

Academia de Salud Mental basada en la Fe

Una guía de entrenamiento para líderes religiosos y profesionales de la salud mental



Academia sobre la Salud Mental basada en la Fe

**Una guía de entrenamiento
para líderes religiosos y profesionales de la salud mental**

Interfaith Community Services

Interfaith Community Services empodera a las personas que necesitan estabilizar y mejorar sus vidas a través de programas holísticos en colaboración con comunidades religiosas diversas y personas compasivas.



© 2022 Interfaith Community Services

Agradecimientos

Muchas gracias a todas las personas cuyo trabajo, investigación, traducción y redacción contribuyó a que se escribiera este plan de estudio. Estas personas maravillosas son: Ana María Ardón, Rev. Juan Arjona, Lillian Arjona, Joyce Bruggeman, Psic. Joanna Camino, Dixie Crane, hermana Jennifer Dombroaski, Chris Ferro, Susan Gregg-Schroder, Megan Hawker, Ph.D. Kathy Lutes, Jacqueline Reyes, Merle Rodríguez y Cynthia Roomaker, La Oficina de Salud y Servicios Humanos del Condado de San Diego, La Asociación Americana de Psiquiatría y a todas las personas que estuvieron dispuestas a compartir sus historias ya sea por escrito o personalmente. Esta capacitación esta bajo la supervisión y coordinación del equipo de la Academia de Salud Mental basada en la Fe: Mary Ferro, Martha Garzon y Maria Halbert, personal de Interfaith Community Services en Escondido, California.

Índice

Agradecimientos	4
Introducción	8
Capítulo 1. Reconocer y responder a las condiciones de salud mental.....	12
Capítulo 2. Trastornos comunes de la salud mental y del comportamiento	38
Capítulo 3. Abuso de sustancias y otras adicciones.....	78
Capítulo 4. Depresión y las comunidades de fe	128
Capítulo 5. Suicidio y prevención.....	142
Capítulo 6. Reducción del estigma de la enfermedad mental	160
Capítulo 7. Consideraciones culturales	188
Capítulo 8. Tratar la resistencia de aceptar el tratamiento de salud mental	228
Capítulo 9. Bienestar, espiritualidad y salud mental.....	242
Capítulo 10. El trauma y la espiritualidad	258
Capítulo 11. La fe y la espiritualidad	295
Capítulo 12. El uso de la fe y la espiritualidad como parte de la recuperación ...	310
Capítulo 13. Ayudar a las familias a encontrar fortaleza y esperanza	322

Introducción

Propósito de este entrenamiento

Este entrenamiento le ayudará a:

- Reducir el estigma de la enfermedad mental.
 - Proveer educación sobre los síntomas y señales de la enfermedad mental.
 - Informar bajo qué condiciones buscar acceso a los servicios profesionales.
 - Proveer herramientas para enfrentar y manejar una crisis de salud mental, hasta que se pueda conseguir servicio profesional.
 - Explicar cómo las familias de fe pueden proveer apoyo y ayuda a aquellos que están sufriendo y a sus familias también.
 - Proveer recursos para niños, adolescentes, adultos y familias que pueden estar experimentando retos de salud mental.
-

¿Qué es lo que nos trae aquí hoy? El 19.1% de los adultos estadounidenses experimentaron una enfermedad mental en 2019 (51.5 millones de personas). Esto representa 1 de cada 5 adultos; 1 en 20 tiene una enfermedad mental grave y 1 de cada 12 tiene un trastorno por abuso de sustancias. La mitad de todas las enfermedades mentales comienza a los 14 años y un 75% comienza a la edad de 24. La enfermedad mental en los adultos mayores carece de datos consistentes, pero en 2015 la Asociación Mundial de Psiquiatría publicó números en los que se indica que más de un 30% de las personas mayores experimentan trastorno de depresión, desorden de personalidad, abuso de sustancias o un trastorno psicótico.

Los trastornos mundiales de depresión y ansiedad le cuestan a la economía mundial \$ 1 trillón en pérdida de productividad cada año. La depresión es la principal causa de discapacidad. En el Condado de San Diego hubo 465 suicidios en el 2018, más de uno al día. El suicidio es la segunda causa principal de muerte entre personas de 10 a 34 años. 40% de todas las personas que sufren una enfermedad mental buscarán al clero. Una cuarta parte de los que buscaron tratamiento para los trastornos mentales lo hicieron a partir de un miembro del clero. El Clero continúa siendo más contactado en proporciones más altas que los psiquiatras o médicos. Casi una cuarta parte de los que buscan la ayuda de clérigos en un año determinado tiene los trastornos mentales más serios. La mayoría de estas personas se ven exclusivamente por el clero, y no por un médico o profesional de la salud mental.

El clero sigue desempeñando un papel crucial en el sistema de atención de la salud mental en EE. UU. Sin embargo, las intervenciones parecen ser necesarias para asegurar que los miembros del clero reconozcan la presencia y gravedad de los trastornos, y que sean capaces de reconocer los síntomas y hacer las referencias apropiadas a los profesionales de la salud mental y así colaborar adecuadamente con los profesionales de la salud mental.

Hay más razones por las cuales este tema tiene que ser compartido específicamente con usted. Las recientes muertes por suicidio incluyendo la del pastor de adoración de la Iglesia Rock, Will Fejeran; Jarrid Wilson, pastor asociado de la iglesia Harvest en Riverside y la de dos hijos de pastores, el hijo de Rick Warren, Mateo y el hijo de Joel Hunter, Isaac. Estas pérdidas han llevado a iniciar conversaciones sobre la enfermedad mental en estas comunidades de fe. En 2010 un pastor en La Costa, CA expresó su angustia por cuatro miembros suicidas de su

congregación. El pastor Perry Noble y la reverenda Susan Gregg Schroder han documentado públicamente su lucha con la enfermedad mental. Pastor Noble escribió: *Abrumado* (2014) acerca de su lucha con la enfermedad mental. El libro más conocido de Susan es *En la sombra de las alas de Dios: Gracia en medio de la depresión* (1997). Este libro comparte su historia muy personal, ya que ha luchado contra la depresión severa. Rev. Susan Gregg-Schroeder fundó Ministerios de Salud Mental para proporcionar recursos educativos para ayudar a borrar el estigma de la enfermedad mental en nuestras comunidades de fe. Hay una serie de libros biográficos que indican cómo las personas de fe sufrieron en silencio o peor solo hablaron para experimentar un mayor aislamiento, y el desdén.

Otro grave problema para las personas con enfermedad mental es el gran número de prisioneros alojados en las cárceles que no son tratados. Los Estados Unidos tiene la mayor tasa de encarcelamiento de adultos de los países desarrollados, con 2.2 millones de prisioneros actualmente encarcelados. Las personas con trastornos mentales han sido encarceladas cada vez más durante las últimas tres décadas, probablemente como resultado de la desinstitucionalización del sistema de salud mental del estado. Las instituciones correccionales se han convertido en los hospitales del estado y ahora hay un serio y persistente problema de mas enfermos mentales en las prisiones que en todos los hospitales estatales de los Estados Unidos.

Un estudio realizado en el año 2006 por el Departamento de Justicia de EE. UU. mostró que 64% de los internos de la cárcel local, el 56% de los presos del estado y el 45% de los presos federales tenían síntomas de enfermedades mentales graves. Estos números son casi un 20% mayor para las mujeres que en los hombres. 70.4% de los jóvenes en el sistema

de justicia juvenil tienen una enfermedad mental diagnosticada. Para algunos grupos étnicos y razas las circunstancias son peores. La mayoría de los afroamericanos y latinos encarcelados que han sido diagnosticados con una enfermedad mental, informaron no haber recibido ningún tratamiento antes de su encarcelamiento. El problema es enorme y el clero es fundamentales para el cambio en los resultados.

El departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de San Diego ha patrocinado y financiado este entrenamiento y les está pidiéndole a cualquiera de ustedes que estén dispuestos a convertirse en "un abogado" (*Campeón*) en la lucha para cambiar este paradigma. Para abrir discusiones en sus propios hogares de fe, para construir congregaciones que puedan apoyar a los que sufren y a sus familias. Como "*Campeón*" puede llevar este mensaje a otros en su profesión y congregaciones.

Este entrenamiento proporcionará información que puede ayudarle a entender la enfermedad mental; será capaz de reconocer los síntomas en niños y en adultos, incluyendo a los adultos mayores. Vamos a hablar acerca del diagnóstico, tratamiento y cómo el cuerpo, la mente y el espíritu están conectados.

El abuso de sustancias y la depresión son las formas más comunes de enfermedad mental, nosotros les ofreceremos una mejor comprensión y la respuesta más apropiada en este tema. Le daremos las herramientas y una guía de recursos completos que se puede utilizar para prevenir un suicidio, para manejar un evento de crisis, y para conectar a aquellos en necesidad con las personas o servicios adecuados. Escuchará una variedad de presentadores, todos los cuales aportan su propia formación, conocimiento y experiencia para compartir.

Capítulo 1. Reconocer y responder a las condiciones de salud mental

1.1 Hechos posiblemente nuevos para usted

- Aunque los trastornos mentales son comunes en los Estados Unidos, la incidencia está concentrada particularmente entre aquellos que también tienen otra discapacidad.
- Los retos de la salud y los trastornos mentales pueden incapacitar tanto como el cáncer o una enfermedad del corazón en términos de: muerte prematura, pérdida de productividad y aumento de obstáculos en la búsqueda de una calidad de vida.
- Se estima que 1 de cada 5 estadounidenses tiene un trastorno mental, como depresión, ansiedad, abuso de drogas o el alcohol, en un año dado (incluyendo 13.7 millones de niños).
- En los Estados Unidos, casi la mitad de los adultos (46.4%) experimentarán una enfermedad mental durante su vida.
- En el 2019, 51.5 millones de americanos sufrieron trastornos de salud mental, de esa cantidad, se estimó que 1 de cada 25 adultos en USA presentó enfermedades mentales graves.
- En el año 2018 el 5% de los adultos (18 años o más) experimentó una enfermedad mental en un año, lo que equivale a 43,8 millones de personas.

- 1 de cada 6 jóvenes estadounidenses de entre 6 y 17 años experimenta un trastorno de salud mental cada año.
- De los adultos en los Estados Unidos con algún trastorno mental en un período de un año, el 14.4% tiene un trastorno, el 5.8% tiene dos trastornos y el 6% tiene tres o más.
- La mitad de todos los trastornos mentales comienzan a los 14 años y 75% antes de los 24 años.
- La prevalencia anual de enfermedades mentales entre adultos estadounidenses por grupo demográfico: blancos no hispanos: 20.4%, negros o afroamericanos: 16.2%, hispanos o latinos: 16.9%, lesbianas, gays o bisexuales: 37.4%
- En los Estados Unidos, solo el 41% de las personas que tuvieron un trastorno mental en el último año recibieron atención médica profesional u otros servicios.
- La enfermedad mental sin tratamiento puede interrumpir la capacidad de una persona para ser empleada, para manejar situaciones cotidianas, mantener relaciones, tomar decisiones acertadas, e incluso mantener la higiene diaria.
- 20 es el número (potencialmente subestimado) de veteranos que mueren por suicidio cada día, de acuerdo con un informe de 2018 realizado por investigadores del Departamento de Asuntos de Veteranos.

- De un 70 - 90% de las personas con enfermedad mental, se les vio mejoría en sus síntomas y la calidad de vida, después de que participaron en algún tipo de tratamiento.
- Comprensión, ofreciendo apoyo, intervención, y tratamiento pueden conducir a la recuperación.
- Mientras más consciencia haya de cuales apoyos y tratamientos existen, más pronto puede ser el descubrimiento y tratamientos que la persona enferma puede recibir. Esto, en turno, ofrecerá un mejor futuro para nuestros jóvenes y adultos.

¿Qué puede esperar de este curso?

No podrá diagnosticar una enfermedad mental, pero sí podrá:

- Reconocer ciertas señales y síntomas de problemas de salud mental.
- Dar confort y recursos a alguien que está sufriendo con un problema de salud mental.
- Tendrá un mejor entendimiento de los desórdenes más comunes de la salud mental.
- Sabrá cuales son los recursos locales para obtener información de los profesionales de la salud mental.
- Tendrá la confianza necesaria para apoyar y animar a la gente en buscar ayuda profesional.

1.2 ¿Cuál es la diferencia entre la salud mental y la salud conductual?

En los últimos años, los profesionales de la salud mental han combinado las clasificaciones que estaban separadas en la Salud conductual. Un trastorno de conducta o enfermedad mental es una

enfermedad diagnosticada, que afecta al comportamiento, estado emocional y cognitivo, así como también interrumpe la capacidad de la persona para trabajar o hacer otras actividades diarias y tener relaciones personales satisfactorias. La clave es que afecta al comportamiento de la persona.

NOTA

- La enfermedad mental NO es el resultado de alguna debilidad personal, defecto de carácter, una falta de creencia, el no orar lo suficiente, o la mala crianza.
- La recuperación de la enfermedad mental no es simplemente un asunto de voluntad, o de prácticas religiosas y autodisciplina.
- La enfermedad mental responde más bien a una variedad de tratamientos, que llevan a que una persona tenga una vida satisfactoria y feliz.

¿Qué es la enfermedad mental? Una definición clínica:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una **alteración clínicamente significativa** en la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo que **refleja una disfunción** en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo que subyacen al funcionamiento mental. Los trastornos mentales generalmente se asocian con angustia o discapacidad significativa en actividades sociales, ocupacionales u otras actividades importantes.

Una respuesta esperada o culturalmente aprobada a un estresante o pérdida común, como la muerte de un ser querido, no es un trastorno mental. El comportamiento socialmente desviado (p. ej. Político, religioso o sexual) y los conflictos que se producen principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales a menos

que la desviación o el conflicto resulten de una disfunción en el individuo, como se describió anteriormente.

¿Qué es la enfermedad mental? Una definición para el resto de nosotros. Una condición que interrumpe la capacidad de:

Trabajar: permanecer en un trabajo productivo remunerado

Relacionarse: mantener relaciones saludables con familiares, amigos y otros.

