares y docentes participantes del programa.
- II. Cambios en actitudes y comportamientos: Observar cambios positivos en las actitudes hacia la salud mental, como la reducción del estigma y la discriminación, así como la adopción de comportamientos de promoción y prevención.
- III. Acceso a servicios: Evaluar el acceso y la utilización de servicios de salud mental por parte de los participantes, como la búsqueda de ayuda profesional y el uso de recursos comunitarios.
- IV. Mejora en habilidades de comunicación: Medir la mejora en las habilidades de comunicación relacionadas con la salud mental, como la capacidad para expresar y comprender emociones y problemas relacionados con la salud mental.
- V. Retroalimentación positiva: Obtenga retroalimentación positiva de los participantes, como su satisfacción con el programa y su percepción de que ha sido útil y beneficiosa para ellos.
- VI. disminución en los casos de suicidio en la población objetivo o en la disminución de ideación suicida y conductas de riesgo relacionadas con el suicidio.

Evaluación y seguimiento:

Plan de evaluación para medir el cumplimiento de los objetivos del programa

1. Evaluación de la tasa de suicidio: Se realizará un seguimiento de la tasa de suicidio antes y después de la implementación del proyecto. Se compararán los datos para evaluar si ha habido una disminución significativa en la tasa de suicidio como se plantea en el objetivo específico (objetivo número 1.)

2. Evaluación del conocimiento en salud mental: Se realizarán pruebas o cuestionarios para medir el nivel de conocimiento en salud mental de los participantes (adolescentes, docentes y familiares) antes y después de la implementación del proyecto. Se compararán los resultados para evaluar si ha habido una mejora significativa en el conocimiento de salud mental como se plantea en el objetivo específico (objetivo número 2.)

3. Evaluación de conductas saludables y de riesgo: Se llevarán a cabo encuestas o entrevistas para conocer las conductas saludables y de riesgo relacionadas con la salud mental de los participantes antes y después del proyecto. Se analizarán los datos para evaluar si ha habido un aumento en las conductas saludables y una disminución en las conductas de riesgo como se plantea en los objetivos específicos (objetivo números 3 y 4.)

4. Evaluación del conocimiento sobre problemas mentales y detección temprana: Se realizarán pruebas o cuestionarios para medir el conocimiento de los participantes sobre problemas mentales y la detección temprana de trastornos mentales antes y después del proyecto. Se compararán los resultados para evaluar si ha habido un aumento significativo en el conocimiento como se plantea en el objetivo específico (objetivo número 5 y 6.)

5. Evaluación del acceso a recursos y disminución del estigma: Se llevarán a cabo encuestas o entrevistas para evaluar el conocimiento y la utilización de los recursos disponibles para la promoción de la salud mental, la prevención de trastornos y el tratamiento. También se evaluará el nivel de estigma asociado a los trastornos mentales. Los resultados se deben comparar

evaluaciones periódicas para evaluar el cumplimiento de los objetivos y metas establecidos.

Evaluaciones periódicas pueden ser utilizadas para evaluar el cumplimiento de los objetivos y metas establecidos en el proyecto. Estas evaluaciones pueden incluir la revisión de los indicadores de éxito por parte de los psicólogos previamente establecidos, así como la recopilación de datos cuantitativos y cualitativos para medir el progreso y el impacto del proyecto. Por ejemplo, se pueden realizar encuestas, entrevistas o análisis de datos para evaluar el nivel de conocimiento, cambios en actitudes y comportamientos, acceso a recursos y satisfacción de los participantes. Estas evaluaciones periódicas permitirán hacer ajustes o mejoras

necesarias en el proyecto para asegurar que se estén cumpliendo los objetivos y metas establecidos.

Recomendaciones para la implementación del proyecto.

Algunas recomendaciones para la implementación del proyecto podrían incluir:

1. Establecer un equipo multidisciplinario: Formar un equipo de profesionales con experiencia en el campo de la salud mental, la prevención de enfermedades mentales y el suicidio, la educación y la psicología. Este equipo puede colaborar en el diseño, implementación y evaluación del proyecto.

