Diálogos comunitarios acerca de la salud mental

Resumen informativo

Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SAMHSA
www.samhsa.gov • 1-877-SAMHSA-7 (1-877-726-4727)

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Substance Abuse and Mental Health Services Administration
www.samhsa.gov

El 16 de enero de 2013, el presidente Barack Obama ordenó a la secretaria Kathleen Sebelius del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y al secretario Arne Duncan del Departamento de Educación de los EE. UU. que inicien un diálogo nacional sobre salud mental para disminuir la vergüenza y la reserva relacionadas con las enfermedades mentales, alentar a la gente a buscar ayuda, si están lidiando con problemas de salud mental, y alentar a las personas cuyos amigos o familiares luchan para conectarlos con ayuda.

Los problemas de salud mental afectan a casi todas las familias. Aun como nación, muchas veces hemos luchado para tener un diálogo abierto y honesto acerca de estos problemas. Errores de interpretación, miedo a las consecuencias sociales, malestar relacionado con hablar sobre estas cuestiones con otros y la discriminación tienden a callar a las personas. En cambio, si reciben ayuda, la mayoría de las personas con enfermedades mentales pueden y logran recuperarse, y llevar una vida feliz, productiva y plena.

Este diálogo nacional les dará a los estadounidenses la oportunidad de aprender más sobre investigaciones y sobre otras personas acerca de las cuestiones de salud mental. La gente de todo el país está organizando diálogos comunitarios para determinar de qué manera los problemas de salud mental afectan a sus comunidades y para tratar temas relacionados con la salud mental de las personas jóvenes. De esta forma, también decidirán las medidas que pueden tomar para mejorar la salud mental de sus familias, escuelas y comunidades. Esto incluye una serie de posibles medidas para establecer o mejorar la prevención de enfermedades mentales, la promoción de la salud mental, la educación y conciencia públicas, la identificación temprana, el tratamiento, la respuesta ante crisis y los apoyos para la recuperación disponibles en sus comunidades.

Pamela S. Hyde, J.D.
Administradora
SAMHSA

Paolo del Vecchio, MSW
Director
Centro de Servicios para la Salud Mental
SAMHSA

Metas y objetivos del manual para los diálogos comunitarios acerca de la salud mental

El manual para los diálogos comunitarios acerca de la salud mental está diseñado para ayudar a las personas y a las organizaciones que deseen organizar conversaciones comunitarias a que logren tres objetivos posibles:

- Hacer que los demás hablen acerca de la salud mental para aclarar los errores de interpretación y promover la recuperación y las comunidades saludables;
- Encontrar soluciones innovadoras basadas en la comunidad para las necesidades relativas a la salud mental y enfocarse en ayudar a las personas jóvenes; y
- Desarrollar medidas claras para que las comunidades tomen frente a sus necesidades de salud mental de una manera que complemente las actividades locales existentes.

El manual incluye:

1. Una sección de *Resumen informativo* que proporcione datos y otros hechos relativos a la salud mental y a las enfermedades mentales y cómo las comunidades pueden mejorar la prevención de las enfermedades mentales, la promoción de la salud mental, la educación y la conciencia públicas, la identificación temprana, el tratamiento, la respuesta a la crisis y los apoyos de recuperación disponibles en sus comunidades.
2. Una sección *Guía para el debate* que está destinada para su uso en la realización de reuniones de diálogo comunitario de 8 a 12 personas cada uno. (En un foro comunitario con mayor número de participantes, el público se divide en grupos de este tamaño para la mayor parte de su tiempo juntos). Proporciona preguntas de discusión, visitas de muestra, ideas y una estructura general para el diálogo y la participación sobre los problemas de salud mental.
3. Una sección *Guía de planificación* que describe una variedad de formas en que las personas pueden facilitar sus diálogos comunitarios y tomar las siguientes medidas a nivel local para crear conciencia sobre la salud mental y promover el acceso a servicios de salud mental.

Las cuestiones de salud mental en nuestras comunidades, en particular para nuestros jóvenes, son complejas y difíciles, pero al unirnos y aumentar nuestra comprensión y crear conciencia, podemos hacer la diferencia.

El resumen informativo para los diálogos comunitarios acerca de la salud mental

El resumen informativo está diseñado para utilizarse junto con los otros elementos del manual para los diálogos comunitarios acerca de la salud mental y proporciona datos e información para ayudar a que los participantes de los diálogos comunitarios consideren cuestiones clave de importancia para sus comunidades. El resumen informativo se ajusta al formato de la sección Guía para el debate del manual para los diálogos comunitarios acerca de la salud mental y cuenta con las siguientes secciones:

- Sesión 1: Compartir experiencias personales
  Primera pregunta: ¿Qué significado tiene la salud mental para mi? ¿Para nosotros como comunidad?
- Sesión 2: Discusión sobre desafíos
  Primera pregunta: ¿Cuáles son los desafíos y los factores que debemos considerar?
- Sesión 3: Enfoque en la juventud
  Primera pregunta: ¿Qué podemos hacer para apoyar a las personas jóvenes?
- Sesión 4: Soluciones comunitarias
  Primera pregunta: ¿Qué medidas queremos tomar como comunidad?

Diálogos comunitarios acerca de la salud mental

Resumen informativo

Índice

Metas y objetivos del manual para los diálogos comunitarios acerca de la salud mental ii

El resumen informativo para los diálogos comunitarios acerca de la salud mental iii

Términos y definiciones 1

Sesión 1: Compartir experiencias personales ..3

Entender los conceptos básicos 3

Actitudes y convicciones acerca de la salud mental 6

La salud mental en la comunidad 7

Investigación acerca de la salud mental de las personas jóvenes 10

Sesión 2: Discusión sobre desafíos 11

Sesión 3: Enfoque en la juventud 14

Sesión 4: Soluciones comunitarias 17

Apéndice: Recursos y sitios web útiles 19

Lista de referencia 20

Agradecimientos

Este informe fue elaborado para la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA) por Abt Associates y sus subcontratistas, el Deliberative Democracy Consortium y Everyday Democracy en virtud del contrato número [HHSS283200700008I/HHSS28342002T] con SAMHSA, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (Health and Human Services, HHS). L. Wendie Veloz y Chris Marshall ejercieron como funcionarios gubernamentales encargados del proyecto.

Aviso legal

Los puntos de vista, las opiniones y el contenido de esta publicación pertenecen al autor y no reflejan necesariamente los puntos de vista, las opiniones o las políticas de SAMHSA o HHS. La enumeración de cualquier recurso que no sea federal no incluye todo, y la inclusión en esta publicación no constituye una garantía de SAMHSA o HHS.

Aviso de dominio público

Todo el material que aparece en este informe es de dominio público y se puede reproducir o copiar sin permiso de SAMHSA. Se agradece citar la fuente. Sin embargo, esta publicación no se puede reproducir ni distribuir por un cargo sin la autorización específica por escrito de la Oficina de Comunicaciones, SAMHSA o HHS.

Acceso electrónico y copias impresas

Esta publicación se puede descargar o pedir en **http://store.samhsa.gov/espanol**. O llama a SAMHSA al 1-877-SAMHSA-7 (1-877-726-4727) (En inglés o español).

Cita recomendada

Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, Diálogo comunitario acerca de la salud mental: Resumen informativo. Publicación de HHS N.º SMA-13-4763. Rockville, MD: Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, 2013.

Oficina de origen

Oficina de Comunicaciones, Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, 1 Choke Cherry Road, Rockville, MD 20857. Publicación de HHS N.º SMA-13-4763. Publicado en julio de 2013.

Descriptor de SAMHSA

La Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA) es la agencia dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. que dirige los esfuerzos en pro de la salud pública para el progreso de la salud de la conducta de la nación. La misión de SAMHSA es reducir el impacto del abuso de sustancias y de las enfermedades mentales en las comunidades de Norteamérica.

Términos y definiciones

Antes de comenzar a analizar estas preguntas centrales, definamos algunos términos que serán utilizados en este resumen informativo:

Salud mental es un estado de bienestar en el que una persona se da cuenta de sus propias capacidades, en el que puede enfrentarse al estrés habitual de la vida, trabajar de forma productiva y hacer una aportación a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar individual y el funcionamiento eficaz de una comunidad.[1]

Enfermedad mental se define como "todos los desórdenes mentales diagnosticables colectivamente" o "las condiciones sanitarias que se caracterizan por los cambios en el modo de pensar, el estado de ánimo o el comportamiento (o la combinación de dichos factores) relacionados con angustia y/o funcionamiento alterado". En virtud de estas definiciones, el uso de sustancias se puede clasificar como un problema de salud mental o una enfermedad mental, según su intensidad, duración y efectos.[2]

La promoción de la salud mental consiste de intervenciones para mejorar la capacidad de lograr tareas apropiadas para la etapa de desarrollo y un sentido positivo de autoestima, dominio, bienestar e inclusión social, y para fortalecer la capacidad de enfrentar la adversidad.[3] Esta capacidad de enfrentar la adversidad se denomina resiliencia (resilience en inglés).

Tratamiento de salud mental es la provisión de técnicas de intervención específicas por un profesional para las condiciones identificadas en la edición más actual del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Desórdenes Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM). Estas intervenciones deben contar con eficacia comprobada, la capacidad de producir cambios medibles en el comportamiento y los síntomas, y deben estar centradas en la persona y la familia y ser adecuadas cultural y lingüísticamente.[4]

Prevención es una medida o serie de medidas junto con un proceso para promover la salud individual, familiar y comunitaria, prevenir desórdenes mentales y/o de uso de sustancias, apoyar la resiliencia y la recuperación y prevenir las recaídas.[5]

Recuperación es un proceso de cambio a través del cual las personas mejoran su salud y bienestar, viven una vida autónoma y luchan para alcanzar todo su potencial. La gente con enfermedades mentales puede y logra recuperarse de estas condiciones, y la esperanza tiene un papel esencial en vencer los desafíos internos y externos, las barreras y los obstáculos. Controlar o manejar los síntomas es parte de este proceso. Reducir o suprimir el uso de sustancias es importante para la recuperación de la adicción.[6]

Servicios de apoyo para la recuperación se centran en la atención de las necesidades de salud, de vivienda y de apoyo social de la gente con problemas de salud mental. Estos incluyen servicios operados por compañeros y familiares.[7]

Abuso de sustancias se define como el consumo de alcohol y drogas a pesar de las consecuencias negativas.[8]

Consumo o uso de sustancias se define como la ingesta de dosis pequeñas o poco frecuentes de alcohol y otras drogas, a veces llamadas experimentales, casuales o de consumo social.[9]

Trauma se deriva de un caso, una serie de casos o un conjunto de circunstancias que experimenta una persona que son perjudiciales física y emocionalmente o amenazantes y que tiene efectos adversos y duraderos en el funcionamiento de la persona y su bienestar físico, social, emocional o espiritual.[10]

Personas jóvenes/Juventud se define aquí a las personas de hasta 25 años.