Vivir: realizar actividades cotidianas típicas, como higiene personal.

Las cuatro D's

Las cuatro D's componen una definición funcional de comportamientos y sentimientos que son inadaptados. Es la interacción de las cuatro D lo que puede indicar que una persona necesita ayuda profesional.

- **Disfuncional:** Comportamientos, pensamientos y sentimientos que interfieren con la capacidad de una persona para funcionar en la vida diaria.
- **De Angustia:** comportamientos, pensamientos y sentimientos que causan angustia al individuo o a los que lo rodean.
- **Desviado:** comportamientos, pensamientos y sentimientos que son tan diferentes que no pueden explicarse por la cultura o las normas, un comportamiento marcadamente diferente de lo que se espera en la sociedad.
- **De peligro:** comportamientos, pensamientos y sentimientos que son potencialmente perjudiciales para un individuo o las personas que lo rodean.

1.3 ¿Cuáles son las causas de las enfermedades mentales?

El diagnóstico de la enfermedad mental no es como los diagnósticos de otras enfermedades crónicas. La enfermedad cardíaca se identifica con la ayuda de los análisis de sangre y los electrocardiogramas. La diabetes se diagnostica al medir los niveles de glucosa en la sangre. Sin embargo, la clasificación de las enfermedades mentales es una tarea mucho más subjetiva. No existe ninguna prueba de sangre para la depresión; ninguna prueba de Rayos-X puede identificar un niño o una niña en riesgo de desarrollar la enfermedad bipolar. Al menos, todavía no.

Gracias a los avances en la genética y la neuroimagen, los científicos están progresando para descifrar los detalles de la biología subyacente de las enfermedades mentales. Sin embargo, los expertos difieren hasta donde podemos usar este modelo biológico. ¿Son las enfermedades mentales simplemente enfermedades físicas que afectan al cerebro? ¿O pertenecen éstas a una categoría única?

Aunque la causa exacta de la mayoría de las enfermedades mentales aún no se conoce, parece evidente a través de la investigación que muchas de estas condiciones son causadas por una combinación de factores biológicos, psicológicos y ambientales.

¿Cuáles son los factores biológicos que están implicados en la enfermedad mental?

Algunas enfermedades mentales están relacionadas con un desequilibrio de sustancias químicas especiales en el cerebro llamadas

neurotransmisores. Los neurotransmisores ayudan a que las células nerviosas del cerebro se comuniquen entre sí.

Si estas sustancias químicas están desequilibradas o no están funcionando adecuadamente, los mensajes no son transmitidos al cerebro correctamente, dando lugar a síntomas de una enfermedad mental. Además, los defectos o las lesiones en ciertas áreas del cerebro también están relacionados con algunas condiciones mentales.

Otros factores biológicos que pueden estar implicados en el desarrollo de la enfermedad mental incluyen:

- **Genética (herencia)** — Muchas enfermedades mentales son hereditarias, lo que sugiere que las personas que tienen parientes con una enfermedad mental son más susceptibles (tienen una mayor probabilidad de ser afectados) a desarrollar una enfermedad mental. La susceptibilidad se transmite en las familias a través de los genes. Los expertos creen que las enfermedades mentales están relacionadas con anomalías en muchos genes, no sólo en uno. Es por eso por lo que una persona hereda la susceptibilidad a la enfermedad mental y no necesariamente desarrolla la enfermedad. La enfermedad mental en sí se produce por la interacción de múltiples genes y otros factores como el estrés, el abuso o un evento traumático, que puede influir o desencadenar la enfermedad en una persona que ha heredado la susceptibilidad.
- **Infecciones** — Ciertas infecciones se han relacionado con el daño cerebral y el desarrollo de la enfermedad mental o el agravamiento de sus síntomas. Por ejemplo, una condición conocida como Trastorno Neuropsiquiátrico Autoinmune

Pediátrico (PANDA, por sus siglas en inglés), asociado con la bacteria *Streptococcus* se ha vinculado con el desarrollo del trastorno obsesivo compulsivo y otras enfermedades mentales en los niños.

- **Defectos cerebrales o lesiones**— Los defectos o las lesiones en ciertas áreas del cerebro también han sido vinculados con algunas enfermedades mentales.
- **Daños prenatales**— Hay evidencia que sugiere que una interrupción a principios del desarrollo cerebral del feto o un trauma que se produce en el momento del nacimiento, por ejemplo, la pérdida de oxígeno al cerebro, puede ser un factor en el desarrollo de ciertas condiciones como el autismo.
- **Otros factores**— La mala nutrición y la exposición a toxinas como el plomo pueden desempeñar un papel en el desarrollo de las enfermedades mentales.

¿Cuáles son los factores psicológicos que contribuyen a la enfermedad mental?

Los factores psicológicos que pueden contribuir a la enfermedad mental incluyen:

- Trauma psicológico severo sufrido en la niñez como es el abuso emocional, físico o sexual.
- Negligencia
- Una pérdida importante a temprana edad como la pérdida del padre o la madre.
- Aislamiento, falta de contacto humano, fracaso de una relación sana con la figura paterna o materna.

¿Cuáles son los factores ambientales que contribuyen a la enfermedad mental?

Ciertos factores estresantes pueden desencadenar una enfermedad en la persona que es susceptible a la enfermedad mental. Estos factores estresantes incluyen:

- La muerte o el divorcio
- Una vida familiar disfuncional
- Vivir en la pobreza
- Cambiar de trabajo o de escuela
- Expectativas sociales o culturales (por ejemplo, una sociedad que asocia la belleza con la delgadez puede ser un factor en el desarrollo de desórdenes alimentarios).
- El abuso de sustancias por la persona o sus padres.

1.4 Signos y síntomas de enfermedad mental

¿Cómo puedo ver los signos y síntomas?

- Observaciones
- Conversaciones
- Aplicar sus propias experiencias y conocimientos vividos. Hay más de 200 clasificaciones de trastornos mentales
- No necesita saber de qué se trata, más bien debe saber cuándo referir a un médico o profesional de la salud mental.

No siempre es fácil decir la diferencia entre cuáles son los comportamientos esperados y cuáles podrían ser los signos de una enfermedad mental.

No existe una prueba definitiva que le permita a alguien saber si hay una enfermedad mental o si las acciones y los pensamientos pueden ser comportamientos típicos de una persona, una reacción extrema a una situación o el resultado de una enfermedad física.

Conocer las señales de advertencia pueden ayudarlo a saber si alguien necesita ver a un profesional.

Los niños y adolescentes con enfermedad mental se definen como:

Personas desde el nacimiento hasta la edad de 18 años, que actualmente—o en cualquier período del último año—han tenido algún diagnóstico de un desorden mental, emocional o de comportamiento, que interfiere sustancialmente con, o limita las actividades principales de la vida cotidiana del infante en la familia, escuela o actividades comunitarias.

Los adultos y personas mayores de edad con enfermedad mental se definen como:

Personas de 18 años o más, que actualmente—o en cualquier período del último año—han tenido algún diagnóstico de un desorden mental, emocional, o de comportamiento, con duración suficiente para satisfacer los criterios diagnósticos, resultando en un impedimento funcional, que interfiere sustancialmente con las actividades principales de la vida cotidiana.

Los hechos sobre los trastornos del comportamiento de salud mental en los niños y los adolescentes

- 20% de los jóvenes viven con una condición de salud mental y comportamiento.

- Los desórdenes de ansiedad están entre los más comunes de los retos de salud mental que ocurren en los niños y adolescentes.
- El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad afecta aproximadamente 4.3% de los jóvenes entre las edades de 9 y 17.
- Aproximadamente tres por ciento de los adolescentes en los Estados Unidos tienen trastornos alimentarios, incluyendo la anorexia y la bulimia.
- Hasta el cinco por ciento de los niños y ocho por ciento de los adolescentes en los Estados Unidos tienen depresión.

La relación entre la salud mental y las condiciones físicas.

La mente y el cuerpo están conectados de muchas maneras muy importantes. Los problemas que afectan primero a la mente pueden aumentar después el riesgo de problemas físicos en una persona, tales como la diabetes, la alta presión o la desnutrición. Por otra parte, los problemas que primero afectan al cuerpo, tales como una enfermedad o un accidente, pueden afectar la salud mental (por ejemplo, las emociones, el pensamiento y el estado de ánimo).

- 68% de adultos con trastornos mentales también tienen condiciones médicas.
- 29% de adultos con condiciones médicas también sufren de trastornos mentales.

Los adultos que viven con una enfermedad mental grave mueren un promedio de muchos años antes que los demás estadounidenses, en gran parte debido a condiciones médicas tratables.

1.5 Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental

Algunas enfermedades mentales pueden estar relacionadas o imitar una condición médica. Por lo tanto, un diagnóstico de salud mental normalmente implica una evaluación completa que incluye un examen físico. Este puede incluir análisis de sangre o exámenes neurológicos.

El diagnóstico de una condición de salud mental ayuda a los médicos a desarrollar planes de tratamiento con sus pacientes. Sin embargo, el diagnóstico de un trastorno mental no es lo mismo que la necesidad de un tratamiento. La necesidad de un tratamiento toma en cuenta la gravedad de los síntomas, el nivel de angustia, el grado de discapacidad asociado con los síntomas, los riesgos y beneficios de los tratamientos que estén disponibles y otros factores (por ejemplo, los síntomas psiquiátricos que complican otras enfermedades).

Cada persona es única y puede expresar o describir los trastornos mentales de diferentes maneras. El nivel de angustia, los efectos en la vida cotidiana, la cultura, la religión y el entorno espiritual son consideraciones muy importantes en el diagnóstico y el tratamiento.

Las condiciones de salud mental son tratables y la recuperación es posible.

Muchas personas con condiciones de salud mental vuelven a su pleno funcionamiento. El tratamiento de la salud mental se basa en un plan de tratamiento individualizado, desarrollado en colaboración con un médico de salud mental y la persona (y sus familiares si así lo desea el paciente). Se puede incluir psicoterapia (terapia de conversación), medicamentos u otros tratamientos. Usualmente, una combinación de terapia y medicamentos es más eficaz.

Se utilizan cada vez más las terapias complementarias y alternativas. La autoayuda y el apoyo, incluso de parte de una comunidad de fe y sus líderes, pueden ser muy importantes para la adaptación, la recuperación y el bienestar de una persona. Un plan de tratamiento completo también puede incluir las acciones de la persona (por ejemplo, los cambios en su estilo de vida, los grupos de apoyo, el ejercicio, entre otros) que ayuden a la recuperación y el bienestar.

Pautas para la recuperación:

- Hay muchos caminos hacia la recuperación.
- La recuperación es autodirigida y fortalecedora.
- La recuperación implica un reconocimiento personal de la necesidad de cambio y transformación.
- La recuperación tiene dimensiones culturales.
- La recuperación es holística.
- La recuperación existe en un continuo de mejor salud y bienestar.
- La recuperación emerge con esperanza.
- La recuperación implica un proceso de curación y autodefinition.
- La recuperación es apoyada por compañeros y aliados.
- La recuperación implica (re) unirse y (re) construir una vida en la comunidad.
- La recuperación es la realidad.

1.6 La terapia

Los psiquiatras y otros profesionales clínicos de la salud mental ayudan a personas y a sus familias a entender las enfermedades mentales y lo que pueden hacer para controlar o superar los síntomas con el fin de mejorar su salud, bienestar y función.

Terapia de conversación—Si bien los medicamentos pueden ser una parte importante del tratamiento de muchas condiciones de salud mental, medicamentos por sí solos tal vez no sean suficientes. No pueden sanar las relaciones dañadas o dar alguna indicación de los retos. Estas son cosas que requieren reflexión, pensar, conversar y para algunos, orar. Los terapeutas pueden ser extremadamente útiles en esta parte vital de la recuperación, ya que están capacitados para ayudar en estos problemas de una manera imparcial.

La psicoterapia—a veces llamada “terapia de conversación”—implica una serie de reuniones con un/a terapeuta capacitado/a. Dado que las condiciones de salud mental con frecuencia causan problemas complicados que afectan muchos aspectos de la vida de una persona, las relaciones pueden sufrir y puede ser difícil trabajar, pensar con claridad o tomar buenas decisiones. Hablar abiertamente con una persona de confianza puede ser alentador y puede ayudar a que el paciente vea los problemas o las situaciones con mayor claridad. Hay muchos tipos de psicoterapias, algunas específicas funcionan mejor para algunos problemas de salud mental.

La terapia cognitiva-conductual— (TCC) ayuda a las personas a identificar y cambiar patrones de pensamiento negativos o irracionales que conducen a comportamientos inadecuados.

La terapia conductual—esta basada en los principios del aprendizaje y tiene como objetivo reforzar los comportamientos deseados mientras que elimina los comportamientos no deseados.

La terapia familiar—ofrece un lugar seguro para que los miembros de la familia compartan sus sentimientos, aprendan mejores formas de interactuar unos con otros y encuentren soluciones a sus problemas.

La terapia de grupo—normalmente implica un grupo de personas que enfrentan la misma o una condición de salud mental similar. La discusión está guiada por un/a terapeuta capacitado/a. Puede ser muy alentador y útil escuchar a otras personas que enfrentan los mismos retos y comparten sus experiencias.

La terapia interpersonal—se utiliza para ayudar a que los pacientes comprendan sus problemas interpersonales subyacentes que son problemáticos, como el duelo sin resolver o problemas en relación con los demás.

1.7 Los medicamentos para las condiciones de salud mental

Al igual que muchas personas toman medicamentos a diario para la diabetes o para la presión arterial alta, muchas personas toman medicamentos a diario para controlar una condición de salud mental. Los medicamentos pueden ayudar a calmar la ansiedad, a levantar la depresión y a mejorar la atención. La edad, las necesidades individuales, la salud en general y las preferencias personales son consideraciones importantes en la toma de decisiones sobre el medicamento en el tratamiento. Algunos medicamentos para problemas de salud mental se toman todos los días, aun cuando la

persona se sienta mejor, así como se toma en la diabetes o la presión alta.