2. Adaptar el contenido a las necesidades locales: Asegurarse de que el contenido y las estrategias de intervención sean culturalmente apropiados y relevantes para la población objetivo. Esto puede incluir la adaptación de materiales educativos y actividades a la realidad local, así como la consideración de factores socioculturales y contextuales.

3. Establecer alianzas con instituciones educativas y organizaciones comunitarias: Colaborar con escuelas, colegios y otras instituciones educativas para implementar el proyecto y alcanzar a un mayor número de adolescentes, docentes y familias. También es importante establecer alianzas con organizaciones comunitarias que trabajen en el campo de la salud mental y la prevención de enfermedades mentales.

4. Promover la participación activa de los adolescentes, docentes y familias: Involucrar a los diferentes grupos de participantes en todas las etapas del proyecto, desde la planificación hasta la evaluación. Esto puede incluir la creación de grupos de trabajo, la realización de reuniones y talleres participativos, y la asignación de tareas y responsabilidades específicas.

5. Evaluar y ajustar continuamente el proyecto: Realizar evaluaciones periódicas para medir el impacto y la efectividad del proyecto, y utilizar los resultados para realizar ajustes y mejoras necesarias. Esto puede incluir la revisión de los indicadores de éxito, la recopilación de datos cuantitativos y cualitativos, y la retroalimentación de los participantes.

Aspectos éticos y legales

Los aspectos éticos y legales de una investigación se enfocan en proteger a los participantes del proyecto, respetar sus derechos y garantizar su bienestar durante todo el proceso. En cuanto al marco legal, se consideran los siguientes aspectos:

- Se solicitará a los participantes que firmen un consentimiento informado. Sin embargo, se les informará que, al ser menores de edad, se requiere el consentimiento de sus tutores legales para participar en la intervención.
- Se respetará la confidencialidad de los datos e información proporcionados por los participantes, manteniendo su identidad de forma anónima.

Durante la intervención, los responsables tendrán en cuenta los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

10.Recomendaciones

1. Implementar programas de educación en salud mental en todas las instituciones educativas de Latinoamérica.
2. Capacitar a los docentes y personal educativo en temas de salud mental, para que puedan identificar y apoyar a los estudiantes que presenten dificultades emocionales o de comportamiento.
3. Promover la colaboración entre las instituciones educativas y los servicios de salud mental, para brindar atención y tratamiento adecuados a los estudiantes que lo necesiten.
4. Fomentar la participación de los padres y la comunidad en la promoción de la salud mental en las instituciones educativas.
5. Realizar campañas de concientización y sensibilización sobre la importancia de la salud mental en las escuelas y comunidades.

Estas recomendaciones se basan en la necesidad de abordar la falta de conocimiento y comprensión sobre la salud mental en las instituciones educativas de Latinoamérica. La propuesta de "psiquipaz" busca promover la alfabetización en salud mental y mejorar el bienestar emocional de los estudiantes, brindándoles las herramientas necesarias para enfrentar los desafíos emocionales y de salud mental.

Es importante destacar que estas recomendaciones se basan en la información proporcionada por organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), quienes han destacado la importancia de abordar la salud mental en el ámbito educativo. La implementación de estas recomendaciones puede tener un impacto significativo en la calidad de vida

de los estudiantes y en la prevención de problemas de salud mental a largo plazo.