Sesión 1: Compartir experiencias personales

¿Qué significado tiene la salud mental para mí? ¿Para nosotros como comunidad?

Hay diversos puntos de vista y opiniones acerca de las enfermedades mentales, sus causas, y cómo podemos tratarlas y responder a estas condiciones. La siguiente información proporciona algunos aspectos básicos sobre la salud mental y la enfermedad mental para ayudar a que los participantes comiencen el diálogo.

Entender los conceptos básicos

La salud mental juega un papel importante en su bienestar general. Se estima que un 19.6 por ciento de los estadounidenses de 18 años o mayores, cerca de uno en cada cinco adultos, sufrirá un problema de salud mental este año.[11] Pero los estudios muestran que la mayoría de la gente con problemas mentales mejora, y muchos se recuperan del todo.

La salud mental incluye nuestro bienestar emocional, psicológico y social. Afecta nuestra forma de pensar, sentir y actuar. También ayuda a determinar la manera en que manejamos el estrés, nos relacionamos con los demás y tomamos decisiones. La salud mental es importante en cada etapa de la vida, desde la infancia y adolescencia hasta la edad adulta.

Durante el transcurso de la vida, puede que tú sufras problemas de salud mental. Tu modo de pensar, tu estado de ánimo y tu comportamiento podrían verse afectados.[12]

Muchos factores contribuyen con los problemas de salud mental, incluidos los siguientes:

- Experiencias de vida, tales como traumas o antecedentes de maltrato
- Factores biológicos, tales como los genes o el desequilibrio químico en tu cerebro
- Antecedente familiar de problemas de salud mental

Cuidar de la salud mental de uno es tan importante como cuidar de la salud física de uno. La salud en general incluye una dieta equilibrada y nutritiva, ejercicio regular, manejo del estrés, servicios para la salud mental tempranos y continuos, cuando son necesarios, y tomarse un tiempo para relajarse y disfrutar de la familia y los amigos. Encontrar un buen equilibrio entre el trabajo y el hogar es importante para la salud física y mental.

Tipos de problemas de salud mental

La gente puede sufrir distintos tipos de problemas de salud mental. Algunos pueden ocurrir por un breve período y otros ocurren durante un período continuo. Al igual que otras condiciones de la salud, estas son condiciones reales de salud y diagnosticables que afectan y son afectadas por el funcionamiento del cerebro, un órgano del cuerpo igual que el riñón, el hígado o el corazón. Los problemas de salud mental pueden afectar su modo de pensar, tu modo de pensar, tu estado de ánimo y tu comportamiento. Algunos tipos comunes pueden incluir los siguientes:[13]

Desórdenes de ansiedad
La gente con desórdenes de ansiedad responde a ciertos objetos o situaciones con miedo y temor. Los desórdenes de ansiedad pueden incluir desórdenes obsesivo-compulsivos, desórdenes de pánico, fobias y desórdenes de estrés postraumático (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD).

Desórdenes de hiperactividad y déficit de atención
El desorden de hiperactividad y déficit de atención (Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD) es uno de los desórdenes más comunes de la infancia y puede continuar hasta la adolescencia y la edad adulta. Los síntomas incluyen dificultad para permanecer concentrado y prestar atención, dificultad para controlar el comportamiento e hiperactividad (sobre-actividad).

Desórdenes alimentarios
Los desórdenes alimentarios implican emociones extremas, actitudes y comportamiento que afectan el peso y la alimentación. Los desórdenes alimentarios pueden incluir anorexia, bulimia y atracones de comida.

Desórdenes concurrentes mentales y de uso de sustancias
Las enfermedades mentales y los desórdenes de uso de sustancias muchas veces se producen de forma conjunta. A veces, un desorden puede ser un factor que contribuye con otro o que puede agravarlo. A veces, simplemente ocurren al mismo tiempo.

Desórdenes de estados de ánimo
Estos desórdenes implican sentimientos persistentes de tristeza o períodos de sentimientos demasiado felices o que fluctúan entre felicidad y tristeza extremas. Los desórdenes de estados de ánimo incluyen depresión, desorden bipolar, desorden estacional afectivo (Seasonal Affective Disorder, SAD) y compulsión a la autodestrucción.

Desórdenes de personalidad
La gente con desórdenes de personalidad tienen rasgos de personalidad extremos e inflexibles que resultan angustiantes para la persona y pueden causar problemas en el trabajo, la escuela o las relaciones sociales. Los desórdenes de personalidad pueden incluir al desorden de personalidad antisocial y al desorden de personalidad límite.

Desórdenes psicóticos
La gente con desórdenes psicóticos escucha, ve y cree cosas que no son reales o ciertas. Un ejemplo de un desorden psicótico es la esquizofrenia.

Desórdenes de uso de sustancias
Los desórdenes de uso de sustancias implican la dependencia o abuso de alcohol o drogas, incluso el consumo no terapéutico de medicamentos recetados.[14]

Comportamiento suicida
El suicidio es un problema serio que provoca dolor y sufrimiento enorme y la pérdida de personas, familias y comunidades en todo el país. Millones de personas consideran, planean o intentan suicidarse por año; muchos mueren como resultado.

Promoción de la salud mental y la prevención de enfermedades mentales

Cuando promovemos la salud mental, ayudamos a la gente a mejorar su salud y bienestar, a tener una autoestima positiva y a ser miembros valiosos y contribuyentes de sus comunidades. La promoción de la salud mental también ayuda a construir resiliencia en las personas y las ayuda a enfrentar mejor los desafíos de la vida.

Las intervenciones preventivas ayudan a reducir la probabilidad de desarrollar una enfermedad mental o un desorden de uso de sustancias, y pueden retrasar la aparición o disminuir la gravedad de una enfermedad mental. La prevención trata los problemas antes de que ocurran al abordar aquellas cosas, factores de riesgo, que aumentan las posibilidades de que una persona desarrolle problemas. Estos pueden incluir el trabajo para crear entornos saludables que disminuyan los efectos de la pobreza y los riesgos de violencia, maltrato infantil, uso indebido de drogas/alcohol y hostigamiento, y asegurar que la gente tenga acceso al cuidado que necesita cuando los síntomas recién empiezan a aparecer. Los esfuerzos de prevención se centran en comunidades o grandes poblaciones mediante estrategias universales o intervenciones destinadas a personas de alto riesgo y en aquellos que pueden presentar algunos signos y síntomas mínimos de desarrollo de una enfermedad mental o un desorden de uso de sustancias.

Algunas formas importantes en que podemos promocionar la salud mental y prevenir enfermedades mentales y desórdenes de uso de sustancias es aumentar los factores de protección y emplear estrategias prometedoras que traten las necesidades de niños, adultos y familias en la comunidad. Los factores de protección incluyen aptitudes para la buena comunicación, el apoyo confiable y la disciplina de los padres y los cuidadores, el apoyo para el aprendizaje temprano, la atención médica de calidad, los grupos de apoyo mutuo la vinculación social y las escuelas prósperas. Las estrategias prometedoras enfatizan la educación pública y la conciencia acerca de las cuestiones relacionadas con la salud mental y el uso de sustancias, e incluyen la identificación temprana de los problemas de salud mental y el acceso a las intervenciones adecuadas.

Tratamiento para problemas de salud mental

La mayoría de la gente que sufre enfermedades mentales mejorará si recibe apoyo, servicios y tratamiento adecuados. El primer paso para obtener el tratamiento correcto es consultar a un profesional de la salud y examinar los síntomas y las circunstancias de vida. Las opciones de tratamiento están adaptadas a cada persona y condición específica; sin embargo, las formas más comunes de tratamiento incluyen las siguientes:

- ***Psicoterapia, o "terapia de conversación" (a veces llamada orientación)***: enseña a la gente las estrategias y le da las herramientas para enfrentar el estrés y los pensamientos y comportamientos molestos. La psicoterapia ayuda a la gente a manejar mejor sus síntomas y funcionar al máximo en su vida cotidiana.[15]
- ***Terapia cognitiva-conductual (Cognitive behavioral therapy, CBT)***: ayuda a la gente a aprender cómo identificar los modelos de pensamientos inútiles, reconocer y cambiar las falsas creencias, relacionarse con los demás de forma más positiva y cambiar el comportamiento en este sentido. La CBT se puede aplicar y adaptar para tratar varios desórdenes mentales específicos.[16]

- ***Medicamentos***: se utilizan para tratar los síntomas de muchos desórdenes mentales, tales como la esquizofrenia, la depresión, el desorden bipolar (a veces llamado enfermedad maníaco-depresiva), los desórdenes de ansiedad y el desorden de hiperactividad y déficit de atención (Attention Deficit-Hyperactivity Disorder, ADHD). Los medicamentos también se pueden emplear para manejar los antojos y la reincidencia relacionada con ciertos tipos de adicciones. A veces, los medicamentos se emplean con otros tratamientos, tales como la psicoterapia o la orientación.[17]
- ***Servicios de rehabilitación***: incluyen actividades centradas en la recuperación o tratamiento/intervenciones terapéuticas, tales como la asistencia para mejorar o recuperar aptitudes para la vida cotidiana, las aptitudes sociales y recreativas, las aptitudes para el aseo y la higiene personal, y las aptitudes para la preparación de comidas; otros tipos de recursos y/o educación sobre la medicación.

Recuperación de problemas de salud mental

Los estudios muestran que la mayoría de la gente con problemas de salud mental mejora, y muchas veces se recupera por completo. La recuperación es un proceso de cambio a través del cual las personas mejoran su salud y bienestar, viven una vida autónoma y se esfuerzan para alcanzar su potencial total. La recuperación tiene el apoyo del tratamiento de la salud mental y de los servicios de apoyo de la comunidad.[18]

La recuperación se construye sobre lo siguiente:

- ***Salud***: superar o manejar las enfermedades o síntomas de uno, lo que incluye abstinencia, si uno tiene una adicción, y tomar decisiones informadas y saludables que apoyen el bienestar físico y emocional.
- ***Hogar***: un lugar estable y seguro para vivir.
- ***Propósito***: actividades cotidianas significativas, como el trabajo, la escuela, el voluntariado, el cuidado familiar o los emprendimientos creativos, y la independencia, los ingresos y los recursos para participar en la sociedad.
- ***Comunidad***: relaciones y redes sociales que proporcionen apoyo, amistad, amor y esperanza.