En algunos casos, los medicamentos para condiciones como el TDAH, la depresión, la ansiedad y la esquizofrenia pueden necesitar tomarse a largo plazo. Otros medicamentos se toman sólo cuando la persona los necesite. Algunos medicamentos ayudan a prevenir que los síntomas de una enfermedad como la depresión regresen. El uso eficaz de un medicamento requiere una comunicación constante con el profesional de la salud.

Antes de tomar un medicamento, las personas deben preguntar y comprender el propósito y los efectos del medicamento, cómo tomarlo y los posibles efectos secundarios. Deben hablar con el profesional de la salud cuando sienten molestias asociadas con los efectos secundarios o cuando sientan que algo no está bien.

Los psiquiatras y otros médicos (que tienen más de ocho años de formación clínica) toman en consideración las necesidades y los síntomas de cada persona para determinar los medicamentos que recetarán. Consideran factores tales como la salud en general y la historia médica de la persona, las alergias, el estilo de vida, la edad, los antecedentes familiares y los beneficios y riesgos del medicamento (la posibilidad de que se convierta en una dependencia, las interacciones con otros medicamentos y los efectos secundarios).

Clases de medicamentos¹

¹ Fuente: APA, *Understanding Mental Disorders: Your Guide to DSM*

CLASES DE MEDICAMENTOS	PROBLEMAS TRATADOS	INFROMACION ADICIONAL
Antidepresivos	La depresión, el trastorno de pánico, TEPT, la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de la personalidad límite, la bulimia nerviosa.	Puede tomar de 3-4 semanas para el efecto completo, más tiempo si la dosis se aumenta gradualmente.
Medicamentos antipsicóticos	Los síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones), la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la demencia, el trastorno del espectro autista.	Algunos efectos secundarios pueden ser extremos, pero pueden ser tratados.
Estabilizadores del estado de ánimo	El trastorno bipolar	
Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos	Los sedantes y ansiolíticos: La ansiedad y el insomnio. Los hipnóticos: para provocar y mantener el sueño, para el trastorno de dolor.	Los benzodiacepinas (una clase de ansiolíticos) puede crear dependencia; los hipnóticos se recetan por un breve tiempo solamente.
Estimulantes	TDAH	Más comúnmente recetados a menores,

1.8 Servicios de apoyo en grupo

Los servicios en grupo pueden ser una parte importante de la salud mental - orientada hacia la recuperación y el tratamiento del consumo de sustancias—que ayudan a las personas a comprometerse y a seguir comprometidos en el proceso de recuperación y reducen la posibilidad de una recaída.

Los servicios de apoyo en grupo son proporcionados por personas que han tenido éxito en el proceso de recuperación de una condición de salud mental y/o del consumo de sustancias. Especialistas de grupo son ejemplos de la recuperación, enseñan habilidades y ofrecen apoyo a las personas que sufren de problemas de salud mental o del consumo de

sustancias ayudándolos a que lleven vidas significativas en sus comunidades. Debido a que estos servicios son proporcionados por personas con experiencias similares y que han tenido éxito en el proceso de recuperación, llevan un mensaje poderoso de esperanza. Las actividades de los especialistas de apoyo en grupo pueden incluir asesoría para el bienestar, educación y apoyo, facilitar el grupo de apoyo y asistencia en el manejo de servicios y apoyos comunitarios. Los especialistas de apoyo en grupo complementan el tratamiento que ya existe.

1.9 Terapias alternativas

Muchas personas recurren a terapias alternativas tales como las hierbas medicinales. Es importante informar al profesional de la salud sobre cualquier medicamento que se esté tomando, incluyendo las terapias alternativas y los medicamentos de venta libre, ya que algunos productos herbales y productos de venta libre pueden cambiar la forma en la que actúan otros medicamentos en el cuerpo.

Apoyo y autoayuda

Las personas pueden aumentar las posibilidades de su recuperación de una condición de salud mental y ayudar a mantener la salud de muchas maneras:

Ejercicio— El ejercicio es una de las mejores maneras para que una persona mejore su cuerpo, su mente y su estado de ánimo. Esto no significa tener que ir al gimnasio o hacer algo elaborado o intenso. Caminar a paso ligero puede ser un buen ejercicio. Incluso caminar por cinco o 10 minutos cada día es un buen comienzo; hasta llegar a por lo menos 30 minutos al día puede ser una meta.

Yoga— El yoga tiene muchas formas que combinan posturas para extender y tonificar los músculos e incluye ejercicios de respiración que pueden ayudar a aliviar el estrés y la tensión. Algunos estudios han encontrado que las personas que practican el yoga se sienten más positivas y con más energía.

Técnicas de relajación— La meditación puede ayudar a dar una sensación de calma y equilibrio y puede ayudar a mejorar el bienestar emocional y la salud en general. Muchas técnicas están disponibles para ayudar a relajar los músculos y calmar la mente. Una técnica común es la de concentrarse en la respiración mientras se está sentado cómodamente, con los músculos relajados y los ojos cerrados. Si se distrae por los pensamientos, la mente se redirige ligeramente de nuevo hacia la respiración. Esto se continúa de 10 a 20 minutos.

Grupos de apoyo— Hay muchos tipos de grupos de apoyo disponibles, por el Internet o en persona, para ayudar con los problemas de salud mental y con el consumo de sustancias. Unirse a estos grupos de apoyo puede brindar la oportunidad de aprender la forma en que otras personas superan sus problemas, escuchar sus historias, hacer preguntas, hablar sobre sus experiencias personales y ayudar a otros. Los grupos pueden ser facilitados por profesionales o por los miembros del grupo.

Un papel para la espiritualidad

Los estudios demuestran que las personas que participan en un grupo religioso o espiritual de cualquier tipo tienen menos riesgo de una muerte prematura o de una enfermedad que aquéllos que no participan. Las razones de este aparente beneficio no se conocen bien.

Pero la hermandad, la buena voluntad y el apoyo emocional que ofrecen los grupos religiosos y espirituales pueden promover una vida saludable y la salud mental. Algunas comunidades religiosas ofrecen servicios de consejería pastoral, que pueden ser un apoyo adicional para la terapia y/o los medicamentos, y que puede ayudar a que las personas superen sus retos de salud mental.

1.10 Plan de Acción (BLESS por sus siglas en ingles)

- Estar consciente del riesgo de suicidio o intento de dañarse.
- Escuchar sin juicio.
- Animar y tranquilizar.
- Sugerir ayuda apropiada profesional y recursos apropiados.
- Apoyar con más consejería espiritual, ideas para autoayuda y otras estrategias.

Estar conscientes del riesgo de suicidio o intento de dañarse

Dos crisis principales que pueden estar asociadas con la depresión son cuando:

- La persona tiene pensamientos o comportamientos suicidas.
- La persona está dañándose físicamente sin intento de suicidio.

Trate de estar siempre pendiente de cómo la persona describe su estado mental por ejemplo si dicen que no tienen ninguna razón de vivir, no pueden tolerar más la vida, simplemente quieren morir, etc. No tenga miedo de preguntar: “¿Tienes pensamientos de hacerte daño o cometer suicidio?”

Escuchar sin juzgar

Usted puede escuchar de manera efectiva y sin juzgar a la persona si presta atención en dos áreas en particular:

- Sus propias actitudes y como las transmite.
- Sus habilidades verbales efectivas: utilizando con cuidado y compasión sus palabras.

Cosas que decir a una persona con enfermedad mental:

- *"Te amo."*
- *"¿Qué puedo hacer para ayudarte?"*
- *"Debe de ser muy duro para ti."*
- *"Estoy ahí para ti, siempre estaré ahí para ti."*
- *"Usted es increíble, hermoso(a), fuerte y puede salir adelante en medio de lo que está atravesando."*
- *"¿Ha visto a su médico / terapeuta?"*
- *"Usted nunca tiene que pedir perdón por su enfermedad o por sentirse de esta manera."*
- *"Su familia en la fe está aquí para usted."*
- *"No te tengo miedo."*

Animar y tranquilizar

- Siempre tratar a la persona con respecto y dignidad.
- No echarle la culpa a la persona por su enfermedad.
- Tener expectativas realistas para la persona.
- Ofrecer apoyo emocional y entendimiento consistentemente.
- Dar a la persona esperanza para su recuperación.
- Proveer ayuda practica e información.

Habilidades verbales

- Haga preguntas que demuestren que se preocupa genuinamente y que quiere comprenderlo.

- Verifique su comprensión reafirmando algo que le han dicho, y también resumiendo de vez en cuando lo que han expresado en cuanto a sus hechos y sentimientos.
- Escuche no solamente lo que la persona ha dicho, sino también como lo dicen, su tono de voz, y lo que “dice” con su cuerpo.
- Respete la cultura de la persona preguntando y mostrando comportamientos que transmitan este respeto.
- Indique que está escuchando bien y prestando atención diciendo cosas simples como, “Ah,” y “Ya veo,” o “Entiendo.”
- Sea paciente si la persona está teniendo dificultad para comunicarse.
- No sea crítico y no exprese frustración con la persona o con sus síntomas.
- Evite ofrecer consejos que no ayuden como, “¡Anímate!” o “¡Seguramente las cosas no son tan graves!”
- No interrumpa a la persona mientras habla, sobre todo para expresar sus opiniones o experiencias personales.
- Evite confrontaciones, al menos que sean necesario para prevenir actos dañinos o de suicidio.

Sugerir la ayuda y recursos profesionales apropiados

Profesionales que pueden ayudar:

- Médicos de atención primaria
- Pediatras
- Enfermeras
- Profesionales de la salud aliados, trabajadores juveniles y enfermeras de salud mental.

- Psiquiatras y psiquiatras de niños y adolescentes.
- Psicólogos y psicólogos infantiles y de adolescentes.
- Proveedores de atención de salud mental.
- Trabajadores sociales
- Especialistas de apoyo
- Profesionales de evaluación en el hogar

Apoyo con consejería espiritual adicional, ideas de autoayuda y otras estrategias.

- Equilibre su cuerpo, mente y espíritu.
- Crear un sistema de apoyo social.
- Recuerde quién es usted y a quién pertenece
- Desarrollar habilidades de resolución de problemas.
- Tener una dieta y estilo de vida saludables.
- Participar en estrategias de autoayuda.
- Alimente su ser espiritual

1.11 ¿Dónde se puede encontrar el cuidado de salud mental y personas que puedan ayudar?

- **Doctores, pediatras y neurólogos**—éllos buscan las causas físicas posibles para un problema mental y conductual y pueden dar recetas para medicamentos.

- **Psiquiatras**—son médicos que se especializan en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de desórdenes mentales.
- **Psicólogos**—pueden hacer evaluaciones, asesoramientos, exámenes y tratamiento para desordenes psicológicos, pero no pueden dar recetas para medicamentos.
- **Trabajadores sociales con licencia**—son entrenados para ayudar a las personas con una variedad de problemas mentales y que tienen que ver con los problemas de la vida diaria para mejorar el funcionamiento general de una persona.
- **Trabajadores sociales**—pueden tener un diploma universitario o una Maestría y son entrenados para ayudar a las personas y su ambiente.
- **Consejeros y terapeutas**—Proveen consejo, apoyo y terapia mental específicas a una persona y/o a un grupo, por ejemplo, una familia entera. Un consejero profesional licenciado tiene una licencia específica para este tipo de trabajo.
- **Enfermeras** —son enfermeras profesionales que tienen grados avanzados y entrenamiento al nivel de maestría, con experiencia y entrenamientos en un área específica. Pueden recomendar medicamentos y, en muchos estados, pueden proveer recetas.
- **Grupos de apoyo o especialistas**—Personas que tiene “experiencias de la vida” y trabajan para ayudar y guiar a otras personas con experiencias similares. Pueden tener una educación

especializada o certificado para este tipo de trabajo, pero su ventaja de más valor es su experiencia, conocimientos, y éxito personal.

Notas del Capítulo 1

Capítulo 2. Trastornos comunes de la salud mental y del comportamiento

Introducción

Los niños entre las edades de 2-12 años están en un momento crucial de su desarrollo que será de una gran influencia en ellos a lo largo de toda su vida adulta. Personalidades emergen y un sentido de identidad se vuelve prominente conforme el niño va creciendo. Aunque cada niño es único, hay comportamientos similares que han sido considerados comunes o inadecuados para el crecimiento y el desarrollo del niño. La rabietas ocasional y el mal comportamiento no son fuera de lo normal, pero existen tendencias de comportamiento que pueden ser indicadores de un trastorno que puede resultar en consecuencias más graves en la vida posteriormente.

Los trastornos psicosociales involucran comportamientos inadecuados del niño en relación con su entorno social, así como los procesos comunicativos y cognitivos con su entorno. La cultura, el nivel socioeconómico, antecedentes religiosos y las relaciones interpersonales son algunos de los factores que afectan la estructura psicológica de un niño y la estabilidad mental. Es importante entender que la enfermedad mental es causada por diversos factores que van desde la estructura biológica, influencia hereditaria, el medio ambiente y hasta los factores sociales. Cada uno de estos factores afectan a cada niño de diferente manera, por ejemplo, un niño que ha sido diagnosticado con trastorno bipolar puede ser a causa de factores genéticos, mientras que la causa en otro niño puede ser debido a un evento traumático. Los niños con estos trastornos pueden tener problemas para mantener estrechas

relaciones interpersonales, así como problemas para actuar adecuadamente en situaciones sociales.

Los Trastornos Bipolares se consideran una enfermedad mental que consiste en un cambio radical en el estado de ánimo y el comportamiento. Esto se extiende en muchos espectros y la gravedad de cada uno es diferente. Sin embargo, se observa que la mayoría de los niños con esta condición experimentan un cambio de estado de ánimo o comportamiento entre la manía (salvaje o insano) y la depresión. Es difícil diagnosticar los desórdenes bipolares en niños pequeños porque los síntomas son similares al los del Trastorno por Deficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) u otros trastornos de la conducta, por no mencionar las rabietas, las cuales son normales en cualquier niño.