11. Bibliografía.

1. Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general [World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.010> 0213-9111/© 2020 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-ncnd/4.0/>).
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*, UNICEF, Nueva York, enero de 2022.
4. Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general [World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.010> 0213-9111/© 2020 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-ncnd/4.0/>).
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*, UNICEF, Nueva York, enero de 2022.
7. <http://unicef.cl/web/primera-infancia/>. 2012
8. OMS-UNICEF. Desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate. 2013. Retomado de: [https://www.unicef.org/earlychildhood/files/ECDD_SPANISH-FINAL_\(low_res\).pdf](https://www.unicef.org/earlychildhood/files/ECDD_SPANISH-FINAL_(low_res).pdf)

9. Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes. Lineamientos para la implementación y gestión de políticas públicas de protección integral dirigidas a la primera infancia. Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes 2012.
10. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud de las Américas. Washington: OPS; 1990
11. Breinbauer C, Maddaleno M. Jóvenes: opciones y cambios. New York: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
12. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. WHO. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-healthstrengthening-our-response>
13. Macaya Sandoval XC, Pihan Vyhmeister R, Vicente Parada B. Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. Humanidades Médicas. 2018;18(2):338-55.
14. Magallares Sanjuan A. El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. Quad Psicol. 2011;13(2):7-17.
15. Torres Cubeiro, M. . (2016). Alfabetización en salud mental, estigma e imaginarios sociales. *Imagonautas*, 6(8), 50–63. Recuperado a partir de <https://revistas.usc.edu.co/index.php/imagonautas/article/view/20>
16. Promoción, alfabetización e intervención en salud : experiencias desde la multidisciplinaria / Aída Imelda Valero Chávez, coordinadora. **Descripción:** Primera edición. | Ciudad Universitaria, CDMX : Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social, 2019.
17. Identificadores: LIBRUNAM 2046919 (libro electrónico) | ISBN 9786073013550 (libro electrónico).
18. Boletín UNAM-DGCS-660 Ciudad Universitaria. 12:00 hs. 13 de noviembre de 2014
19. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J*

- Aust [Internet]. 1997 [cited 2018 Sep 20]; 166 (4):182-186. Available from: <https://www.mja.com.au/journal/1997/166/4/mental-health-literacy-survey-publics-ability-recognise-mental-disorders-and>
20. Jorm AF, Angermeyer M, Katschnig H. Public knowledge of and attitudes to mental disorders: a limiting factor in the optimal use of treatment services. In: Andrews G, Henderson AS, eds. Unmet need in psychiatry [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.p.399-413. [cited 2018 Sep 20]. Available from: <http://psycnet.apa.org/record/2000-07471-028>
 21. Kutcher S, Wei Y, McLuckie A, Bullock L. Educator mental health literacy: a program evaluation of the teacher training education on the mental health & high school curriculum guide. Adv Sch Ment Health Promot [Internet]. 2013 [cited 2018 Sep 20];6(2):83-92. Available from: <https://eric.ed.gov/?id=EJ1088386>
 22. SALUD MENTAL/educación; EDUCACIÓN DEL PACIENTE COMO ASUNTO; TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO /prevención & control.
 23. Colimon K. Niveles de Prevención. Citado 25/32010. Disponible en: <http://issuu.com/viejo03/docs/nameb7c044>.
 24. Revista de Estudios de Juventud, ISSN-e 0211-4364, Nº. 121, 2018 (Ejemplar dedicado a: Promoción de la salud y bienestar emocional en los adolescentes), págs. 117-132
 25. Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275324240>.
 26. Comisión Europea (2011). El Pacto Europeo para la salud y el Bienestar mental: Resultados y actuación futura. Diario oficial de la Unión Europea, 8 de julio del 2011. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A52011XG0708%2801%29> [consultado 14 febrero 2019]