Actitudes y convicciones acerca de la salud mental

Sabemos mucho acerca de lo que piensan los estadounidenses sobre salud mental y enfermedades mentales por las encuestas nacionales. Estas encuestas revelan que mientras que los estadounidenses han aprendido bastante acerca de las características y las causas de las enfermedades mentales en las últimas décadas, las convicciones negativas acerca de la gente con enfermedades mentales continúan creciendo.[19]

Estas actitudes negativas acerca de las personas con enfermedades mentales están influenciadas por la idea errónea de que la gente con enfermedades mentales es más violenta que la población general.[20] La gente con enfermedades mentales no es más violenta que la población general a menos que otros determinados factores de riesgo estén implicados, entre ellos, el abuso de alcohol o la psicosis activa sin tratar, relacionada con la paranoia y con tipos específicos de alucinaciones de mandato.[21] De hecho, la gente con enfermedades mentales

solo comete 3 % del 5 % de los actos de violencia por año.[22] La gente con enfermedades mentales es mucho más propensa a ser la víctima de un delito que ser la responsable.[23]

Impacto de actitudes y convicciones

Las actitudes y las convicciones de la gente acerca de las enfermedades mentales preparan el terreno para la forma en que interactúan y apoyan a una persona con una enfermedad mental.

- Cuando la gente tiene actitudes positivas sobre la salud mental, pueden desarrollar comportamientos de apoyo e inclusión (p. ej.: la voluntad para salir con una persona con una enfermedad mental o contratar a una persona con una enfermedad mental).[24]
- Cuando las actitudes y las convicciones se expresan negativamente, pueden provocar la evasión, la exclusión de las actividades cotidianas y, en el peor caso, la explotación y la discriminación.[25]

Las actitudes y las convicciones sobre las enfermedades mentales se determinan por el conocimiento personal acerca de la enfermedad mental y al conocer e interactuar con alguien que viva con una enfermedad mental. Las actitudes y las convicciones pueden estar influenciadas por los estereotipos culturales, los relatos en los medios de comunicación y las prácticas institucionales.

La salud mental en la comunidad

Hay muchos factores entrelazados que influyen en la salud mental de una persona y los recursos disponibles en una comunidad para satisfacer las necesidades de la gente con problemas de salud mental.

Espiritualidad y salud mental

Muchos recurren a las comunidades religiosas en busca de apoyo para enfrentar los problemas de salud mental. La fe puede proporcionar elementos importantes de consuelo y apoyo para tales personas. Las comunidades religiosas también pueden jugar un papel clave en la educación de sus miembros sobre los problemas de salud mental.[26] Las relaciones de apoyo, como la familia y las amistades estrechas, y los vínculos significativos mediante la fe pueden ser importantes para construir resiliencia y bienestar.

Cultura y salud mental

La cultura puede proporcionar una base para entender qué piensa la gente sobre la salud mental, si buscan ayuda para los problemas de salud mental, y cómo interactúan las personas y los profesionales de la salud mental entre sí.[27] La gente habitualmente piensa sobre la cultura en términos de raza u origen étnico, pero la cultura también se refiere a otros grupos sociales definidos por características, tales como la edad, el sexo, la religión, el nivel de ingresos, la educación, la ubicación geográfica, la orientación sexual, la discapacidad o la profesión.[28] Las tasas y los tipos de problemas de salud mental y la búsqueda de tratamiento puede variar de acuerdo con la población.[29] Las minorías raciales y étnicas cargan un enorme peso por las necesidades de salud mental sin atender y sufren una mayor pérdida para su salud general y productividad.[30]

La salud mental es una cuestión de salud pública

Proporcionar y apoyar una buena salud mental es una cuestión de salud pública, igual que garantizar la calidad del agua potable o la prevención y el manejo de las enfermedades infecciosas. Las comunidades prosperan cuando se atienden las necesidades de salud mental de sus miembros. Las cuestiones de salud mental que no se tratan pueden tener una influencia negativa sobre el desamparo, la pobreza, el empleo, la seguridad y la economía local. Para la gente joven, la salud mental se encuentra bajo la influencia de una red de interacciones entre la persona joven, la familia, los sistemas de servicios infantiles (escuela, salud, cuidado institucional) y los barrios y las comunidades en donde viven.

- Aproximadamente uno de cada cinco estadounidenses tendrá un problema de salud mental en un determinado año, aunque solo un poco más de una de cada tres personas con un problema de salud mental recibirá servicios de salud mental.[31]
- Más de 38,000 estadounidenses murieron por suicidio en 2010, lo que duplicó el número de estadounidenses que mueren por causa de un suicidio por sobre el número de quienes murieron por causa de un homicidio.[32]
- Un tercio de las personas con enfermedades mentales graves que reciben servicios de salud mental comunitarios luego de largas estadías en un hospital estatal logran la recuperación total del estado psiquiátrico y la función social, y otro tercio mejora significativamente en las dos áreas.[33]
- De los más de seis millones de personas atendidas por autoridades estatales de salud mental del país, solo el 21 % tiene empleo.[34]
- Los programas de empleo financiado que ayudan a las personas con las enfermedades mentales más serias ubican más del 50 % de sus clientes en empleos pagados.[35]
- Entre 2007 y 2009, el gasto promedio por adulto entre 18 y 26 años para el tratamiento de los desórdenes de salud mental fue de cerca de $2,000. De esta población, el gasto promedio para el tratamiento de los problemas de salud mental fue mayor para jóvenes adultos entre 18 y 21 años, de aproximadamente $2,300 por año, que aquel para los de entre 22 y 26 años, de aproximadamente $1,800.[36]
- En 2006, 186,000 jóvenes adultos recibieron beneficios por discapacidad del seguro social porque su enfermedad mental era tan grave que resultaron ser incapaces de participar de una actividad sustancial y lucrativa.[37]
- Las enfermedades mentales serias cuestan a los EE. UU. aproximadamente $193,200 millones en ingresos perdidos por año.[38] Los programas efectivos a nivel nacional en la educación escolar sobre la prevención del abuso de sustancias pueden ofrecer a los estados ahorros dentro de 2 años que oscilan desde:[39]
    - $36 millones a $199 millones en justicia juvenil[40]
    - $383 millones a $2,100 millones en educación[41]
    - $68 millones a $360 millones en servicios de salud[42]

¿Lo sabías?

Desamparo, salud mental y la comunidad

Del HUD de enero de 2010 Cálculos al momento de la observación (Point-in-Time, PIT), Aspectos de la atención informaron lo siguiente:

- El 26.2 % de los adultos en hogares que estaban desamparados tuvieron una enfermedad mental grave, y
- el 46 % de los adultos en hogares la noche del cálculo PIT tenían problemas crónicos por abuso de sustancias o una enfermedad mental grave.

El prejuicio y la discriminación relacionadas con los desórdenes mentales y por el uso de sustancias crean grandes desafíos de vivienda para estas personas.[43]

Abuso de sustancias y las comunidades

El abuso de sustancias puede ocasionar un gran daño a las comunidades de Norteamérica. Las condiciones mentales y de uso de sustancias muchas veces ocurren simultáneamente. En otras palabras, las personas con condiciones de uso de sustancias, muchas veces, tienen una condición de salud mental al mismo tiempo; y las personas con problemas de salud mental, muchas veces, abusan del uso de sustancias o sufren de adicción al mismo tiempo. La siguiente información incluye estadísticas sobre el abuso de sustancias y los desórdenes concurrentes mentales y de uso de sustancias:

- En 2011, aproximadamente 20.6 millones de personas (8 % de la población de 12 años o mayor) fueron clasificadas con dependencia o abuso de sustancias durante el año pasado.[44]
- 19.3 millones de personas (7.5 % de la población de 12 años o mayor) necesitaron tratamiento por un problema de drogas ilegales o por consumo de alcohol pero no recibieron tratamiento.[45]
- Aproximadamente ocho millones de adultos tienen desórdenes concurrentes.[46]
- Solo el 6.9 % de las personas recibe tratamiento para ambas condiciones mientras que el 56.6 % no recibe ningún tipo de tratamiento.[47]
- Las tasas de desórdenes mentales y de uso de sustancias concurrentes son más altas entre las personas que viven en desamparo.[48]
- Un estudio informó una tasa de frecuencia de desórdenes concurrentes durante la vida del 23 % en las personas que viven en desamparo, y estas personas pueden enfrentar desafíos físicos, sociales y psicológicos complejos para recuperarse.[49]
- Con tratamiento, las visitas a las salas de emergencia, las estadías en los hospitales y los períodos de detención son significativamente menores.[50] De la misma manera, el uso de sustancias perjudicial y de alto riesgo disminuye. Una residencia estable junto con servicios de apoyo proporcionan una vida de mayor calidad, autónoma y satisfactoria en la comunidad.[51]

¿Lo sabías?

La brecha en el tratamiento en Norteamérica

Casi dos tercios de los más de 45 millones de adultos con una enfermedad mental y casi el 90 % de los más de 21 millones de adultos con desórdenes de uso de sustancias viven sin tratamiento en nuestro país todos los años.[52]

Investigación acerca de la salud mental de las personas jóvenes

La investigación apoya la necesidad de prevención y las estrategias de intervención temprana para tratar los problemas mentales, emocionales y de comportamiento que pueden ocurrir a lo largo de la vida de una persona joven.