Los síntomas más distintivos son:

- Los niños pueden ser más propensos a tener síntomas psicóticos tales como ver o escuchar cosas que no son reales.
- Pueden ser más propensos a quejarse de dolores y molestias resultantes de episodios depresivos.
- Mientras que en los adultos las variaciones de los episodios maníacos y depresivos pueden estar separados por semanas, meses o años. Sin embargo, para los niños puede todo suceder en un solo día.

2.1 El comportamiento

El comportamiento es la forma en que uno actúa en situaciones sociales. El comportamiento infantil varía entre cada persona y también se ve afectado por factores psicosociales, factores biológicos y genéticos. El comportamiento de cada niño puede ser moldeado de acuerdo con la forma en que un padre o cuidador le enseña a un niño desde la

infancia. Sin embargo, cuando un niño desarrolla conductas desadaptativas que afectan los aspectos cotidianos de la vida, podría haber otros factores involucrados que requieran atención especial.

El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) —

Formalmente llamado ADD (trastorno por deficiencia de atención), se describe como varios síntomas de falta de atención o hiperactividad antes de los 12 años (DSMV). El trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), es frecuentemente observado en los varones en una proporción de 2:1. De acuerdo con la Academia Americana de Pediatría el TDAH se proyecta normalmente entre la edad de 4 -18 años. Hay tres tipos de TDAH: hiperactivo-impulsivo, falta de atención (distraído) y una combinación de ambos.

La severidad de los síntomas varía de persona a persona y normalmente consiste en tener dificultades para realizar actividades tales como:

- El compartir
- El tomar turnos
- Dejar hablar a otros
- Terminar deberes o tareas
- Mantener un seguimiento de elementos como libros o tareas.

Es normal para cualquier niño tener estos síntomas, pero los niños con TDAH tienen más problemas que el niño promedio.

2.2 Trastornos del desarrollo

Los trastornos del desarrollo se observan en una amplia gama de deficiencias en un niño que generalmente afectan el desempeño en la

escuela y el funcionamiento mental que es necesario para realizar tareas diarias.

Discapacidades del aprendizaje

Una discapacidad de aprendizaje no es un impedimento físico. Es una condición en la que una persona tiene dificultad para la adquisición de conocimientos y habilidades en comparación con el nivel esperado con otros de la misma edad o nivel. Hay diferentes tipos de discapacidades que pueden resolverse con ajustes menores en el entorno o con atención especial. Las discapacidades de aprendizaje pueden afectar a una persona más allá de lo académico, también pueden afectar las relaciones, y el ambiente de trabajo.

Hay diferentes tipos de discapacidades de aprendizaje tales como:

Trastorno del Procesamiento Auditivo (TPA)

Los sonidos que el cerebro procesa viajan a través del oído. Los niños con TPA no reconocen diferencias sutiles entre los sonidos de las palabras, independientemente de cuán alto y claro. Los niños con TPA, generalmente pueden describir el entorno, como los sonidos o la música, pero tienen dificultades para distinguir de donde provienen los sonidos o entender el orden de dónde provienen los sonidos. Los niños con TPA tienen dificultad para comprender la estructura de las oraciones complejas y el habla rápida. Diagnosticar TPA puede ser difícil, especialmente con los niños pequeños que están aprendiendo el idioma. Los síntomas comunes pueden ser: decir "qué" mucho, interpretar las palabras demasiado literalmente, distraerse por el ruido de fondo, puede procesar pensamientos e ideas lentamente y tienen dificultad para explicarlos, puede escribir mal las palabras y pronunciar mal las palabras que suenan similares (por ejemplo: gato/pato/plato o siete/diecisiete).

Hay otros trastornos de procesamiento del lenguaje que se diagnostican en niños como la discalculia; la comprensión de los números y aprender las operaciones matemáticas y la dislexia (que tiene problemas con el orden de las letras y palabras).

Disgrafía, la persona se esfuerza para pensar y escribir al mismo tiempo y puede tener presión inusual mientras escribe a pesar de la práctica. Uno de los principales síntomas de la disgrafía es la escritura desordenada.

Trastorno del espectro autista (TEA)

El trastorno del espectro autista (TEA), es un trastorno del desarrollo neurológico que afecta la capacidad del niño para comunicarse e interactuar socialmente con los demás. Comportamientos restringidos y repetitivos son comunes entre el espectro del autismo y se diagnostica formalmente a los 3 años de edad. La prevalencia del autismo está en aumento y los expertos no están seguros de si se debe a una mejor detección o un efecto ambiental. Existen teorías de que la causa es una interacción entre el entorno biológico y los factores genéticos. El autismo es un espectro que va desde muy leve a casi sin síntomas que aparecen en el comportamiento del niño hasta déficits muy importantes en la comunicación y el comportamiento repetitivo.

Los síntomas del autismo para las habilidades sociales pueden ser:

- Inquietud constante
- La falta de contacto con los ojos
- Comportamiento rígido (que tiene que hacer algo de cierta manera)
- No entiende el espacio personal

- No entiende los sentimientos de otras personas
- Prefiere jugar solo
- No comparte intereses con los demás
- No entiende chistes o sarcasmo
- Repite palabras y frases
- Tiene pocas expresiones faciales y casi no hay gestos

La gráfica siguiente es una descripción de niveles del autismo.

Trastorno del Autismo

Nivel de gravedad para TEA	Comunicación social	Intereses restringidos y conductas repetitivas
Nivel 3 'Requiere ayuda muy substancial'	Las deficiencias graves en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal causan graves deficiencias en el funcionamiento; iniciación muy limitada de interacciones sociales y mínimas respuestas a las insinuaciones sociales de los demás.	Las preocupaciones, los rituales fijos y/ o comportamientos repetitivos interfieren marcadamente con el funcionamiento en todas las esferas. Angustia evidente cuando se interrumpen las rutinas o rituales; muy difícil desviar del interés fijo o retornar a él rápidamente.
Nivel 2 'Requiere apoyo substancial'	Deficiencias marcadas en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal; deficiencias sociales evidentes incluso con los apoyos establecidos; iniciación limitada de interacciones sociales y respuesta reducida o anormal a las insinuaciones sociales de otros.	RRB y / o las preocupaciones o interés fijo aparecen con frecuencia suficiente como para ser obvios para el observador casual e interferir con el funcionamiento en una variedad de contextos. La angustia o frustración son evidentes cuando se interrumpen RRB; difícil de redirigir de un interés fijo.
Nivel 1 'Requiere apoyo'	Sin apoyos en el lugar, las deficiencias en la comunicación social causan daños notables. Tiene dificultad para iniciar interacciones sociales y demuestra ejemplos claros de respuestas atípicas o infructuosas a las insinuaciones sociales de los demás. Puede parecer que ha disminuido el interés en las interacciones sociales.	Rituales y comportamientos repetitivos (RRB) causan interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Resiste los intentos de otros para interrumpir RRB o es redirigido de un interés fijo.

Fuente: www.mayoclinic.org

Estos son sólo algunos de los síntomas más comunes, una amplia gama de síntomas se puede encontrar en: <http://www.cdc.gov>.

2.3 Los signos de abuso físico, sexual y trauma

Por desgracia, el abuso infantil es muy común y las víctimas son a menudo demasiado jóvenes para conocer o reconocer la magnitud de lo que está sucediendo y cómo buscar ayuda. Con el fin de obtener ayuda y el tratamiento adecuado, es responsabilidad de un adulto poder reconocer los signos de angustia que el niño puede expresar sutilmente como un grito de ayuda. Sin un tratamiento adecuado, tal abuso puede resultar en una vida de depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y, en algunos casos, suicidio.

El abuso sexual

Es más común que los niños sean víctimas de abuso sexual por parte de un adulto conocido que de un extraño. También se ha informado de que los niños tienen tres veces más probabilidades de ser víctima de violación que los adultos.

Las señales a tener en cuenta son:

- Comportamiento hipersexual y pobre autoestima a una temprana edad (esto es a menudo una reacción a los abusos sexuales)
- La retraimiento y desconfianza de los adultos
- Problemas para dormir
- Pesadillas y miedos a acostarse
- Agresividad inusual
- Miedo a ser tocado
- Negarse a ir a la escuela o al médico
- Miedo inexplicable a un adulto o agrado inusual por él

- Forzar actos sexuales en otros niños y el comportamiento o conocimientos sexual a una edad anormalmente joven son otros síntomas.

Las víctimas de abuso sexual a menudo se sienten incómodos o avergonzados o son amenazados por el abusador. Es importante asegurarle al niño que no es su culpa y contarle a un adulto lo que ha hecho el abusador es importante.

El abuso infantil

Hay diferentes tipos de abuso infantil, aparte del abuso sexual, como el abuso físico, abuso emocional y negligencia. Un niño abusado puede tener miedo de decirle a alguien por miedo, confusión, vergüenza o culpa, especialmente si el abusador es un padre o un familiar.

Las señales de advertencia a tener en cuenta:

- Retiro social
- Agresión
- Hiperactividad
- Depresión o ansiedad
- Pérdida repentina de confianza en sí mismo
- Evidente falta de supervisión
- Los intentos de suicidio o de huida
- Comportamiento rebelde
- El niño va a mostrará miedo de irse a casa o buscará afecto desesperadamente
- Crecimiento deficiente y la falta de ropa
- Tomar alimentos o dinero sin permiso
- Mala asistencia y rendimiento escolar

Trastorno de estrés postraumático (TEPT) El TEPT generalmente se manifiesta después de abuso, violencia o eventos traumáticos. Se caracteriza por tres tipos de síntomas: -volver a experimentar traumas a través de escenas retrospectivas, pesadillas y recordar eventos; -evitar lugares, personas y actividades que pueden recordarle el trauma; -se irrita fácilmente, se enoja o fácilmente se sobresalta; -y también tener dificultad para dormir. Los niños pueden tener pensamientos o recuerdos no deseados que pueden mostrarse cómo una recreación de lo que sucedió en juegos o dibujos, o pueden evadirlos al evitar pensar y hablar sobre eventos y evitar los estímulos que pueda recordarles el evento. También pueden tener pensamientos y estados de ánimo negativos desde que ocurrió el evento, como sentirse desapegado, estar siempre atento al peligro, presentar problemas de atención o de concentración y no siendo capaz de sentir emociones positivas. Los síntomas generalmente aparecerán durante el primer mes del trauma.

El acoso

El acoso y el acoso cibernético son problemas frecuentes que muchos niños y adolescentes sufren. Se observa con mayor frecuencia en la escuela o la guardería. Esto ha llevado a la depresión, la ansiedad y en muchos casos al suicidio. Es importante poder leer las señales de advertencia de los niños que están siendo acosados y también de los que están acosando.

Ser acosado – Cuando un niño está siendo acosado algunos síntomas pueden incluir:

- Lesiones inexplicables
- Pertenencias perdidas o destruidas
- Los niños pueden volver a casa con hambre
- Pérdida repentina de amigos

- Sentimientos de impotencia o baja autoestima
- Disminución en el rendimiento escolar
- Dañarse a sí mismos o hablar sobre el suicidio

Signos de que son acosadores – Los niños que son los acosadores generalmente inician peleas físicas y verbales, tienen amigos que son acosadores, son más agresivos, tienen dinero y nuevas pertenencias que no tienen explicación, no asumen responsabilidades por sus acciones, culpan a otros por sus problemas, y se preocupan de su reputación y popularidad.

El acoso cibernético – EL acoso a través de Internet es un fenómeno nuevo de esta época que se ha hecho más común con el aumento de las redes sociales. Muchas vidas han sido destruidas por esta nueva forma de intimidación y es mucho más fácil para este nuevo tipo de acoso hacer la intimidación. Es importante que los padres hablen con sus hijos sobre el acoso cibernético desde una edad temprana, sobre todo porque los niños están empezando a tener acceso a la tecnología a edades más tempranas. El acoso cibernético puede ser más dañino emocionalmente ya que la humillación se muestra a una audiencia más amplia a través del Internet, y lo que se publica o se dice no se puede retirar. El síntoma más claro para este tipo de acoso es que el niño se verá alterado o ansioso después de estar en la computadora o leer un mensaje de texto en su teléfono celular.

2.4 La depresión en los niños

Muchos de los síntomas principales de la depresión en los jóvenes y los adultos están también presentes en los niños. Los niños menores de 12 años con depresión pueden mostrar comportamientos agresivos, estar

miedosos de la gente o experiencias nuevas, o mostrar demoras o regresión en cuanto a los hitos importantes del desarrollo.

Es muy probable que los niños no puedan expresar directamente su depresión o que ni siquiera reconozcan que están deprimidos. Por lo tanto, los adultos son responsables de reconocer los signos de la depresión en los niños pequeños.

Hay cuatro categorías básicas que establecen los signos de la depresión en los niños: síntomas emocionales, signos cognitivos, quejas físicas y cambios en el comportamiento.

- *Signos emocionales son:* tristeza, retraimiento, ansiedad, y pérdida de interés en actividades placenteras.
- *Signos cognitivos incluyen:* organizar pensamientos o completar tareas en la escuela, el pesimismo, pensar que no valen nada o que tienen la culpa, desesperanza y pensamientos suicidas.
- *Los signos físicos son:* signos más evidentes y se ven como: cambios en el apetito y el peso, problemas para dormir (durmiendo demasiado o muy poco), letargo, agitación.
- *Los signos conductuales son* los signos más evidentes y se detectan como: la evitación de familiares y amigos, sensación exagerada de inseguridad (aferramiento o dependiente), descortés o comportamiento imprudente y autolesión.

Los adultos que están más familiarizados con la disposición natural de un niño tienen más probabilidades de notar estos síntomas y cambios

en el comportamiento. Si cualquiera de estos síntomas es evidente, es importante que se lo comunique a los padres o cuidadores.

2.5 El trastorno de ansiedad en la adolescencia

La ansiedad es un sentimiento, preocupación o miedo a un evento o resultado. Sentir ansiedad se convierte en un trastorno cuando es constante y frecuente por motivos innecesarios. Los trastornos de ansiedad pueden afectar a menudo la vida cotidiana o eventos que normalmente no causarían angustia. Estos trastornos son comunes en la adolescencia, ya que se están volviendo más comprensivos, lo que a veces puede verse afectado por las inseguridades que sienten en su entorno.