27. European Commission (2012). Report from the workshop on the role of mental health and social emotional learning in promoting educational attainment and preventing early school leaving. European Commission Directorate-General for Education and Culture 9 de octubre de 2012, Luxemburgo. Disponible en:[https://ec.europa.eu/search/?queryText=ev_20121009_mi_en&query_source=PUBLICHEALTH&filterSource=PUBLICHEALTH&swlang=en&more_options_language=en&more_options_f_formats=pdf&more_options_date=*](https://ec.europa.eu/search/?queryText=ev_20121009_mi_en&query_source=PUBLICHEALTH&filterSource=PUBLICHEALTH&swlang=en&more_options_language=en&more_options_f_formats=pdf&more_options_date=) [consultado 14 febrero 2019].
28. European Commission (2013). Mental health: Challenges and Possibilities. European Commission Lithuanian Presidency conference, 10-13 de octubre 2013 Vilnius. Disponible en: <https://www.esn-eu.org/news/276/index.html> [consultado 14 febrero 2019]
29. Helping adolescents thrive toolkit: strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
30. Pan American Health Organization. Atlas of Mental Health of the Americas 2017. Washington, D.C.: PAHO; 2018.
31. Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
32. Yamaguchi S, Ojio Y, Foo JC, Michigami E, Usami S, Fuyama T, et al. A quasi-cluster randomized controlled trial of a classroom-based mental health literacy educational intervention to promote knowledge and help-seeking/helping behavior in adolescents. *J Adolesc.* 2020;82(May):58-66.
33. Skre I, Friberg O, Breivik C, Johnsen LI, Arnesen Y, Wang CEA. A school intervention for mental health literacy in adolescents: Effects of a non-randomized cluster controlled trial. *BMC Public Health.* 2013;13(1).
34. Perry Y, Petrie K, Buckley H, Cavanagh L, Clarke D, Winslade M, et al. Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: A cluster randomised controlled trial. *J Adolesc.* 2014;37(7):1143-51.

35. Ojio Y, Foo JC, Usami S, Fuyama T, Ashikawa M, Ohnuma K, et al. Effects of a school teacher-led 45-minute educational program for mental health literacy in pre-teens. *John Wiley Sons*. 2019;13(4):984-8.
36. Campos L, Dias P, Duarte A, Veiga E, Dias CC, Palha F. Is it possible to “Find space for mental health” in young people? Effectiveness of a school-based mental health literacy promotion program. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7).
37. Chisholm K, Patterson P, Torgerson C, Turner E, Jenkinson D, Birchwood M. Impact of contact on adolescents’ mental health literacy and stigma: The schoolspace cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2016;6(2):1-12.
38. Milin R, Kutcher S, Lewis SP, Walker S, Wei Y, Ferrill N, et al. Impact of a Mental Health Curriculum on Knowledge and Stigma among High School Students: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(5):383-391.e1.
39. Shoshani A, Steinmetz S. Positive Psychology at School: A School-Based Intervention to Promote Adolescents’ Mental Health and Well-Being. *J Happiness Stud*. 2014;15(6):1289-311.
40. Tehrani H, Olyani S. The Effect of an Education Intervention on Mental Health Literacy among Middle School Female Students. *J Heal Lit*. 2021;5(4):41-7.
41. Devcich DA, Rix G, Bernay R, Graham E. Effectiveness of a Mindfulness-Based Program on School Children’s Self-Reported Well-Being: A Pilot Study Comparing Effects With An Emotional Literacy Program. *J Appl Sch Psychol*. 2017;33(4):309-30.
42. <https://www.unicef.org/media/137741/file/Promoting%20and%20protecting%20mental%20health%20in%20schools%20and%20learning%20environments.pdf>
43. <https://www.unicef.org/media/90661/file/2020-Adolescent-Mental-Health-Programming-in-Kazakhstan-Case-Study.pdf>
44. <https://www.unicef.org/vietnam/media/9766/file/%20Executive%20Summary%20on%20mental%20health%20and%20well-being%20of%20adolescent%20study%20in%20Viet%20Nam.pdf>

45. <https://www.unicef.org/media/109986/file/Mental%20health%20and%20psychosocial%20well-being%20services%20are%20integrated%20in%20the%20education%20system%20-%20Ecuador.pdf>
46. <http://www.guidestudent.obec.go.th/?p=1261>
47. Smith, J., Johnson, A., & Brown, K. (2019). Prevalence and risk factors of burnout in teachers. *Journal of Education and Human Development*, 8(1), 123-134.
48. González, R., Zalaquett, C., & Moreno-Jiménez, B. (2018). Influence of burnout on teaching quality: Mediating role of psychological well-being. *Frontiers in Psychology*, 9, 2598.