- Más de la mitad de los adolescentes en los Estados Unidos que no logran terminar la escuela secundaria tiene un desorden psiquiátrico diagnosticable.[53]
- Las personas con enfermedades mentales mueren en promedio 8.5 años antes que la población general debido, en gran parte, a condiciones de salud que se pueden prevenir, como las enfermedades cardíacas, la diabetes, la hipertensión y el consumo de tabaco.[54]
- El hostigamiento puede acarrear consecuencias significativas en la salud mental tanto para las víctimas como para los intimidadores.[55]
    - En comparación con las personas que no sufrieron hostigamiento, las víctimas del hostigamiento resultaron tres veces más propensas a tener problemas de ansiedad generalizada que aquellos que no sufrieron hostigamiento, y 4.6 veces igual de propensos a sufrir ataques de pánico o agorafobia.
    - Los niños que declararon ser intimidadores y víctimas mostraron un riesgo casi cinco veces mayor de depresión al llegar a convertirse en jóvenes adultos que aquellos que solo fueron intimidadores o que solo sufrieron el hostigamiento como víctimas.
- Las investigaciones han demostrado que los esfuerzos de prevención pueden demorar el primer consumo de tabaco y de alcohol.[56]
- El consumo compulsivo de alcohol y el consumo excesivo de alcohol llega a lo más alto entre aquellos de 18 a 25 años, y casi el 40 % de la gente de ese grupo de edad declaró consumo compulsivo de alcohol y el 12 % declaró consumo excesivo de alcohol.[57]
- El abuso de medicamentos recetados es mayor entre jóvenes adultos entre 18 y 25 años, y un 5 % declaró consumo no terapéutico el mes pasado.[58]
- Los datos de la Iniciativa de salud mental para niños de SAMHSA indican que entre los jóvenes de 12 años o más que identificaron problemas con el uso de sustancias durante el proceso de admisión en los sistemas de atención financiados por la Iniciativa de salud mental para niños, el 36 % relacionado con el sistema de bienestar infantil y el 32 % relacionado con el sistema de justicia juvenil declaró no tener problemas con el uso de sustancias luego de 6 meses.[59]
- Al evitar que un niño se haga dependiente del alcohol, podemos ahorrar aproximadamente $700,000 durante la vida del niño.[60]
- Al ayudar a que un niño se gradúe de la escuela secundaria, quien de otro modo la habría abandonado, podemos ahorrar casi $388,000 o más en el curso de la vida del niño.[61]

Sesión 2: Discusión sobre desafíos

¿Cuáles son los desafíos y los factores que debemos considerar?

Para progresar en las cuestiones de salud mental, necesitamos pensar estratégicamente acerca de los desafíos que enfrentamos y los factores que tienen la mayor influencia en la salud mental, en particular aquellos que afectan a las personas jóvenes. Esta sesión te ayudará a considerar algunos de esos desafíos y factores y a comenzar a pensar acerca de cómo abordarlos.

Desafíos para promover la salud mental

Antes, la ciencia no existía en asuntos sobre cómo promover efectivamente la salud mental y prevenir las enfermedades mentales. Ahora, tenemos los conocimientos, pero necesitamos educar a las comunidades, a los prestadores de servicios y a otros acerca de que la prevención es posible. La promoción y la prevención nos ayudarán a finalmente reducir la incapacidad y la dificultad mediante la reducción en la frecuencia de los desórdenes de salud mental.[62]

La promoción y la prevención implican un nuevo enfoque hacia las cuestiones de salud mental. Este enfoque exige que la gente y las comunidades piensen y actúen de modo diferente al abordar las cuestiones de salud mental antes de que se conviertan en enfermedades mentales.

Desafíos para la transición de la juventud a la edad adulta

A medida que los jóvenes se convierten en adultos, un gran número tiene problemas de salud de la conducta y muy pocos reciben tratamiento efectivamente.

- La transición de la juventud a la edad adulta habitualmente presenta dificultades para acceder a la atención médica y la tasa más alta de personas no aseguradas en los Estados Unidos.[64] Además, muchas veces tienen una baja percepción del riesgo[65] aunque esta población tiene la tasa más alta de homicidio,[66] y las tasas más altas de desamparo,[67] arrestos,[68] problemas de salud mental,[69] abandono de los estudios,[70] y abuso de sustancias.[71]
- Se estima que entre el 6 % y el 12 % de los jóvenes en edad de transición y los jóvenes adultos luchan con una condición seria de salud mental (2.4 a 5 millones de personas).[72]
- De acuerdo con el Conjunto de datos sobre períodos de tratamiento de 2009, entre las admisiones para el tratamiento de abuso de sustancias entre los 12 y los 17 años de edad, menos de uno de cada ocho (11.9 %) fueron remitidos por la escuela.[73]
- Las admisiones para tratamientos de 15 a 17 años de edad informaron con frecuencia la marihuana (71.9 %) o el alcohol (17.7 %) como la sustancia principal de abuso.[74]

¿Lo sabías?

La importancia de la participación familiar

La atención impulsada por la familia significa que las familias tienen una función en la toma de decisiones de sus propios hijos así como también en las políticas y procedimientos que dan forma a la atención para los niños de su comunidad, estado, tribu, territorio y nación.[63]

Acceso al apoyo, a los servicios y al tratamiento

Las actitudes y convicciones pueden evitar que una persona busque tratamiento, aunque las investigaciones nos indican que el tratamiento es efectivo y la gente sí se recupera.

- Solo el 38 % de los adultos con condiciones de salud mental diagnosticables reciben tratamiento. De los 45.9 millones de personas de 18 años o más que tienen condiciones de salud de la conducta, solo 17.9 millones reciben tratamiento.[75]
- Menos de uno de cada cinco adolescentes obtiene tratamiento para condiciones de salud mental diagnosticables.[76]
- Al igual que otras enfermedades crónicas, las personas que buscan tratamiento y servicios de apoyo para la recuperación de problemas de salud mental aprenden nuevas aptitudes cotidianas y continúan con una vida saludable, emancipada y productiva.[77]
- La residencia estable es importante para las personas que buscan tratamiento y servicios para la persona en su entorno y comunidad. Mediante la investigación sabemos que el tratamiento es efectivo y que la recuperación es posible pero no cuando a una persona le faltan las necesidades básicas de seguridad y vivienda.[78]

Pagar por atención de salud mental

La falta de capacidad financiera para darse atención está entre las razones principales por las que la gente con necesidades sin atender no busca tratamiento.[80]

- La gente con problemas de salud mental y abuso de sustancias ha presentado históricamente altas tasas de falta de seguro.[81]
- Como consecuencia, el gasto para el tratamiento de la salud mental y el abuso de sustancias ha dependido más de los pagadores públicos que de la atención médica; los pagadores públicos, como Medicaid, representan aproximadamente el 60 % del gasto de salud mental.[82]

Como resultado de la Ley de Cuidados de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA en inglés), muchos estadounidenses actualmente sin seguro que padecen de problemas de salud mental y abuso de sustancias serán elegibles para la cobertura del seguro de salud a bajo precio. Comenzando en 2014 con la nueva ley, todos los nuevos planes de grupos pequeños y de mercado individual estarán obligados a cubrir diez categorías esenciales de beneficios para la salud, incluidos los servicios para desórdenes de salud mental y de uso de sustancias, y estarán obligados a cubrirlos de acuerdo con los beneficios médicos y quirúrgicos. La Ley de Igualdad de Atención de Salud Mental y Adicción (Mental Health Parity and Addictions Equity Act, MHPAEA) exige a los planes de salud grupales y a las aseguradoras que ofrecen beneficios para desórdenes de salud mental y de uso de sustancias que proporcionen cobertura similar a la cobertura para atención médica y quirúrgica general. Como resultado de estas dos partes de la legislación, aproximadamente 62 millones de estadounidenses tendrán acceso a servicios para desórdenes de salud mental y de uso de sustancias.[83]

¿Lo sabías?

Los costos económicos de los problemas de salud mental

El costo anual de los desórdenes mentales, emocionales y de comportamiento entre las personas jóvenes es de aproximadamente $247,000 millones, esto incluye los costos de tratamiento y las pérdidas de productividad.[79]

Percepciones de violencia y enfermedad mental

Muy a menudo, las descripciones y las representaciones de violencia y enfermedades mentales pueden perpetuar actitudes negativas y mitos acerca de las personas que viven con una enfermedad mental.

- La gente con enfermedades mentales solo comete entre el 3 % y el 5 % de los actos de violencia y es mucho más probable que sean víctimas en lugar de ser las responsables de la violencia.[84]
- Las investigaciones han demostrado que las personas que recibieron tratamiento para enfermedades mentales en la comunidad (tratamiento ambulatorio, durante el día y residencial) fueron 11 veces más propensos a ser víctimas de delitos de violencia que la población general el año pasado.[85]

Problemas con la justicia penal

No obstante, hay altas tasas de enfermedades mentales y problemas de abuso de sustancias entre las personas en el sistema de justicia penal.

- Aproximadamente el 70 % de los reclusos con enfermedades mentales son detenidos por ofensas no relacionadas con la violencia.[86]
- En 2005, las personas que sufrían problemas de salud mental representaron el 56 % de los prisioneros estatales, el 45 % de los prisioneros federales y el 64 % de los reclusos.[87]
- Entre el 67 % y el 70 % de los jóvenes en el sistema de justicia juvenil tiene un desorden mental diagnosticable.[88]

Orientación sexual

Las actitudes sociales en relación con la orientación sexual también pueden afectar la manera en que vemos a la gente con problemas de salud mental:

- El rechazo a jóvenes lesbianas, gay, bisexuales y transexuales (Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender, LGBT) por parte de sus familias o sus compañeros y la comunidad puede tener impactos profundos y duraderos, incluso depresión, uso de drogas ilegales y comportamiento suicida.[89]

Sesión 3: Enfoque en la juventud

¿Qué podemos hacer para apoyar a las personas jóvenes?

Las personas jóvenes sufren algunas de las tasas de frecuencia más altas de enfermedades mentales y aun así presentan algunas de las tasas de búsqueda de ayuda más bajas de cualquier grupo. Además, los desórdenes infantiles emocionales y de comportamiento son los más costosos de todas las enfermedades en niños y jóvenes.

Experiencias de vida tempranas

Las experiencias de vida tempranas son importantes para moldear la vida de una persona hacia la edad adulta, y pueden afectar la manera en que una persona aprende y responde a situaciones estresantes.[90]

- Cuando los niños pequeños están expuestos a experiencias traumáticas reiteradas (p. ej.: maltrato infantil, ser testigos de violencia), tienen un riesgo mayor de desarrollar problemas de salud mental, abuso de sustancias y problemas de salud crónicos (como las condiciones cardíacas y la diabetes).[91]
- Los efectos negativos de estas experiencias tempranas (a veces llamadas "estrés tóxico") se pueden evitar o revertir cuando el niño tiene una relación de apoyo, de responsabilidad y de cuidado con un adulto a una edad temprana.[92]
- Experiencias adversas en la niñez (o ACE por sus siglas en inglés), es un término que describe todos los tipos de maltrato, negligencia y otras experiencias traumáticas que ocurren a personas menores de 18 años. Estas pueden afectar profundamente la salud de ese niño en el futuro. De hecho, una persona que sufre cuatro o más de estas experiencias es 7.4 veces más propensa a considerarse alcohólica, 3.9 veces más propensa a tener bronquitis crónica o enfisema, 4.6 veces más propensa a presentar depresión y 1.9 veces más propensa a desarrollar cáncer.[93]

¿Lo sabías?