Las fobias específicas

Las fobias específicas son un miedo sin precedentes hacia un objeto, lugar o actividad que no representa ningún peligro real. Cuando se le presenta la fobia, la persona, puede sentir intensa ansiedad y puede tratar de evitar el objeto o situación por completo. La angustia de la fobia puede afectar la capacidad de la persona para funcionar, incluso si se reconoce que el miedo no es razonable en función de la edad de la persona y la función cognitiva. Las fobias más específicas se clasifican en: las fobias a los animales, fobias a lesiones, inyecciones o sangre, fobias al medio ambiente natural (miedo a las alturas o tormentas), fobias situacionales (por ejemplo, conducir, pasar puentes, estar en un ascensor), otras fobias (por ejemplo, miedo a los payasos o los sonidos fuertes). En los niños la ansiedad se puede expresar aferrándose, paralizándose en el lugar, llorando o haciendo rabietas. Estas fobias pueden ser tratadas a través de la terapia cognitivo-conductual, la hipnoterapia, y terapia de desensibilización.

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

El TAG es una preocupación o un miedo crónico e innecesario que aparentemente no tiene una razón real. Los niños y adolescentes con ansiedad a menudo se preocupan por varias cosas. Esto puede incluir eventos pasados, presente o futuros, junto con los problemas familiares, habilidades personales y el rendimiento escolar. Los síntomas pueden incluir preocupación por: eventos antes de que sucedan, seguridad, dormir fuera de casa. Además, una incapacidad para relajarse, irritabilidad, tendencia al sobresalto, cansancio extremo, sensación de tener un nudo en la garganta, negarse a ir a la escuela, trastornos del sueño, dolores y tensión muscular.

Los signos y síntomas de TAG que pueden observarse en el hogar

Los jóvenes pueden:

- Quejarse por dolores de cabeza y otros problemas físicos para evitar el tener que ir a la escuela
- Estar lloroso en la mañana, decir que no quieren ir a la escuela
- Exigir tranquilidad constante de los padres

Tantos los jóvenes como los adultos pueden:

- Estar hipersensible e impaciente con los otros miembros de la familia
- Demorar demasiado tiempo para prepararse para eventos sociales, preocupándose obsesivamente por su apariencia, etc.
- Estar retraído, irritado, o exigente hacia la escuela o al trabajo
- No terminar trabajo a tiempo, por temor a que no es aceptable
- Quejarse de una enfermedad repentina e inexplicable cuando hay proyectos, presentaciones, exámenes que llegan a su fecha límite de vencimiento.

Los tipos distintos de trastornos de ansiedad

- Desorden de ansiedad generalizada
- Desorden de pánico
- Desorden de fobias
- Agorafobia – miedo de salirse de la casa
- Fobia social – miedo de estar en una situación social
- Fobias específicas: miedo de animales, situaciones, y ambientes específicos
- Desorden de ansiedad de separación
- Desorden de estrés post-traumático (puede ocurrir después de un evento traumático)
- Desorden obsesivo-compulsivo (pensamientos, impulsos, e imágenes repetidas)
- Desorden múltiple de depresión, ansiedad y abuso de las drogas y/o el alcohol

Trastorno de ansiedad social (Fobia social)

El trastorno de ansiedad social es un sentimiento de miedo extremo en situaciones de desempeño social. Es uno de los trastornos mentales más comunes que a menudo pueden persistir en los adolescentes durante la edad adulta. El trastorno de ansiedad social a menudo puede afectar a las actividades extracurriculares, capacidad de hacer amigos y el rendimiento escolar. Hay muchos síntomas del desorden de ansiedad social que pueden ser muy difíciles de distinguir de otros desordenes. Algunos pueden ser el evitar situaciones sociales, sudoración, palpitación del corazón, temblores, diarrea y confusión.

Trastorno de pánico

El trastorno de pánico es diferente a los trastornos de ansiedad en que atacacom miedo repentino y pánico sin motivo. Los signos de un

ataque de pánico son tales como: sudoración, mareos, náuseas y dificultad para respirar, el corazón acelerado o dolor en el pecho durante al menos diez minutos. Las causas del trastorno de pánico no se comprenden del todo, pero se nota que es debido a una combinación de factores tales como la historia familiar, anormalidades en el cerebro, abuso de sustancias o factores estresantes de la vida. El trastorno de pánico es más común en las mujeres que en los hombres por lo general comienzan en la adolescencia tardía o edad adulta temprana. El trastorno de pánico se suele tratar con psicoterapia, terapia de comportamiento cognitivo, y las técnicas de medicación o de relajación.

Agorafobia

La agorafobia es un temor conocido de un miedo intenso o miedo irracional a los espacios llenos de gente y / o espacios públicos cerrados. Se ha informado que es una de las fobias más comunes y con frecuencia involucra lugares que provocan temor a que pueda ser difícil o embarazoso escapar. Los síntomas también incluyen temblores, sudoración, palpitación del corazón, fatiga u hormigueo en las manos y los pies.

Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

El TOC es un trastorno de ansiedad en el que una persona teme irracionalmente, piensa o se preocupa y se obsesiona con la realización de rituales para hacer frente a los temores recurrentes, pensamientos y preocupaciones. Si bien es normal que los niños o adolescentes que tienen rituales pueden ayudar a socializar y hacer sentido del mundo, las personas con TOC tienen preocupaciones o pensamientos obsesivos que no son deseados, lo que llevará a rituales que son frecuentes e interfieren con las actividades diarias. Un ejemplo es: tener miedo a tocar cosas sucias y controlar el miedo lavándose las manos en exceso.

Los síntomas pueden ser: preocupación exagerada por la suciedad o gérmenes, obsesionarse con simetría o exactitud, pensamientos persistentes acerca de violencia, como herir o matar a alguien, o autolesionarse, preocupación excesiva de que suceda algo malo, atención a los detalles o la necesidad de recordar las cosas.

Trastorno del estado de ánimo consisten en tener un desorden del estado de ánimo donde su estado emocional por lo general se distorsiona o es inconsistente con sus circunstancias. Los trastornos del estado de ánimo comunes son:

El trastorno de depresión mayor (depresión clínica)

La depresión mayor es una forma de depresión que dura largos períodos de tiempo y afecta a la capacidad de funcionar para las actividades diarias, como el arreglarse e ir al trabajo o la escuela. Los síntomas en los adolescentes son similares a los síntomas de los adultos, que también incluyen una sensibilidad extrema, uso de drogas o alcohol, autolesiones, sentimiento negativo e inútil junto con irritabilidad y bajo rendimiento escolar.

Si un niño, adolescente o adulto está deprimido clínicamente, tendrán cinco o más de estos síntomas (incluyendo por lo menos uno de los dos primeros), casi todos los días por un mínimo de dos semanas:

- Un estado de ánimo inusualmente triste
- Falta de placer e interés en actividades que eran agradables previamente
- Falta de energía; cansancio persistente
- Sentirse inútil o sentimientos de culpabilidad cuando realmente no tienen la culpa
- Pensar en la muerte o desear morir
- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones

- Dificultades para dormir o dormir demasiado
- Pérdida de interés en la comida o comer demasiado, de una manera poco saludable
- Cambio en los hábitos de comer, resultando en una ganancia o pérdida sustancial de peso

Signos y síntomas de la depresión en la casa

- Quejas de cansancio, aun si la persona está durmiendo más que lo usual.
- Dificultad para hacer las tareas del hogar, ya sea olvidándolas o no haciéndolas a fondo.
- Aislándose del resto de la familia, pasando una gran cantidad de tiempo solo.
- Gritar a los miembros de la familia, comportarse de manera irritable, buscando e iniciando peleas con ellos.
- Evitar la discusión de eventos futuros importantes, como decisiones sobre educación y/o trabajo, opciones futuras de atención médica.

Signos y síntomas de la depresión en la escuela o el trabajo

- Un descenso en las calificaciones escolares, debido a trabajos no completados.
- No hacer un trabajo tan bueno como antes en la escuela o el trabajo.
- Un aumento en ausencias a la escuela o trabajo.
- No participar en clase o trabajo, teniendo dificultad para entender y comunicarse.
- Iniciar peleas/disputas con otros estudiantes o colegas.
- Dificultad para hacer buen trabajo en las mañanas, pero menos dificultad en las tardes.

Signos y síntomas de la depresión en las relaciones sociales o familiares

- Evitan el pasar tiempo con la familia y amigos.
- Pasan más tiempo con amigos u otra gente que también parecen estar deprimidos.
- Son excluidos de grupos sociales por haber rechazado invitaciones repetidas, o porque los amigos encuentran a la persona difícil.
- Rechazan invitaciones para asistir a eventos familiares como cumpleaños y días festivos.
- Utilizan alcohol u otras drogas para tolerar síntomas emocionales.

Factores de riesgo para la depresión

- Historial familiar
- Ser una persona particularmente sensible, emocional, y ansiosa
- Experiencias adversas en la niñez, como falta de atención o abuso
- Criado en la pobreza, con desventajas sociales
- Dificultades en aprendizaje y otras dificultades en la escuela
- Cuidar tiempo completo a una persona con una discapacidad de largo plazo
- Cambios en los niveles de hormonas
- Abuso de drogas y/o alcohol
- Eventos traumáticos, por ejemplo, haber sido la víctima de un crimen, una muerte, o una enfermedad grave en la familia; algún accidente serio, haber sufrido acoso escolar u otro abuso
- Enfermedad seria o de largo plazo
- Otra enfermedad mental, por ejemplo, un desorden de ansiedad, psicótico, o abuso de sustancias

La importancia de la intervención temprana

- La intervención temprana es particularmente importante para los jóvenes, porque la depresión puede tener un efecto muy negativo sobre su desarrollo.
- La depresión en la juventud está relacionada con el retraso en el desarrollo social, emocional, y cognitivo.
- Los jóvenes que han tenido depresión tienen más tendencia a experimentar una variedad de problemas de desempleo, en sus relaciones personales, con embarazo prematuro, y problemas legales.
- Los problemas de salud mental no tratados pueden conducir a la automedicación con alcohol y / o drogas en dosis dañinas.
- Aumenta la vulnerabilidad de los jóvenes y los adultos mayores a los depredadores.
- Conduce a una salud física que puede poner en peligro la vida
- Mientras más pronto hay intervención para los jóvenes o los adultos, más pronto la persona puede empezar a sentirse mejor, reanudar relaciones saludables, y disfrutar una vida saludable.

El trastorno bipolar

El trastorno bipolar también se conoce como depresión maníaca, que hace que los cambios de humor cambien de una dirección de euforia o un estallido de energía a un nivel drástico de depresión y desesperanza junto con la pérdida de interés por las actividades placenteras. La Bipolaridad es una condición a largo plazo que puede tratarse con

psicoterapia, medicamentos, así como un plan de tratamiento para controlar las emociones. Hay varios tipos de trastornos bipolares, cada uno con criterios distintos para encajar en la categoría. Las personas con desorden bipolar experimentan episodios de depresión, episodios de manía, y períodos de humor normal entre los episodios. El lapso entre estos episodios diferentes puede variar mucho de una persona a otra. El período de depresión incluiría algunas de las señales y síntomas antes descritas. La manía parece ser el opuesto a la depresión. Una persona que está experimentando la manía tendrá el humor muy elevado, se sentirá sobre confiada, y tendrá mucha energía. La persona puede hablar mucho, llena de ideas creativas, puede requerir menos sueño que lo normal, y tomar riesgos que normalmente no tomarían.

Sin embargo 3 o más de los siguientes síntomas deben estar presentes:

- Autoestima inflada
- Sentimientos de grandiosidad
- Menor necesidad de dormir (dormir dos horas por noche)
- Ser inusualmente muy hablador
- Pensamientos acelerados
- Distracción
- Mayor agitación o comportamiento dirigido a objetivos

Por último, los síntomas también incluyen hacer cosas que son poco comunes y pueden tener consecuencias muy dolorosas, algunos ejemplos son: inversiones de negocios tontas, indiscreciones sexuales y salidas de compra destructivas, tales síntomas no se deben a drogas o estímulos externos. La extensión de los síntomas se clasifica en dos tipos de episodios: maníacos (duran una semana, por lo menos) o hipomaníacos (duran al menos cuatro días consecutivos). Los síntomas son difíciles de distinguir en los niños y adolescentes, ya que van junto

con altas y bajas normales de los cambios de humor. Los síntomas que indican el trastorno bipolar en niños y adolescentes tienen cambios de humor extremos que son diferentes de los cambios de humor habituales.

Diferencias entre adolescentes y adultos con trastorno bipolar

- Las investigaciones indican que los adolescentes con trastorno bipolar tienen menos probabilidades de experimentar trastornos del sueño que los adultos con el trastorno.
- El trastorno bipolar tiende a ocurrir al mismo tiempo que el TDAH, los trastornos por uso de sustancias como droga y alcohol, y los trastornos de ansiedad.

Trastornos psicóticos

Las enfermedades mentales que causan el pensamiento y la percepción irracionales muchas veces se caracterizan como trastornos en la psique. Los individuos con trastornos psicóticos a menudo tienen dificultades para mantenerse conectados con la realidad, frecuentemente se ven con delirios o alucinaciones que la persona puede negarse a ver como irreales.

Signos y síntomas de psicosis

Los síntomas de psicosis son distintos de persona a persona. Sin embargo, algunos de los síntomas comunes son:

- Manera desorganizada de pensar
- Patrón de discurso no claro
- Paranoia
- Hostilidad
- Sospecha

- Un sentido irrealista de superioridad (grandiosidad)
- Conducta delirante (creencias falsas)
- Alucinaciones (escuchar, ver o sentir cosas que no existen)

Los primeros síntomas de la psicosis

- Se vuelve cada vez más reservado o evita responder preguntas.
- Pasa mas tiempo solo / aislado.
- Empeza a expresar ideas extrañas.
- Tiene arrebatos repentinos o reacciones explosivas y muy emocionales.
- Parece haber cambiado de una manera que es difícil describir.
- Experimenta alucinaciones auditivas, que a veces trata de cubrir con música o televisión fuerte, o se enoja si alguien le pide quitar auriculares o bajar el volumen de la TV.
- Se retira de sus amigos.
- Usa alcohol o droga.
- Parece no reaccionar o reacciona de una manera inapropiada con amigos o familiares.