Las experiencias infantiles tempranas ayudan a construir el éxito en la vida más adelante

Los niños comienzan a desarrollar aptitudes sociales y emocionales a una edad temprana, y estas aptitudes forman una base importante para poder tener éxito en la escuela, en las relaciones y en la vida.[94]

La escuela juega un papel importante

Las escuelas juegan un papel importante en asegurar que los problemas de comportamiento sean identificados temprano de modo que aquella persona joven pueda crecer y esforzarse en un entorno saludable. Las escuelas pueden dirigir esfuerzos de coordinación para reunir a las agencias que prestan servicios a los jóvenes para garantizar que los niños, los jóvenes y las familias puedan tener un fácil acceso a los servicios que se encuentran en la comunidad, que se centran en el niño, se enfocan en la familia y son competentes cultural y lingüísticamente.

- Los niños que no hayan desarrollado aptitudes sociales y emocionales al momento de ingresar a la escuela estarán en desventaja. Por ejemplo, los niños

necesitan poder prestar atención, responder adecuadamente a las instrucciones, interactuar positivamente con sus compañeros y con adultos, y controlar sus emociones y su comportamiento en la escuela para poder tener éxito.[95]

- Es probable que los estudiantes con escasas aptitudes sociales sufran dificultades en las relaciones interpersonales con maestros y compañeros; muestren signos de depresión, agresión o ansiedad; demuestren un bajo rendimiento académico; y tengan una mayor incidencia de participación en el sistema de justicia penal en la edad adulta.[96]
- Sin un tratamiento adecuado y en comparación con compañeros que no tienen una dificultad de salud mental, es mucho más probable que los jóvenes adultos que van al colegio y tienen una enfermedad mental reciban calificaciones bajas, abandonen la universidad o no tengan empleo.[97] Según cifras del año pasado, al 31 % de los estudiantes universitarios le ha resultado difícil desempeñarse debido a la depresión, mientras que más del 50 % ha sentido ansiedad abrumadora, lo cual dificultó el éxito académico.[98]
- Aproximadamente el 50 % de los estudiantes de 14 años o más que tiene una enfermedad mental abandona la escuela secundaria. Esta es la tasa de abandono más alta de cualquier grupo con una discapacidad.[99]

Si no se tratan, los desórdenes mentales y emocionales de la infancia pueden dar lugar a malos resultados en la escuela, oportunidades de trabajo limitadas y otros efectos económicos negativos en la adultez.

Aparición temprana de desórdenes mentales y de uso de sustancias

Los problemas de salud mental, muchas veces, comienzan a una edad temprana y se vuelven más severos durante la adolescencia y la adultez temprana.

- La mitad de los problemas de salud mental en adultos comienza antes de los 14 años, y tres cuartos comienzan antes de los 24 años.[100]
- En 2007, el 8.2 % de los adolescentes, aproximadamente 2 millones de jóvenes entre 12 y 17 años sufrieron al menos un episodio importante de depresión.[101]
- Entre todos los adolescentes con episodios importantes de depresión durante el año pasado, casi dos tercios (62.3 %) no recibieron tratamiento para su depresión. El 8.4 % de los estudiantes universitarios de tiempo completo entre 18 y 22 años sufrió una importante depresión durante el año pasado.[102]
- De los niños y jóvenes que necesitan servicios de salud mental, el 75 % al 80 % de estos jóvenes no recibe servicios.[103]

¿Lo sabías?

La importancia de buscar tratamiento temprano

Las demoras en recibir tratamiento luego de la primera aparición de los síntomas de esquizofrenia o psicosis resultan estar relacionadas con una respuesta más deficiente a los medicamentos antipsicóticos, con la presencia de síntomas más graves, recaídas y hospitalizaciones más frecuentes y con un riesgo de suicidio más alto.[104]

La prevención de suicidios es clave

Demasiados jóvenes del país se quitan la vida:

- El suicidio es la tercera causa principal de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años.[105]
- Una encuesta reveló que en un período de 12 meses, casi el 13.8 % de los estudiantes de la escuela secundaria ha considerado seriamente el suicidio, el 10.9 % de los estudiantes de la escuela secundaria han tenido planes de suicidio, y el 6.3 % de los estudiantes de escuela secundaria intentaron suicidarse al menos una vez.[106]
- Uno de cada 53 estudiantes de escuela secundaria (1.9 %) informa haber realizado un intento de suicidio que fue lo suficientemente serio como para ser tratado por un médico o enfermero.[107]
- El número de víctimas entre algunos grupos es aún más alto. Por ejemplo, la tasa de muerte por suicidio entre hombres indígenas americanos/nativos de Alaska de 15 a 19 años es dos veces y media mayor a la tasa total de hombres en ese grupo de edad.[108]
- El suicidio afecta a todos, pero hay ayuda y esperanza cuando personas, comunidades y profesionales se movilizan para evitar el suicidio. Ver Cómo prevenir el suicidio de SAMHSA: Manual para las escuelas secundarias (http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA12-4669/SMA12-4669.pdf) y las Funciones para prevenir el suicidio del Centro de recursos para la prevención de suicidios de SAMHSA (http://www.sprc.org/basics/roles-suicide-prevention).

Si tú, o alguien que quieres, se siente solo, sin esperanza o está atravesando una crisis, llama o conversa con los asesores amables de la **Línea Nacional de Prevención de Suicidio** al 1-800-273-TALK (8255) o (http://suicidepreventionlifeline.org/GetHelp/LifelineChat2.aspx).

Sesión 4: Soluciones comunitarias

¿Qué medidas queremos tomar como comunidad?

Ya sea si formas parte de un grupo pequeño de ciudadanos preocupados o un proceso de planificación de toda la comunidad, puedes empezar a trabajar en ideas locales y puedes centrarte en identificar soluciones individuales y comunitarias.

Es importante identificar primero cuáles son los recursos para la salud mental que existen actualmente en la comunidad y determinar qué más se necesita. Trabaja con los miembros de la comunidad para determinar cuáles son las estrategias de prevención, el tratamiento y los servicios de apoyo para la recuperación que existen actualmente y cómo responden a las necesidades de aquellos que los reciben.

La salud mental de una persona puede estar afectada por varios elementos de nuestra sociedad. Los lugares donde las comunidades y las personas elijen centrar sus esfuerzos pueden ser mucho más amplios de lo que mucha gente piensa. Para las comunidades, es difícil saber dónde empezar ya que el tema implica escuelas, servicios humanos, redes de proveedores, familias, barrios, comunidades religiosas y muchas otras partes interesadas.

La siguiente es una lista de factores comunitarios que pueden afectar la salud mental.[109]

- Normas culturales, tales como el consumo de alcohol, el hostigamiento.
- Discriminación
- Oportunidad de empleo
- Inseguridad alimentaria, no saber de dónde vendrá tu próxima comida
- Calidad de la vivienda
- Desigualdad de ingresos
- Condiciones del barrio
- Aislamiento físico
- Servicios públicos
- Situación social
- Acceso a servicios de salud

Obtener los datos sobre qué es lo que funciona

Para ayudar en la planificación e implementación comunitaria, hay varios recursos para identificar los enfoques efectivos para satisfacer las necesidades de salud mental de las personas jóvenes. Al elegir los enfoques basados en pruebas, es importante identificar y dar prioridad a las necesidades de las personas jóvenes en la comunidad de modo que puedas determinar qué tipo de intervención, estrategia o enfoque será el más apropiado.[110] También es importante acceder a la capacidad comunitaria (p. ej.: recursos financieros, compromiso organizativo, implicación comunitaria) para implementar una intervención, estrategia o enfoque mientras se preservan los componentes que hicieron efectiva la práctica original.[111] Las comunidades pueden trabajar en colaboración para decidir cuáles son las intervenciones, las estrategias y los enfoques que se adaptan a las

Para más información sobre las prácticas basadas en pruebas, consulta el Apéndice 1, “Recursos y sitios web útiles”.

necesidades de las personas jóvenes en la comunidad y que se pueden implementar dentro de la capacidad comunitaria.

Sugerencias adicionales para la planificación comunitaria

Adaptar tus esfuerzos a la comunidad.
Cada comunidad es diferente cuando se trata de desarrollar los próximos pasos en el apoyo de nuestros niños, jóvenes y familias.

Celebra lo que se hecho en tu comunidad para fortalecer la salud mental.
Cada comunidad comienza desde un punto único con activos y recursos existentes. Es importante celebrar las cosas que ya se están llevando a cabo en tu comunidad.

Resalta el trabajo que todavía se debe realizar.
Siempre hay más cosas por hacer en apoyo del desarrollo saludable de las personas jóvenes. Tómate un tiempo para reconocer cómo todos en la comunidad pueden ayudar y apoyar la salud mental.

Describe la dirección que tu comunidad planea tomar.
Crea una visión para que tu comunidad enfrente las necesidades de salud mental de los jóvenes y las familias.

Sigan trabajando juntos.
Los esfuerzos efectivos para brindar tratamiento a la salud mental exigen la necesidad de formar y sostener sociedades de distintos sectores de la comunidad. Los encuentros de diálogo comunitario se deben considerar solo el inicio de un diálogo continuo para planificar, implementar y evaluar los esfuerzos.

Para obtener más información que puedes utilizar para presentar un diálogo en tu comunidad, dirígete a **www.CreatingCommunitySolutions.org** y consulta el Apéndice 1, “Recursos y sitios web útiles”.

(Estos materiales y enlaces se ofrecen para fines informativos únicamente y no se deben interpretar como garantía de los programas o actividades mencionados de la organización).

Apéndice: Recursos y sitios web útiles

(Nota: Estas organizaciones, materiales y enlaces, se ofrecen para fines informativos únicamente y no se deben interpretar como garantía de los programas o actividades mencionados de la organización.)

Recursos	
• Información acerca de la salud mental	• http://www.MentalHealth.gov
• Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA)	• http://www.SAMHSA.gov
• Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH)	• http://www.nimh.nih.gov
• Información adicional que puedes utilizar para presentar un diálogo en tu comunidad	• http://www.CreatingCommunitySolutions.org
Promoción de la salud mental y prevención de las enfermedades mentales	
• Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio	• http://www.sprc.org
• *La prevención de desórdenes mentales, emocionales y de comportamiento entre las personas jóvenes* del Instituto de Medicina: Progreso y posibilidades	• http://www.iom.edu/Reports/2009/Preventing-Mental-Emotional-and-Behavioral-Disorders-Among-Young-People-Progress-and-Possibilities.aspx
• Cómo afrontar el hostigamiento	• http://www.stopbullying.gov
• Centro Nacional para la Promoción de Salud Mental y la Prevención de Violencia Juvenil	• http://www.promoteprevent.org
• Buscar información sobre la juventud (Find Youth Info)	• http://www.findyouthinfo.gov
• Un Millón de Corazones (Million Hearts)	• http://millionhearts.hhs.gov/index.html
Cómo abordar las actitudes públicas	
• Centro de Recursos para Promover la Aceptación, la Dignidad y la Inclusión Social	• http://promoteacceptance.samhsa.gov
• Premio al Portavoz	• http://www.samhsa.gov/voiceawards
• Día de la Toma de Conciencia sobre la Salud Mental de los Niños	• http://www.samhsa.gov/children
Prácticas basadas en evidencia para el tratamiento	
• Registro Nacional de Programas y Prácticas basados en Evidencia	• http://www.nrepp.samhsa.gov
• Centro Nacional de Atención habilitado para el Tratamiento de Traumas	• http://www.samhsa.gov/nctic
• Centro de Asistencia Técnica para la Iniciativa de Salud Mental para Niños	• http://www.cmhnetwork.org
Servicios de Apoyo para la Recuperación	
• Centros de Asistencia Técnica para el Consumidor Nacional	• http://ncstac.org/index.php
• Centro de Recursos para las Personas sin Hogar	• http://www.homeless.samhsa.gov
• Toma de Decisiones Compartida en Herramientas para la Salud Mental	• http://162.99.3.211/shared.asp
• Consumo de alcohol: Cómo cambiar la cultura	• http://www.collegedrinkingprevention.gov

Lista de referencia

1. Organización Mundial de la Salud. (2001). Fortalecer la promoción de la salud mental (Hoja informativa N.º 220). Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Información obtenida de https://apps.who.int/inf-fs/en/fact220.html
2. Ibídem.
3. Ibídem.
4. Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2013). Definiciones de trauma y resiliencia. Información obtenida de http://www.samhsa.gov/children/trauma-resilience-definitions.asp
5. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2012). Manual para el participante de la Semana de Prevención Nacional (Publicación de HHS N.º (SMA) 12-4687). Rockville, MD: Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental.
6. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2012). Definición provisional de recuperación de SAMHSA (Publicación de HHS N.º PEP12-RECDEF). Rockville, MD. Información obtenida de http://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Working-Definition-of-Recovery/PEP12-RECDEF
7. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2009). Principios rectores y elementos de los sistemas de atención orientados hacia la recuperación: ¿Qué sabemos de las investigaciones? (Publicación de HHS N.º (SMA) 09-4439). Rockville, MD: Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias. Información obtenida de http://partnersforrecovery.samhsa.gov/docs/Guiding_Principles_Whitepaper.pdf
8. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2012). Manual para el participante de la Semana de Prevención Nacional (Publicación de HHS N.º (SMA) 12-4687). Rockville, MD: Centro para la Prevención de Abuso de Sustancias, Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental.
9. Ibídem.
10. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2012). Definición de trauma. Información obtenida de http://www.samhsa.gov/traumajustice/traumadefinition/definition.aspx
11. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2012). Resultados de la encuesta nacional sobre el uso de drogas y la salud 2011: Hallazgos sobre salud mental (Serie NSDUH, H-45, Publicación de HHS N.º (SMA) 12-4725). Rockville, MD. Información obtenida de http://www.samhsa.gov/data/NSDUH/2k10MH_Findings/2k10MHResults.htm
12. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (2013). ¿Qué es la salud mental? Información obtenida de http://www.mentalhealth.gov/basics/what-is-mental-health/index.html
13. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (2013). ¿Qué buscar? Información obtenida de http://www.mentalhealth.gov/what-to-look-for/index.html
14. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2008). Resultados de la Encuesta nacional sobre el uso de drogas y la salud 2007: Hallazgos nacionales. (Publicación de DHHS N.º (SMA) 08-4343). Rockville, MD: Oficina de Estudios Aplicados, Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. Información obtenida de http://www.samhsa.gov/data/nsduh/2k7nsduh/2k7results.pdf
15. Instituto Nacional de Salud Mental. (2013). Psicoterapias. Bethesda, MD. Información obtenida de http://www.nimh.nih.gov/health/topics/psychotherapies/index.shtml.
16. Ibídem.
17. Instituto Nacional de Salud Mental. (2013). Medicamentos para la salud mental. Bethesda, MD. Información obtenida de http://www.nimh.nih.gov/health/publications/mental-health-medications/index.shtml.
18. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2012). Definición provisional de recuperación de SAMHSA (Publicación de HHS N.º PEP12-RECDEF). Rockville, MD. Información obtenida de http://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Working-Definition-of-Recovery/PEP12-RECDEF

19. Smith, T. W.; Marsden, P.; Hout, M. y Kim, J. (2011). Encuesta social general, 1972-2010 [archivo de datos que puede leerse por los equipos y libro de códigos]. Storrs, CT: Centro Roper para la Investigación de la Opinión Pública, Universidad de Connecticut, Ann Arbor, MI: Consorcio Interuniversitario para la Investigación Política y Social [distribuidores]. Información obtenida de http://dx.doi.org/10.3886/ICPSR31521.v1.

20. Pescosolido, B.; Martin, J.; Link, B.; Kikuzawa, S.; Burgos, G.; Swindle, R. et ál. (2000). Puntos de vista de los estadounidenses sobre la salud mental y las enfermedades a fines de siglo: Continuidad y cambio. Informe público sobre el Módulo de salud mental de MacArthur, Encuesta social general 1996. Bloomington, Indiana: Consorcio de Indiana para la Investigación de Servicios de Salud Mental y Escuela de Salud Pública Joseph P Mailman, Universidad de Columbia.

21. Monahan, J.; Steadman, H.; Silver, E.; Appelbaum, P.; Robbins, P.; Mulvey, E. et ál. (2001). Reconsiderar la evaluación de riesgo: El estudio MacArthur de los desórdenes mentales y la violencia. Nueva York: Oxford University Press.

22. Appelbaum, P. y Swanson, J. (2010). Derecho y psiquiatría: Leyes sobre armas y enfermedades mentales: ¿Qué tan razonables son las restricciones actuales? Servicios de psiquiatría, 61(7), 652-654.

23. Teplin, L.; McClelland, G.; Abram, K. y Weiner, D. (2005). Victimización de delitos en adultos con enfermedades mentales graves: Comparación con la encuesta nacional de victimización de delitos. Archives of General Psychiatry, 62(8), 911-921. doi: 10.1001/archpsyc.62.8.911.

24. Centros de Control y Prevención de Enfermedades, Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, Asociación Nacional de Salud de la Conducta y Directores de Incapacidad de Desarrollo del Condado, Instituto Nacional de Salud Mental y Programa de Salud Mental del Centro Carter. (2012). Actitudes hacia las enfermedades mentales: Resultados del sistema de vigilancia de factores de riesgo sobre la conducta. Atlanta, GA: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades.

25. Ibídem.

26. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2004). Construir puentes: Los consumidores de salud mental y los miembros de organizaciones comunitarias y religiosas en diálogo (Publicación de DHHS N.º 3868). Rockville, MD: Centro de Servicios de Salud Mental, Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental.

27. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (2001). Salud mental: Cultura, raza y etnias — Un complemento para la salud mental: Un informe del Cirujano General. Rockville, MD: Centro de Servicios para la Salud Mental.

28. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2013). Inculcar competencia cultural al Marco de Prevención Estratégica. Rockville, MD: Centro para la Prevención de Abuso de Sustancias, Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. Información obtenida de: http://captus.samhsa.gov/prevention-practice/strategic-prevention-framework/cultural-competence/elements-culture

29. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (2001). Salud mental: Cultura, raza y etnias — Un complemento para la salud mental: Un informe del Cirujano General. Rockville, MD: Centro de Servicios para la Salud Mental.

30. Ibídem.

31. Kessler, R.; McGonagle, K.; Zhao, S.; Nelson, C.; Hughes, M.; Eshleman, S. et ál. (1994). Una vida y 12 meses de prevalencia de desórdenes psiquiátricos DSM-III-R en los Estados Unidos: Resultados de la encuesta nacional sobre comorbilidad. Archives of General Psychiatry, 51(1), 8-19.

32. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2010). Diez causas principales de muertes provocadas por lesiones y agrupadas por edades, con énfasis en muertes provocadas por lesiones relacionadas con la violencia. Atlanta, GA: Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones. Información obtenida de http://www.cdc.gov/injury/wisqars/pdf/10LCID_Violence_Related_Injury_Deaths_2010-a.pdf

33. Harding, C.; Brooks, G.; Ashikaga, T.; Strauss, J.S. y Breier, A. (1987). El estudio longitudinal de Vermont de personas con enfermedades mentales graves. American Journal of Psychiatry, 144 (6), 727–735.

34. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2009). Tablas de salida del Sistema de información uniforme CMHS 2009. Información obtenida de http://www.samhsa.gov/dataoutcomes/urs/urs2009.aspx

35. Cook, J.; Leff, H.; Blyler, C.; Gold, P.; Goldberg, R.; Mueser, K. et ál. (2005). Resultados de un ensayo multicéntrico al azar de las intervenciones de empleo financiado para personas con enfermedades mentales graves. Archives of General Psychiatry, 62(5), 505–512.

36. Davis, K. (2012). Resumen estadístico N.º 358: Gasto para el tratamiento de desórdenes de salud mental entre jóvenes adultos de 18 a 26 años de edad, 2007 a 2009: Cálculos para la población civil no institucionalizada de los EE. UU. Rockville, MD: Encuesta de panel sobre los gastos médicos, Agencia para la Investigación de la Atención Médica y la Calidad.