Tipos comunes de psicosis

- **Esquizofrenia**—La esquizofrenia es una afección cerebral con síntomas de pensamientos, comportamientos, emociones y percepciones extrañas de imágenes y sonidos que no son reales. La afección puede desarrollarse gradualmente o de repente, por lo general tiene su inicio en la adolescencia tardía y al comienzo de la edad adulta, entre los 18-22 años. Los primeros signos de advertencia son reírse de eventos tristes, contacto visual deficiente, lenguaje corporal y expresión facial bajos. Los primeros signos muy comunes son el cambio repentino en el

comportamiento y el alejamiento de los demás. También el hacer sonidos de chasquear, golpear, o pueden escuchar insultos, aunque no hay sonido.

- **Trastorno delirante**—De acuerdo con DSM V, los delirios son creencias falsas debido a la falsa percepción de la realidad a pesar de la evidencia contradictoria. El Trastorno delirante consiste en tener ideas delirantes persistentes sin otros síntomas durante al menos un mes. Hay diferentes caracterizaciones de los delirios que son: persecutorio (alegando que uno será perjudicado por una persona, organización o grupo), referencial (creencia de que las señales ambientales se dirigen siempre hacia la persona, por ejemplo, afirma que todos en el restaurante está hablando de ellos), grandioso (creencia de que la persona tiene habilidades especiales, la riqueza o la fama), erotomanía (falsa creencia de que otra persona está enamorada de ellos), nihilista (creencia de que se producirá gran catástrofe), y somática (se centran en las funciones o las sensaciones corporales de una manera extraña).
- **Depresión psicótica**—A veces la depresión es tan severa que causa síntomas psicóticos como delirios de culpabilidad por algo que no es su culpa; creen que tienen alguna enfermedad física grave, o que están siendo maltratados u observados. A veces incluye alucinaciones.
- **Trastorno esquizoafectivo**—Tiene síntomas de psicosis y estado de ánimo elevado o deprimido, o ambos, pero no satisface los criterios para el trastorno bipolar.

- **Psicosis causada por abuso de drogas o alcohol**— Los síntomas aparecen como resultado de la intoxicación o abstinencia del alcohol o las drogas. La psicosis en general aparece rápidamente, y dura poco tiempo (unas horas o días) hasta que el efecto de la droga desaparece. Los síntomas más comunes son alucinaciones visuales, desorientación y problemas de memoria.

Trastornos de la alimentación

Los alimentos se pueden utilizar para obtener una sensación de control que se manifiesta por la falta de control en otras áreas de la vida de una persona que son estresantes o abrumadoras. Los sentimientos de inutilidad, baja autoestima, ansiedad, depresión e ira son factores que intervienen en los trastornos de la alimentación. Además, las personas con estos trastornos a menudo tienen antecedentes de ser objeto de burlas, tener relaciones tóxicas o sentir presiones de la sociedad para ser lo suficientemente delgada como para adaptarse a una apariencia física poco realista.

Anorexia nerviosa— La anorexia es un trastorno alimentario que se diagnostica cuando una persona pesa menos de 85% del peso corporal normal, tal condición física puede conducir a problemas peligrosos de salud e incluso la muerte si el tratamiento no se aplica a tiempo. Las personas con anorexia tienden a ser perfeccionistas, también pueden presentar trastornos depresivos y de ansiedad. Aparte de la apariencia física, otras cosas que pueden indicar la anorexia pueden verse como: ejercicio compulsivo, aislamiento social, la autocrítica y búsqueda de la perfección.

Trastorno dimórfico corporal— TDC consiste en ser muy centrado en los detalles físicos menores, por lo general en la piel y la nariz. Esto se puede ver con la obsesión por el acné, cicatrices, arrugas faciales,

marcas de adelgazamiento o exceso de vello corporal y nariz grande o torcida. La persona con esta afección por lo general suele tener ansiedad o estrés excesivo sobre la percepción física. Otros síntomas son mirarse en el espejo excesivamente, arreglarse excesivamente u ocultar imperfecciones. Estas personas también pueden buscar la aprobación de otros, y en muchos casos se someten a cirugía estética y no están satisfechas con los resultados.

Bulimia nerviosa—La bulimia es un problema de salud pública común debido al efecto de la salud física y mental del individuo que se caracteriza sobre todo por TDC, depresión, ansiedad y abuso de drogas. Este trastorno alimentario se caracteriza por tener episodios de purga o ingestión de alimentos seguido de evocar vómitos. La bulimia es más común entre los adolescentes de 15 años y menores de 22 años. Los signos a tener en cuenta son la pérdida rápida de peso, ir al baño después de comer cantidades de comida que la mayoría de la gente no consumirían, ejercicio excesivo, abuso de laxantes, píldoras de dieta, ayuno, típicamente vinculan su autoestima a su apariencia y peso. Los síntomas físicos más observados son: dolor de garganta, decoloración o el deterioro de los dientes, dolor abdominal, calambres e hinchazón, estreñimiento, deshidratación, adelgazamiento de la piel y las glándulas salivales inflamadas que provocan tener las mejillas más grandes.

Trastorno por atracón—(BED en inglés) es un trastorno alimentario que tiene tres componentes claves: episodios frecuentes de alimentación incontrolable hasta el punto de sentirse incómodamente lleno. Se siente afligido o angustiado durante o después del episodio de atracón y no intenta compensar el comer en exceso con vómitos, ayunando o haciendo ejercicio en exceso, a diferencia de la bulimia. Las personas

con este trastorno muchas veces se avergüenzan de sus hábitos de alimentación y, con frecuencia ocultan sus síntomas y la angustia.

Los síntomas de comportamiento que se deben buscar son:

- Incapacidad para dejar de comer o controlarlo.
- Comer cuando esté lleno.
- Comer rápidamente grandes cantidades de comida.
- Ocultar o guardar alimentos para más tarde.
- Comer de forma normal alrededor de otros, pero atacarse cuando está solo.
- Comer continuamente durante todo el día, sin comidas planificadas.

El trastorno de atracón normalmente se relaciona con la depresión.

Drogadicción

La adicción a las drogas es uno de los problemas más comunes que enfrentan muchos adolescentes. Cada droga tiene diferentes efectos en el cuerpo y la mente y por lo general resulta en un comportamiento autodestructivo. Esto también se puede ver con los medicamentos recetados que son legales. Los síntomas de aviso: el deterioro de la apariencia (menos enfoque en apariencia), retraimiento social (dejar de ir a actividades sociales o actividades de la familia, iglesia), necesidad inexplicable de dinero y hábitos de consumo desconocidos, cambio de amigos y lugares que los adolescentes normalmente visitan, aumento de problemas legales o los pensamientos y comportamientos se vuelven impredecibles, dejando a un lado las responsabilidades.

2.6 Muchos millennials sufren de enfermedades mentales²

Muchos millennials no se sienten bien.

Como generación, los millennials están alcanzando cifras alarmantes que muestran una necesidad de medidas de salud mental. Las tasas de suicidio, después varios años de declive, han aumentado casi un 25%. La tendencia es peor entre las adolescentes, pero muchos subgrupos millennials, como los militares, también corren un riesgo elevado.

La depresión también crece desenfrenadamente entre este grupo demográfico de edad a pesar de que es rutinariamente subdiagnosticada entre los adolescentes (según numerosos estudios), lo que ayuda a exacerbar el riesgo de suicidio entre los adolescentes, así como el riesgo de trastornos del estado de ánimo más graves en la edad adulta. Los psicólogos han observado que el estrés y los trastornos de ansiedad son la norma actual y afectan a más de uno de cada cinco millennials.

Incluso hay evidencia emergente de que el peso aplastante de la deuda estudiantil y la inseguridad financiera a raíz de una sucesión de crisis financieras puede estar teniendo un efecto psicológico marcado en esta generación. Más de un tercio de los Millennials presentan los síntomas de PTSD, específicamente en respuesta a factores económicos estresantes. En lugar de tomar decisiones basadas en el optimismo, la confianza, o un sentido de autodisciplina estratégica, el miedo gobierna el comportamiento de la nueva mayoría en Estados Unidos.

² Por Edgar Wilson, 23 de mayo de 2016

Puede ser tentador usar una mayor toma de conciencia, mejores diagnósticos, o incluso una falta de resiliencia para explicar el aumento en los problemas de salud mental entre los Millennials, pero el continuo aumento de las tasas de suicidio muestra que el impacto es muy real y devastador. Y aunque los Millennials son la nueva cara de la crisis, los efectos de su lucha con la salud del comportamiento van mucho más allá de una sola generación.

La atención médica en los Estados Unidos ha sido extremadamente lenta para atender la salud del comportamiento. Esto es al menos en parte, el resultado de la tendencia histórica (y continua) en la sociedad americana de tratar los problemas emocionales como una elección personal o un fracaso individual, en lugar de un problema clínico legítimo. La falta de compasión y comprensión ha ayudado a crear un estigma que rodea a la salud mental el cual ha persistido incluso frente a campañas de sensibilización, mejoras en consejería y tratamiento psicológico, y por supuesto, el reciente aumento de suicidios entre los jóvenes de la nación.

Dados los riesgos sociales reales que se perciben al pedir ayuda, no debería sorprender que muchas víctimas de depresión tratan de auto medicarse. La depresión tiene una fuerte correlación con el abuso de sustancias (esto a menudo se denomina "diagnóstico dual"), que conlleva su propio bagaje cultural. Es difícil para quienes sufren de adicción u otros problemas de salud mental buscar ayuda, porque el tratamiento puede acarrear tanto estigma como la queja original. Para entender la gravedad del problema, solo hay que mirar el establecimiento de atención médica en Estados Unidos.

Los estudiantes de medicina aprenden desde el principio a temer hablar abiertamente sobre depresión, pensamientos suicidas o cualquier otra cosa que pueda registrarse en su historial profesional y manchar su reputación entre colegas, pacientes o empleadores potenciales. Este mismo temor de ser descubierto, de decepcionar a muchas personas que cuentan con ellos o esperan grandes cosas, ha hecho que el suicidio sea la segunda causa principal de muerte entre los estudiantes de medicina, después de los accidentes.

Aquellos que sobreviven a la escuela de medicina y continúan ejerciendo llevan consigo esta percepción ampliada del estigma de la salud mental. Más de 400 médicos se suicidan cada año. No es casualidad que los médicos, que no están dispuestos a admitir su propia depresión o buscar ayuda profesional, también sean notoriamente malos en la detección de sus pacientes. Entonces, aunque alrededor del 80% de los Millennials se están haciendo al menos sus exámenes físicos anuales y tiene acceso a un médico de atención primaria o proveedor similar, no están siendo adecuadamente diagnosticados con problemas de salud mental, y mucho menos se los refiere a los especialistas adecuados.

Aunque no ha sido bien publicitado, esta ha sido la magnitud de la situación durante algún tiempo. Ahora, sin embargo, los datos demográficos del país están cambiando. Los millennials son, oficialmente la mayoría, y así van en su camino a dominar el empleo al entrar en sus mejores años laborales. Al mismo tiempo, los *baby boomers* (anteriormente la generación más grande) están muriendo y se están jubilando, lo que añade un impulso aún mayor al cambio.

Eso significa que una generación de individuos propensos a altos niveles de ansiedad, depresión y suicidio van a convertirse en los proveedores de atención primaria en los Estados Unidos, trabajando en un campo que, por desgracia, toma el peor cuidado de sí mismo.

La ciencia nos ha dado la capacidad de vivir más tiempo que nunca; los *baby boomers* serán la primera generación en experimentar plenamente el progreso que se logró en la medicina a lo largo del siglo XX. Esto, junto con la expansión del seguro médico a través de la Ley de Asistencia Accesible, significa que hay más demanda de atención médica que nunca. Satisfacer esta demanda es ahora responsabilidad de los Millennials.

Para cuidar de Estados Unidos, los millennials deben aprender a cuidarse mejor a sí mismos y eso comienza con un nuevo enfoque de la salud mental. Combatir el estigma requiere más que un cambio de política; la cultura del silencio, la tolerancia y la culpa personal tiene que dar paso a una de compasión, comprensión y apertura. Ninguna generación puede permitirse que las tendencias actuales continúen sin ser cuestionadas.

2.7 Trastornos comunes de la mediana edad (edades 45-60)

Depresión

Un individuo que está deprimido se sentirá atrapado en un ciclo de sentimientos de impotencia y tendrá pensamientos negativos. La depresión suele acompañar a una transición de la mediana edad, que a menudo ocurre alrededor de los 37 a 50 años, pero este tipo de depresión generalmente conduce a un período de gran crecimiento

personal. Sin embargo, cuando la depresión es el resultado de una transición de vida o es una condición frecuente en la vida de una persona, es el momento de reconocer que la ayuda es necesaria.

Los síntomas a tener en cuenta son:

- Cambio en la alimentación
- Dormir
- Sensación de fatiga
- Inquietud
- Ansiedad y sentimientos de culpa e inutilidad
- Pérdida de interés en actividades tales como el sexo y pasatiempos
- Pensamientos o intentos de suicidio
- Dolores de cabeza y malestar intestinal que no se debe a tratamiento

Ansiedad

Los criterios para el diagnóstico de la ansiedad en adultos son muy similares a los de los niños, al igual que los síntomas. Algunos de los síntomas clave para adultos incluyen:

Cansarse fácilmente	Problemas para dormir
Falta de concentración Falta de memoria o atención	Tensión muscular, dolores de cabeza
Irritable	Ataques de pánico

El suicidio

El suicidio a menudo ocurre debido a una depresión crónica y se puede evitar si los síntomas se reconocen y se aborda el tratamiento.