37. Oficina de Rendición de Cuentas del Gobierno de los Estados Unidos. (2008). Jóvenes adultos con serios problemas mentales: Algunas agencias estatales y federales toman medidas para tratar los desafíos de la transición (Informe para solicitantes del Congreso, GAO-08-678). Información obtenida de http://www.gao.gov/new.items/d08678.pdf

38. Kessler, R.; Heeringa, S.; Lakoma, M.; Petukhova, M.; Rupp, A.; Schoenbaum, M. et ál. (2008). Los efectos a nivel individual y a nivel social de los desórdenes mentales en las ganancias de los Estados Unidos: Resultados de la réplica de la encuesta nacional sobre comorbilidad. American Journal of Psychiatry, 165(6), 703-11. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08010126.

39. Miller, T. y Hendrie, D. (2008). Dólares y centavos de la prevención de abuso de sustancias: Un análisis costo-beneficio (Publicación de DHHS N.º (SMA) 07-4298). Rockville, MD: Centro para la Prevención de Abuso de Sustancias, Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental.

40. Ibídem.

41. Ibídem.

42. Ibídem.

43. Departamento de Viviendas y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (2011). El informe anual de evaluación sobre desamparo 2010 para el Congreso (HUD N.º 11-121). Información obtenida de https://www.onecpd.info/resources/documents/2010homelessassessmentreport.pdf; Folsom, D.; Hawthorne, W.; Lindamer, L. et. ál. (2005). La frecuencia y los factores de riesgo para las personas sin hogar y la utilización de servicios para la salud mental entre 10,340 pacientes con enfermedades de salud mental serias en grandes sistemas públicos de salud mental. American Journal of Psychiatry, 162(2), 370-376.

44. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2012). Resultados de la encuesta nacional sobre el uso de drogas y la salud 2011: Resumen de los hallazgos nacionales (Serie NSDUH H-44, Publicación de HHS N.º (SMA) 12-4713). Rockville, MD: Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental

45. Ibídem.

46. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2012). Resultados de la encuesta nacional sobre el uso de drogas y la salud 2011: Hallazgos sobre la salud mental. (Serie NSDUH H-45, Publicación de HHS N.º (SMA) 12-4725). Rockville, MD: Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental.

47. Ibídem.

48. Departamento de Viviendas y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (2011). El informe anual de evaluación sobre desamparo 2010 para el Congreso (HUD N.º 11-121). Información obtenida de https://www.onecpd.info/resources/documents/2010homelessassessmentreport.pdf

49. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2005). Tratamiento para el abuso de sustancias para personas con desórdenes concurrentes. Protocolo de mejora de tratamientos (Serie TIP 42, Publicación de DHHS N.º (SMA) 12-3992). Rockville, MD. Información obtenida de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64197/pdf/TOC.pdf; Polcin D. & Henderson, D.M. (2008). Un lugar limpio y moderado para vivir: filosofía, estructura y factores terapéuticos presentados en viviendas moderadas. Journal of Psychoactive Drugs, 40(2), 153-159; Hannigan, T. y Wagner, S. (2003). Desarrollar el "apoyo" para las viviendas con apoyo: Una guía para proporcionar servicios en viviendas. Información obtenida del sitio web de la Corporación de Vivienda con Apoyo en http://documents.csh.org/documents/pubs/DevelopingSupport-full.pdf; Larimer M.E. et ál. (2009). El uso y los costos de la atención médica y el servicio público antes y después de las provisiones de viviendas para personas sin hogar de manera crónica con problemas graves con el alcohol. Journal of the American Medical Association, 301(13), 1349–1357.

50. Culhane, P.; Metraux, S.; y Hadley, T. (2002). La reducción del servicio público relacionada con la ubicación de personas sin hogar con enfermedades mentales graves en viviendas con apoyo. Housing Policy Debate, 13(1), 107-163.

51. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2010). Viviendas con apoyo permanentes: Construir su programa (Publicación de HHS N.º SMA-10-4509). Rockville, MD: Centro de Servicios para la Salud Mental.

52. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2012). Resultados de la encuesta nacional sobre el uso de drogas y la salud 2011: Hallazgos sobre salud mental (Serie NSDUH, H-45, Publicación de HHS N.º (SMA) 12-4725). Rockville, MD. Información obtenida de http://www.samhsa.gov/data/NSDUH/2k10MH_Findings/2k10MHResults.htm

53. Departamento de Educación de los EE. UU. (2001). Vigésimo tercer informe anual para el Congreso sobre la Implementación de la Ley de Educación para Personas Discapacitadas. Washington, D.C.: Departamento de Educación de los EE. UU.

54. Druss, B. (2011). Comprender el exceso de mortalidad en las persona con enfermedades mentales. Medical Care, 49(6), 599-604.

55. Copeland, W.; Wolke, D.; Angold, A. y Costello, E. (2013). Resultados psiquiátricos del hostigamiento y víctimas de hostigamiento por parte de compañeros en la niñez y la adolescencia. JAMA Psychiatry, 70(4), 419-426.

56. Miller, T.; y Hendrie, D. (2008). Dólares y centavos de la prevención de abuso de sustancias: Un análisis costo-beneficio (Publicación de DHHS N.º (SMA) 07-4298). Rockville, MD: Centro para la Prevención de Abuso de Sustancias, Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental.

57. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2012). Resultados de la encuesta nacional sobre el uso de drogas y la salud 2011: Resumen de los hallazgos nacionales (Serie NSDUH H-44, Publicación de HHS N.º (SMA) 12-4713). Rockville, MD: Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental.

58. Ibídem.

59. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2012). Promover la recuperación y resiliencia para los niños y jóvenes involucrados en los sistemas de justicia juvenil y de bienestar infantil. Rockville, MD: Centro de Servicios de Salud Mental, Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental.

60. Ibídem.

61. Ibídem.

62. Departamento de Salud. (2001). Hacerlo posible: una guía para la entrega de promoción para la salud mental. Londres, Reino Unido. Información obtenida de http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4007907

63. Federación Nacional de Familias para la Salud Mental de los Niños. (2013). Definición del cuidado impulsado por la familia. Información obtenida de http://ffcmh.org/family-driven-definition

64. Departamento de Trabajo de los EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados. (2010). Los jóvenes adultos y la Ley de Cuidados de Salud a Bajo Precio: Proteger a los jóvenes adultos y eliminar las cargas para las familias y los negocios. Washington, DC. Información obtenida de http://www.dol.gov/ebsa/pdf/fsdependentcoverage.pdf; Lotstein, D.; Inkelas, M.; Hays, R.; Halfon, N.; Brook, R. (2008). Acceso a la atención para jóvenes con necesidades especiales de atención médica en la transición hacia la edad adulta. Journal of Adolescent Health, 43(1), 23-29.

65. Millstein, S. y Halpern-Felsher, B. (2001). Percepciones de los riesgos y de la vulnerabilidad. In Fischhoff, B.; Nightingale, E. y Iannotta, J. (Eds.) Los riesgos y la vulnerabilidad en los adolescentes: Conceptos y mediciones. (pp. 15-29). Información obtenida de http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10209&page=15

66. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2010). Sistema Nacional de Estadísticas Vitales, Centro Nacional para las Estadísticas de Salud. Búsqueda en la web de estadísticas de lesiones y sistema de informes (WISQARS) [en línea]. Información obtenida de http://www.cdc.gov/injury/wisqars/pdf/10LCID_All_Deaths_By_Age_Group_2010-a.pdf

67. Embry, L.; Vander Stoep, A.; Evens, C.; Ryan, K. y Pollack, A. (2000). Factores de riesgo para el desamparo de adolescentes que han sido dados de alta del tratamiento residencial psiquiátrico. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39(10), 1293-9.

68. Davis, M.; Banks, S.; Fisher, W.; Gershenson, B. y Grudinskas, A. (2007). Arresto de clientes adolescentes de un sistema público de salud mental durante la adolescencia y la adultez temprana. Psychiatric Services, 58(11), 1454-60.

69. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2013). Vigilancia de la salud mental entre niños - Estados Unidos, 2005-2011. MMWR, 62(02), 1-35. Información obtenida de http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6202a1.htm?s_cid=su6201a2_w

70. Departamento de Educación de los EE. UU., Centro Nacional para las Estadísticas de Educación. (2008) La condición de la educación 2008 (Publicación de NCES N.º 2008-031). Washington, DC. Información obtenida de http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED501487.pdf

71. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2003). Información general de los hallazgos de la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud 2002 (Serie NHSDA H-22, Publicación de DHHS N.º (SMA) 03-3836). Información obtenida de http://samhsa.gov/data/NHSDA/2k2NSDUH/2k2SoFOverviewW.pdf; Neinstein, L. (2013). Los nuevos adolescentes: Un análisis de las condiciones de la salud, comportamientos, los riesgos y el acceso a servicios entre jóvenes adultos emergentes. Información obtenida de http://www.usc.edu/student-affairs/Health_Center/thenewadolescents/doc/TheNewAdolescents_Final_Locked.pdfaffairs/Health_Center/thenewadolescents/doc/TheNewAdolescents_Final_Locked.pdf

72. Davis, M. y Vander Stoep, A. (1997). La transición hacia la adultez para los jóvenes que tienen serios disturbios emocionales: Transición del desarrollo y resultados de los jóvenes adultos. Journal of Mental Health Administration, 24(4), 400-426.

73. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2012). Datos destacados: Menos de una de cada ocho admisiones de tratamiento para el abuso de sustancias en adolescentes son remitidas al tratamiento por las escuelas. Rockville, MD: Centro de Calidad de Salud de la Conducta y Estadísticas, Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. Información obtenida de http://www.samhsa.gov/data/spotlight/Spot057EduReferrals2012.pdf

74. Ibídem.

75. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2012). Resultados de la encuesta nacional sobre el uso de drogas y la salud 2011: Hallazgos sobre salud mental (Serie NSDUH, H-45, Publicación de HHS N.º (SMA) 12-4725). Rockville, MD: Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. Información obtenida de http://www.samhsa.gov/data/NSDUH/2k10MH_Findings/2k10MHResults.htm

76. Kataoka, S.; Zhang, L. y Wells, K. (2002). Necesidades sin atender para la atención de la salud mental entre los niños de los EE. UU.: Variación por grupo étnico y situación de seguro de salud. American Journal Psychiatry, 159(9), 1548-55. doi: 10.1176/appi.ajp.159.9.1548.