Los Pensamientos suicidas y advertencias que se deben tomar en cuenta son:

- Hablar de suicidio
- Comprar una pistola o píldoras
- Retirarse del contacto humano
- Cambios de humor
- Aumento de consumo de alcohol
- Cambio de rutina normal
- Consumo de drogas o conducir de forma imprudente
- Regalar las pertenencias
- Repentinamente escribir un testamento
- Sensación de agitación

Muchas personas que tienen pensamientos suicidas, pero aún no están dispuestos a hacerse daño a sí mismos, frecuentemente se acercan a un ministro, amigo o medico y, muchas veces, tienen dificultad para expresar sus sentimientos. Por lo tanto, si se reconocen los signos anteriores y se adoptan las medidas adecuadas, es posible que el individuo se recupere.

Insomnio

Una persona con insomnio suele tardar más de 30 minutos en conciliar el sueño, tres o más noches a la semana durante más de un mes. Los síntomas incluyen: despertarse durante la noche, despertarse demasiado temprano, sensación de cansancio durante el día después de tener una noche completa de descanso, irritabilidad, depresión o ansiedad, aumento de errores o accidentes, dolores de cabeza por tensión, dolor de estómago, dificultad para prestar atención.

Se ha notado que el insomnio se hace más común con la edad, por lo que es importante prestar atención a las posibles causas, tales como: los

hábitos alimenticios, el estrés, la ansiedad, la depresión, la medicación y otras condiciones médicas.

Adicción a los medicamentos recetados

Los adolescentes suelen abusar de las drogas de venta libre usandolas de forma recreativa, pero frecuentemente esto se convierte en una adicción para adultos a quienes se les recetan dichos fármacos. Ciertos medicamentos tales como opioides (analgésicos), depresores también conocidos como benzodiacepinas (por ejemplo, Xanax, Valium y Klonopin) y estimulantes conocidos como anfetaminas y dextroanfetamina son nombres de categorías de medicamentos que tratan los trastornos del sueño y TDAH como Ritalin, Concerta y Adderall.

No todas las personas que usan medicamentos recetados se vuelven adictos, el medio ambiente y los factores genéticos juegan un papel importante en la propensión de las personas a volverse adictas. El automonitoreo es importante al tomar este tipo de medicamentos y es importante buscar ayuda cuando se notan ciertos comportamientos. Cuando una persona está tomando más de la dosis prescrita o toma el medicamento por razones distintas a lo prescrito, entonces esto se considera abuso. Algunos cambios en la apariencia son ojos enrojecidos o la mirada vidriosa, cambios bruscos de peso, constricción o dilatación de la pupila. Algunos cambios de comportamiento en adultos son: letargo, depresión, problemas financieros, la actividad criminal, cambios de hábitos y prioridades, cambios de actitud y agresión. Los medicamentos específicos pueden tener síntomas específicos de adicción y se pueden revisar en:

<http://drugabuse.com/library/symptoms-and-signs-of-drug-abuse/>

2.8 Mayores y jubilados (60 años o más)

Enfermedad de Alzheimer

El Alzheimer es una enfermedad progresiva que se caracteriza por siete etapas en las que cada una tiene un criterio para mostrar cambios en la memoria y el comportamiento. Cada etapa tiene síntomas y señales de advertencia para observar, pero no todos los casos de Alzheimer caen perfectamente en cada categoría.

Etapas 1—Muestra un comportamiento normal: no hay síntomas que se pueden detectar a menos que haya una tomografía (PET) que revele cómo está funcionando el cerebro.

Etapas 2—Cambios leves: esto puede ser tan pequeño como extraviar objetos u olvidar palabras, pero en esta etapa de la vida el Alzheimer no ha afectado a la capacidad de la persona para funcionar.

Etapas 3—Declinación leve: En este punto los cambios son evidentes con síntomas como: olvidar algo que acaba de leer, hacer la misma pregunta varias veces, tener problemas para hacer y organizar planes, y no puede recordar a personas que acaba de conocer.

Etapas 4—Declinación moderada: Los signos y síntomas se vuelven más evidentes como: olvidar los detalles acerca de sí mismos, olvidar la fecha, olvidar el mes o temporada, tener problemas para cocinar comidas u ordenar en el menú.

Etapas 5—Declinación moderadamente severa: La persona comienza a perder la noción de dónde está y qué hora es. También pueden tener problemas para recordar la dirección, número de teléfono y detalles de

su vida, tales como dónde ha asistido a la escuela. También pueden tener problemas para vestirse adecuadamente para la temporada.

Etapa 6—Declinación severa: La persona puede reconocer un rostro familiar, pero se olvida de los nombres o confunde a alguien con otra persona (por ejemplo, pensar que su esposa es su madre), o pensar que todavía tiene que ir a trabajar incluso si está jubilado.

Etapa 7—Declinación muy grave: Las habilidades básicas como caminar, el sentarse o comer comienzan a desvanecerse en esta etapa. También pueden no darse cuenta de que tienen sed. En este punto es necesario un cuidado constante.

Demencia

La demencia es una disminución de la capacidad mental lo suficientemente grave como para afectar la vida diaria. No es una enfermedad específica y tiene una amplia gama de síntomas asociados con una disminución de la memoria y otras habilidades de pensamiento. Dos funciones mentales básicas deben estar presentes para ser considerado demencia, tales como: memoria, comunicación, lenguaje, razonamiento, juicio y percepción visual.

Las personas pueden tener problemas con la memoria a corto plazo, tales como recordar donde dejaron el bolso o cartera, pagar facturas, planificar o preparar comidas. También es una enfermedad progresiva que empeora gradualmente. Por lo tanto, los signos de alerta temprana no deben ser ignorados. El diagnóstico temprano permite que una persona obtenga un tratamiento y planifique para el futuro.

Depresión en ancianos

Los síntomas de la depresión en las personas mayores son diferentes a los síntomas en los adultos más jóvenes. Los síntomas de la depresión en los ancianos muchas veces se confunden con otras enfermedades y discapacidades que normalmente acompañan a la depresión. Se sabe que la depresión disminuye la rehabilitación, aumenta el riesgo de enfermedad cardíaca, ataque al corazón y suicidio.

La depresión en las personas de 65 años o más es considerada como un importante problema de salud y esto puede ser debido a que las personas empiezan a declinar y, por tanto, los signos de la depresión pueden no ser tan notable. Además, el envejecimiento muchas veces viene acompañado con la pérdida de familiares, cónyuges, jubilación y menor apoyo social. No sólo los adultos mayores son considerados de alto riesgo, pero además en muchas ocasiones son mal diagnosticados y no reciben tratamiento.

Algunos de los síntomas de advertencia en los ancianos son: sentimientos de desesperanza, pesimismo, culpa e inutilidad, fatiga, insomnio y comer en exceso, cambios en el apetito, pensamientos e intentos suicidas, dolores constantes, calambres y problemas digestivos que no mejoran con el tratamiento. La mayor parte de los síntomas anteriores son síntomas típicos de los adultos más jóvenes; sin embargo, la prevalencia de otras enfermedades puede confundir con frecuencia dichos síntomas con la presencia de esa enfermedad y, por lo tanto, el diagnóstico es deficiente.

La adicción a medicamentos

Los ancianos no suelen ser el primer grupo de edad en el que se piensa en la adicción a las drogas. Sin embargo, se sabe que las personas

mayores se ha vuelto un gran grupo de consumidores de narcóticos recetados y depresores. Tal adicción a las drogas es difícil de notar, en especial la tolerancia se desarrolla con el tiempo y para alcanzar los mismos efectos se necesitan dosis más altas. Los médicos normalmente no sospechan que las personas mayores tengan una adicción a los medicamentos, lo que ha hecho que las recetas sean más accesibles para los pacientes de edad avanzada que son más propensos a tener dolor crónico.

Síntomas de adicción a los medicamentos recetados en los ancianos:

- Si la prescripción solía ser de 1 a 2 por día y la persona está tomando 4 a 6, es una señal de advertencia.
- Tener excusas constantes para tener que tomar pastillas.
- Suelen tener un cambio en el estado de ánimo o la conducta, discuten, se vuelven retraídos o ansiosos.
- Llevan consigo un suministro de medicamentos en caso de emergencia.
- Han sido tratados por algún tipo de adicción anteriormente.
- Han cambiado de médicos y utilizan varias farmacias.
- Visitan a varios médicos y utilizan varias farmacias.
- Se sienten incómodos cuando se aborda el uso de sus medicamentos.

- Ocultan las píldoras o pastillas.
- Ya han sido tratados por uso excesivo de pastillas.

Bibliografía

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2013). *Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)*. Washington DC: No. 70; Actualizado en octubre de 2013.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
3. Borba, M. (2012). 19 Signs your child is being bullied and what to do about it. *What's Happening in Character Education?* Obtenido de: <http://info.character.org/blog/bid/128143/19-Signs-Your-Child-Is-Being-Bullied-and-What-to-Do-about-It>
4. Doheny, K. (2009). What do you do when a midlife crisis turns into a depression? *Midlife Crises: Transition or Depression?* Obtenido de: <http://www.webmd.com/depression/features/midlife-crisis-opportunity?page=3>.
5. Dryden-Edwards, R. (2016). Bulimia nervosa. Obtenido de: http://www.medicinenet.com/bulimia_nervosa/page2.htm
6. Goldberg, J. (2014). Anorexia nervosa. *Anorexia Nervosa Health Center*. Obtenido de: <http://www.webmd.com/mental-health/eating-disorders/anorexia-nervosa/mental-health-anorexia-nervosa?page=2>
7. Lava, N. (2015). 7 Stages of Alzheimer's disease. *Alzheimer's Disease Health Center*. Obtenido de:

- <http://www.webmd.com/alzheimers/guide/alzheimers-disease-stages?page=2>
8. Obsessive-compulsive disorder (OCD). (2016). *Children's Hospital of Wisconsin*. Obtenido de: <http://www.chw.org/medical-care/psychiatry-and-behavioral-medicine/conditions/obsessive-compulsive-disorder/>
 9. Peterson, M. J.; Stoppler, M. C. (2015). Generalized anxiety disorder (GAD). Obtenido de: <http://www.medicinenet.com/anxiety/article.htm>
 10. Philo, J. (2012). 8 Symptoms of post-traumatic stress disorder in children and teens. Obtenido de: <http://www.friendshipcircle.org/blog/2013/09/12/8-symptoms-of-ptsd-in-children-and-teens/>
 11. Psychosis (Schizophrenia) in children and youth. (2016). *Mental Health América*. Obtenido de: Mentalhealthamerica.net.
 12. PTSD symptoms in children age six and younger. (2015). *Anxiety and Depression Association of America*. Obtenido de: www.adaa.org
 13. Stoppler, M. C. (2009). Body dysmorphic disorder (BDD). Obtenido de: http://www.medicinenet.com/body_dysmorphic_disorder/article.htm.
 14. Tracy, N. (2014). Why are children sexually abused? *American Mental Health Channel*. Obtenido de: <http://www.healthyplace.com/abuse/child-sexual-abuse/why-are-children-sexually-abused/>

Notas del Capítulo 2

Capítulo 3. Abuso de sustancias y otras adicciones

3.1 Las drogas, el cerebro y el comportamiento: Cómo la ciencia ha revolucionado la comprensión de la drogadicción.³

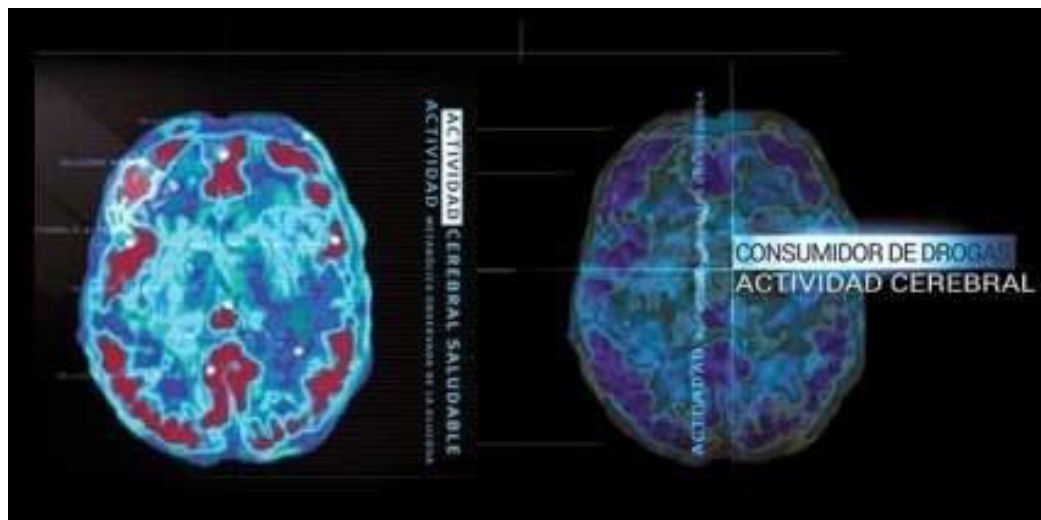
Durante gran parte del siglo pasado, los científicos que estudiaban el abuso de drogas trabajaban a la sombra de poderosos mitos y conceptos erróneos acerca de la naturaleza de la adicción. Cuando los científicos comenzaron a estudiar el comportamiento adictivo en la década de 1930, se pensaba que las personas adictas a las drogas carecían de moral y de fuerza de voluntad. Estos puntos de vista moldearon las respuestas de la sociedad ante el uso indebido de drogas, tratándolo más como un fracaso moral que como un problema de salud, lo que llevó a poner énfasis en el castigo y no en la prevención y el tratamiento.

Hoy en día, gracias a la ciencia, nuestros puntos de vista y nuestras respuestas ante las adicciones y otros trastornos causados por el consumo de sustancias han cambiado drásticamente. Los innovadores descubrimientos sobre el cerebro han revolucionado nuestra comprensión del consumo compulsivo de drogas, permitiéndonos abordar el problema de manera eficaz.

³ Nora D. Volkow, M.D., Director of the National Institute on Drug Abuse

Como resultado de la investigación científica, sabemos que la adicción es una enfermedad que afecta tanto al cerebro como al comportamiento. Hemos identificado muchos de los factores biológicos y ambientales y estamos comenzando a investigar las variaciones genéticas que contribuyen al desarrollo y al avance de la enfermedad. Los científicos usan estos conocimientos para desarrollar enfoques eficaces de prevención y tratamiento que reduzcan el impacto negativo que el abuso de drogas causa en las personas, familia y comunidades.