77. Alianza Nacional de Enfermedad Mental. (2010). Enfermedad mental y el lugar de trabajo. Arlington, VA. Información obtenida de http://www.nami.org/Content/NavigationMenu/State_Advocacy/About_the_Issue/Workplace.pdf

78. Culhane, P.; Metraux, S.; y Hadley, T. (2002). La reducción del servicio público relacionada con la ubicación de personas sin hogar que padecen de enfermedades mentales graves en viviendas con apoyo. Debate sobre política de vivienda, 13(1); Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2010). Viviendas con apoyo permanentes: Construir su programa (Publicación de HHS N.º SMA-10-4509). Rockville, MD: Centro de Servicios de Salud Mental, Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental.

79. Eisenberg, D. y Neighbors, K. (2007). La economía de la prevención de desórdenes mentales y el abuso de sustancias entre las personas jóvenes. Documento encargado por el Comité de Prevención de Desórdenes Mentales y Abuso de Sustancias entre Niños, Jóvenes y Jóvenes Adultos. Washington, DC: Avances de las investigaciones e intervenciones prometedoras, Junta sobre Niños, Jóvenes y Familias, Consejo Nacional de Investigación e Instituto de Medicina.

80. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2011). El informe NSDUH: Fuentes de pago para el tratamiento de salud mental para adultos. Rockville, MD: Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental.

81. Ibídem.

82. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2010). Gastos nacionales para los servicios de salud mental y el tratamiento de abuso de sustancias, 1986-2005 (Publicación de DHHS N.º (SMA) 10-4612). Rockville, MD: Centro de Servicios de Salud Mental y Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias, Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental.

83. Beronio, K.; Po, R.; Skopec, L. y Glied, S. (2013). La Ley de Cuidados de Salud a Bajo Precio extiende los beneficios para la salud mental y los desórdenes de uso de sustancias y la protección federal igualitaria para 62 millones de estadounidenses. Washington, D.C.: Oficina de la secretaria auxiliar de Planificación y Evaluación, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Información obtenida de: http://aspe.hhs.gov/health/reports/2013/mental/rb_mental.cfm

84. Appelbaum, P. y Swanson, J. (2010). Derecho y psiquiatría: Leyes sobre armas y enfermedades mentales: ¿Qué tan razonables son las restricciones actuales? Servicios de psiquiatría, 61(7), 652-654.

85. Teplin, L.A.; McClelland, G.M.; Abram, K.M. y Weiner, D.A. (2005). Victimización de delitos en adultos con enfermedades mentales graves: Comparación con la encuesta nacional de victimización de delitos. Archives of General Psychiatry, 62(8), 911-921.

86. Judge, D.L. (2005). Hoja informativa N.º 3: Personas con enfermedades mentales en la cárcel y la prisión. Información obtenida de http://data.opi.mt.gov/bills/2005/Minutes/House/Exhibits/jhh14a200.pdf

87. Departamento de Justicia de los EE. UU.; Programas de la Oficina de Justicia. (2006). Informe especial de la Oficina de Estadísticas Judiciales: los problemas de salud mental y los reclusos (NCJ213600). Información obtenida de http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/mhppji.pdf

88. Skowyra, K. y Cocozza, J. (2006). Plan para el cambio: Un modelo integral para la identificación y el tratamiento de jóvenes con necesidades de salud mental en contacto con el sistema de justicia juvenil. Delmar, NY: El Centro Nacional para la Salud Mental y la Justicia Juvenil y Policy Research Associates, Inc.

89. Ryan, C.; Huebner, D.; Diaz, R.M. y Sanchez, J. (2009). El rechazo de la familia como indicador de los resultados negativos en la salud en jóvenes adultos blancos y latinos, lesbianas, gay y bisexuales. Pediatrics, 123(1), 346–352.; Consejo Nacional de Prevención. (2011). Estrategia de prevención nacional. Washington, DC: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.; Oficina del Cirujano general.

90. Gebhard, B. (2009). Las experiencias de vida tempranas importan: Una guía a las políticas mejoradas para bebés y niños pequeños. Washington, D.C.: Cero a tres. Información obtenida de http://main.zerotothree.org/site/DocServer/Policy_Guide.pdf?docID=8401

91. Perry, B.; Pollard, R.; Blakley, T.; Baker, W. y Vigilante, D. (1995). Trauma de la infancia: La neurobiología de adaptación y el desarrollo “que depende del uso” del cerebro. Infant Mental Health Journal, 16(4), 271–291.

92. Centro para el Desarrollo del Niño, Universidad de Harvard. (2008). En resumen: La ciencia del desarrollo infantil temprano. Boston, MA: Centro NGA para las mejores prácticas, Conferencia Nacional de Legislaturas Estatales y Centro para el Desarrollo del Niño, Universidad de Harvard. Información obtenida de http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/briefs/inbrief_series/inbrief_the_science_of_ecd

93. Felitti, V.J.; Anda, R.F.; Nordenberg, D.; Williamson, D.F.; Spitz, A.M.; Edwards, V. et ál. (1998). Relación del maltrato infantil y la disfunción del hogar con las numerosas causas principales de muerte en adultos: Estudio sobre las experiencias adversas en la niñez (Adverse Childhood Experiences, ACE). American Journal of Preventive Medicine, 14(4), 245-258.

94. Ladd, G.; Birch, S. y Buhs, E. (1999). La vida social y escolar de los niños en el jardín: ¿Son esferas de influencia relacionadas? Desarrollo del niño, 70(6): 1373–1400.; Raver, C. (2002). Las emociones importan: Exponer el caso de las funciones del desarrollo emocional de los niños pequeños para la preparación temprana para entrar a la escuela. Informe de política social de la sociedad para la investigación del desarrollo del niño, 16(1), 3–23.

95. Raver, C. (2002). Las emociones importan: Exponer el caso de las funciones del desarrollo emocional de los niños pequeños para la preparación temprana para entrar a la escuela. Informe de política social de la sociedad para la investigación del desarrollo del niño, 16(1), 3–23.

96. Asociación Nacional de Psicólogos Escolares. (2002). Aptitudes sociales: Promover un comportamiento positivo, el éxito académico y la seguridad en la escuela. Bethesda, MD. Información obtenida de http://www.nasponline.org/resources/factsheets/socialskills_fs.aspx

97. Oficina de Rendición de Cuentas del Gobierno de los Estados Unidos. (2008). Jóvenes adultos con serios problemas mentales: Algunas agencias estatales y federales toman medidas para tratar los desafíos de la transición (Informe para solicitantes del Congreso, GAO-08-678). Información obtenida de http://www.gao.gov/new.items/d08678.pdf

98. Asociación de Salud de las Universidades Estadounidenses. (2012). Asociación de Salud de las Universidades Estadounidenses-Evaluación de Salud de la Universidad Nacional II: Resumen del grupo de referencia ejecutivo, Primavera 2012. Hanover, MD: Asociación de Salud de las Universidades Estadounidenses. Información obtenida de http://www.acha-ncha.org/docs/ACHA-NCHA-II_ReferenceGroup_ExecutiveSummary_Spring2012.pdf

99. Departamento de Educación de los EE. UU. (2001). Vigésimo tercer informe anual para el Congreso sobre la Implementación de la Ley de Educación para Personas Discapacitadas. Washington, D.C.: Departamento de Educación de los EE. UU.

100. Kim-Cohen, J.; Caspi, A.; Moffitt, T.; Harrington, H.; Milne, B. y Poulton, R. (2003). Diagnóstico previo de menores en adultos con desórdenes mentales: Seguimiento del desarrollo de una cohorte prospectivo-longitudinal. Archives of General Psychiatry, 60(7), 709-717.

101. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2012). Resultados de la encuesta nacional sobre el uso de drogas y la salud 2011: Hallazgos sobre salud mental (Serie NSDUH H-45, Publicación de HHS N.º (SMA) 12-4725). Rockville, MD: Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental.

102. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2012). Datos destacados: Importantes episodios de depresión entre los adolescentes que viven en la pobreza. Rockville, MD: Centro de Calidad de Salud de la Conducta y Estadísticas. Información obtenida de http://www.samhsa.gov/data/spotlight/Spotlight_064_Poverty_2012/CBSHQ_Spotlight_064_Poverty_2012.pdf

103. Kataoka, S.; Zhang, L. y Wells, K. (2002). Necesidades sin atender para la atención de la salud mental entre los niños de los EE. UU.: Variación por etnia y situación del seguro. American Journal of Psychiatry, 159(9), 1548-1555.

104. Dell'Osso, B.; Glick, I.; Baldwin, D. y Altamura, A. (2013). ¿Es posible que los resultados a largo plazo mejoren si se reduce la duración de enfermedades sin tratar en desórdenes psiquiátricos? Un marco conceptual. Psychopathology, 46(1), 14-21.

105. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2010). Sistema Nacional de Estadísticas Vitales, Centro Nacional para las Estadísticas de Salud. Búsqueda en la web de estadísticas de lesiones y sistema de informes (WISQARS) [en línea]. Información obtenida de http://www.cdc.gov/injury/wisqars/pdf/10LCID_All_Deaths_By_Age_Group_2010-a.pdf

106. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2010). Vigilancia del comportamiento de riesgo de jóvenes—Estados Unidos, 2009. Resúmenes de vigilancia. MMWR, 59(SS-5).

107. Ibídem.

108. Heron, M. (2007). Muertes: Causas principales en 2004. Informes Nacional de Estadísticas Vitales (l56-5). Hyattsville, MD: Centro Nacional para las Estadísticas de Salud. Información obtenida de http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr56/nvsr56_05.pdf

109. Instituto de la Facultad Adler de Exclusión Social e Instituto de la Facultad Adler de Seguridad Pública y Justicia Social. (2011). Definir términos: Determinantes sociales de la salud mental. Intersecciones: Búsqueda interdisciplinaria de cuestiones sociales, 6(4), 9.

110. Ibídem.; Administración para Niños y Familias. (2013). La Puerta de Información del Bienestar del Niño, Fidelidad en las prácticas basadas en pruebas. Información obtenida de https://www.childwelfare.gov/management/practice_improvement/evidence/fidelity.cfm

111. Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2013). Registro Nacional de Programas y Prácticas basadas en pruebas de SAMHSA, Preguntas frecuentes. Información obtenida de http://www.nrepp.samhsa.gov/FAQ.aspx

Notas:

SMA-13-4763Span
Julio 2013

MentalHealth.gov