A pesar de estos avances, muchos hoy en día no comprenden por qué las personas se vuelven adictas a las drogas o cómo las drogas modifican el cerebro, propiciando su consumo compulsivo. Este capítulo tiene como objetivo cubrir ese vacío de conocimiento, proporcionando información científica sobre la enfermedad de la adicción a las drogas. Esto incluye las numerosas consecuencias nocivas del abuso de drogas y los enfoques básicos que se han desarrollado para prevenir y tratar los trastornos ocasionados por el consumo de sustancias.



En el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA), creen que una mayor comprensión de los conceptos básicos de la adicción permitirá a la gente tomar decisiones informadas en sus propias vidas, adoptar políticas y programas basados en la ciencia que reduzcan el consumo y la adicción a las drogas en sus comunidades y apoyar la investigación científica, que permitirá mejorar el bienestar de la nación.

¿Por qué estudiar el abuso y la adicción a las drogas?

El abuso y la adicción al alcohol, la nicotina y las drogas ilícitas y medicamentos recetados les cuestan a los estadounidenses más de \$700 mil millones al año, ya que se incrementan los costos de atención médica, se genera mayor delincuencia y se pierde productividad.

Cada año, las drogas ilícitas y recetadas y el alcohol provocan la muerte de más de 90,000 estadounidenses, mientras que el tabaco está vinculado a un estimado de 480,000 muertes por año (De aquí en adelante, a menos que se especifique lo contrario, la palabra *drogas* se utilizará para hacer referencia a todas estas sustancias).

Personas de todas las edades sufren las consecuencias nocivas del abuso y la adicción a las drogas.

- Los *bebés* que son expuestos a las drogas en el útero pueden nacer prematuros y con bajo peso. Esta exposición puede retrasar el desarrollo intelectual del niño y afectar su comportamiento en el futuro.
- Los *adolescentes* que abusan de las drogas a menudo se comportan mal, tienen un desempeño académico deficiente y abandonan la escuela. Además, están expuestos al riesgo de

embarazos no planificados, violencia y enfermedades infecciosas.

- Los **adultos** que abusan de las drogas a menudo tienen problemas para pensar con claridad, recordar y prestar atención. A menudo desarrollan comportamientos sociales deficientes como resultado del abuso de las drogas, y se ve afectado su rendimiento en el trabajo y las relaciones personales.
- El abuso por parte de los **padres** a menudo implica hogares caóticos colmados de estrés, así como abuso infantil y negligencia. Estas condiciones dañan el bienestar y el desarrollo de los niños en el hogar y pueden sentar las bases para el abuso de drogas en la próxima generación.

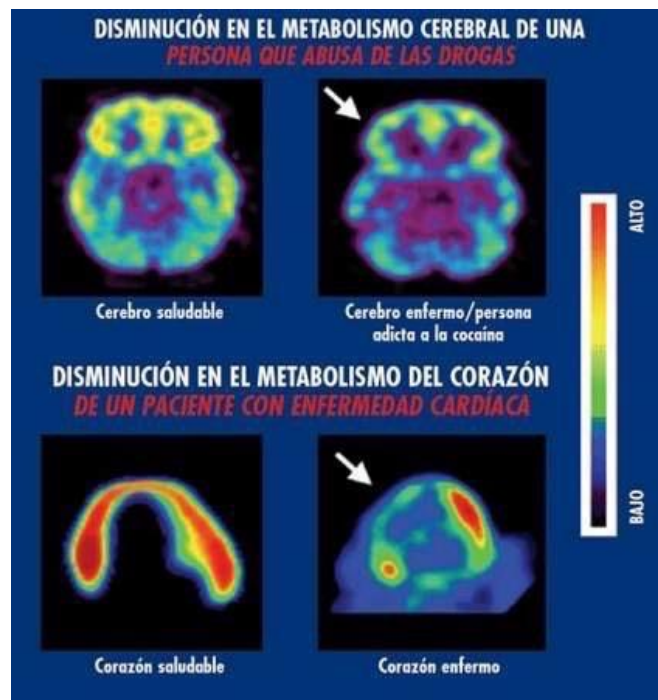
¿De qué manera la ciencia proporciona soluciones para el abuso y la adicción a las drogas?

Los científicos estudian los efectos que las drogas tienen en el cerebro y en el comportamiento de las personas. Ellos utilizan esta información con el propósito de desarrollar programas para la prevención del abuso de drogas y ayudar a las personas a recuperarse de su adicción. Una mayor investigación ayuda a poner estas ideas en práctica en nuestras comunidades. Las consecuencias del abuso de drogas son muy amplias y variadas y afectan a personas de todas las edades.



3.2 ¿Qué es la drogadicción?⁴

La adicción se define como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas.⁵ Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano—su estructura y funcionamiento se ven afectados. Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración, y pueden conducir a comportamientos peligrosos que se observan en las personas que abusan del consumo de drogas.



Fuente: De los laboratorios de los doctores N. Volkow y H. Schelbert.

⁴ Fuente: National Institute on Drug Abuse; National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Service.

⁵ El término adicción, tal como se utiliza en este folleto, puede considerarse como equivalente a un grave trastorno por uso de sustancias, según se define en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* [Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales, quinta edición] (DSM-5, 2013).

La adicción es muy similar a otras enfermedades, como las enfermedades cardíacas. Ambas perturban el funcionamiento normal y saludable del órgano subyacente, tienen serias consecuencias nocivas y son prevenibles y tratables, pero en caso de no tratarlas, pueden durar toda la vida.

3.3 ¿Por qué la gente consume drogas?

En general, las personas comienzan a consumir drogas por varias razones:

- ***Para sentirse bien.*** La mayoría de las drogas de las que se abusa producen sensaciones intensas de placer. Esta sensación inicial de euforia es seguida por otros efectos, que varían según el tipo de droga que se consume. Por ejemplo, con estimulantes como la cocaína, la sensación de euforia es seguida por sentimientos de poder, confianza en uno mismo y mayor energía. En contraste, la euforia causada por opiáceos como la heroína es seguida por sentimientos de relajación y satisfacción.
- ***Para sentirse mejor.*** Algunas personas que sufren de ansiedad social, trastornos relacionados con el estrés y depresión, comienzan a abusar de las drogas en un intento por disminuir los sentimientos de angustia. El estrés puede jugar un papel importante en el inicio del consumo de drogas, la continuidad en



el abuso de drogas o la recaída en pacientes que se recuperan de la adicción.

- ***Para desempeñarse mejor.*** Algunas personas sienten presión por aumentar o mejorar químicamente sus capacidades cognitivas o su rendimiento deportivo, lo que puede desempeñar un papel en la experimentación inicial y el abuso continuo de drogas como los estimulantes recetados o esteroides anabólicos/androgénicos.
- ***La curiosidad y "por qué otros lo hacen."*** En este aspecto, los adolescentes son particularmente vulnerables, debido a la fuerte influencia de la presión de los compañeros. Los adolescentes son más propensos que los adultos a participar en comportamientos riesgosos o atrevidos para impresionar a sus amigos y expresar su independencia de las reglas sociales y de los padres.

Si consumir drogas hace que la gente se sienta bien o mejor, ¿cuál es el problema?

Cuando consumen una droga por primera vez, las personas pueden percibir lo que parecen ser efectos positivos; también pueden creer que pueden controlar su consumo. Sin embargo, las drogas pueden apoderarse rápidamente de la vida de una persona. Con el tiempo, si el consumo de drogas continúa, otras actividades placenteras se vuelven menos agradables y tomar la droga se vuelve necesario para que el consumidor se sienta "normal."

Luego, es posible que busquen y consuman drogas compulsivamente, a pesar de que estas les causan tremendos problemas a ellos y a sus seres queridos. Algunas personas pueden comenzar a sentir la necesidad de

tomar dosis más altas o más frecuentes, incluso en las primeras etapas del consumo. Estos son los signos reveladores de una adicción.

Incluso el uso relativamente moderado de drogas presenta riesgos. Considere cómo un bebedor social puede embriagarse, ponerse al volante de un vehículo y rápidamente convertir una actividad placentera en una tragedia que afecta muchas vidas.

3.4 El continuo abuso de drogas ¿es un comportamiento voluntario?

Por lo general, la decisión inicial de consumir drogas es voluntaria. Sin embargo, con el consumo continuo, la capacidad de una persona para ejercer el autocontrol puede verse seriamente afectada. Este deterioro en el autocontrol es el sello distintivo de la adicción. Estudios de imágenes cerebrales de personas con adicciones muestran cambios físicos en áreas del cerebro que son esenciales para el juicio, la toma de decisiones, el aprendizaje y la memoria, y el control del comportamiento.

Los científicos creen que estos cambios alteran la forma en la que funciona el cerebro y pueden ayudar a explicar los comportamientos compulsivos y destructivos de la adicción.

No existe un solo factor que determine si una persona se convertirá en adicto a las drogas.

3.5 ¿Por qué algunas personas se vuelven adictas a las drogas y otras no?

Al igual que con cualquier otra enfermedad, la vulnerabilidad a la adicción varía de persona a persona, y no existe un solo factor que

determine si una persona se volverá adicta a las drogas. En general, cuantos más factores *de riesgo* tenga una persona, mayor es la probabilidad de que el consumo de drogas se convierta en abuso y adicción. Por otra parte, *los factores de protección* reducen el riesgo de que una persona desarrolle adicción. Los factores de riesgo y de protección pueden ser ambientales (como las situaciones del hogar, la escuela y el vecindario) o biológicos (por ejemplo, los genes de la persona, su estado de desarrollo e incluso su género u origen étnico).

Factores de riesgo y de protección del abuso de drogas y la adicción	
Factores de riesgo	Factores de protección
<i>Comportamiento agresivo en la infancia</i>	Buen autocontrol
Falta de supervisión	Supervisión y apoyo de los padres
Habilidades sociales deficientes	Relaciones positivas
Experimentación con las drogas	Competencia académica
Disponibilidad de drogas en la escuela	Políticas escolares contra las drogas
Pobreza en la comunidad	Fuertes lazos en la comunidad

¿Qué factores ambientales aumentan el riesgo a la adicción?

- **El hogar y la familia**—La influencia del entorno hogareño, especialmente durante la niñez, es un factor muy importante. Los padres o los miembros mayores de la familia que abusan del alcohol o las drogas, o que se involucran en conductas delictivas, pueden aumentar el riesgo de que los niños desarrollen sus propios problemas con las drogas.
- **Los amigos y compañeros de escuela**—Los amigos y conocidos pueden tener una influencia cada vez mayor durante la adolescencia. Los compañeros que consumen drogas, pueden influir incluso en quienes no tienen factores de riesgo para que s

prueben las drogas por primera vez. El fracaso académico o las habilidades sociales deficientes pueden poner al niño en mayor riesgo de consumir o volverse adicto a las drogas.

¿Qué factores biológicos aumentan el riesgo de adicción?

Los científicos estiman que los factores genéticos representan entre el 40 y el 60 por ciento de la vulnerabilidad de una persona a la adicción; esto incluye los efectos de factores ambientales sobre la función y expresión de los genes de una persona. Otros factores incluyen la etapa de desarrollo y otras condiciones médicas que la persona pueda tener. Los adolescentes y las personas con trastornos mentales tienen un mayor riesgo de abuso y adicción a las drogas que la población general.



Las primeras interacciones de los niños dentro de la familia son cruciales a la hora de determinar su desarrollo saludable y mitigar el riesgo de abuso de drogas.

Riesgos y factores protectores del uso de drogas y la adicción	
Factores de riesgo	Factores protectores
Conducta agresiva en la niñez	Buen autocontrol
Falta de supervisión de los padres	Monitoreo y apoyo de los padres
Carencia de sociabilidad	Relaciones positivas
Experimentación con drogas	Competencia académica
Disponibilidad de drogas en la escuela	Reglas antidrogas en la escuela
Pobreza en la comunidad	Orgullo en la comunidad

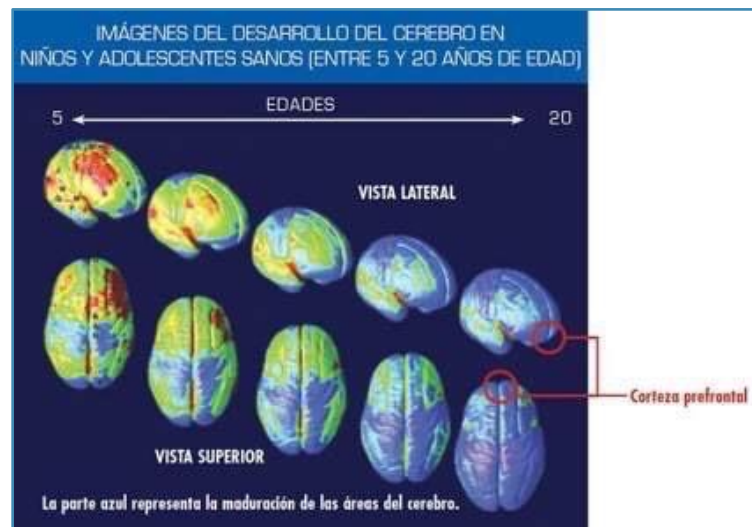
¿Qué otros factores aumentan el riesgo de adicción?

- Consumo a temprana edad**— Aunque consumir drogas a cualquier edad puede desencadenar una adicción, las investigaciones muestran que cuanto más temprana es la edad de iniciación a las drogas, más probable es que la persona desarrolle problemas graves. Esto puede reflejar el efecto dañino que tienen las drogas sobre el cerebro en desarrollo. También puede ser el resultado de una combinación de factores de vulnerabilidad social y biológica a una edad temprana, que incluyen relaciones familiares inestables, exposición al abuso físico o sexual, susceptibilidad genética o enfermedad mental. Aun así, el hecho es que el consumo a temprana edad es un fuerte indicador de problemas futuros, incluida la adicción.



- **Método de administración.** Fumar una droga o inyectarla en una vena aumenta su potencial adictivo. Tanto las drogas que se fuman como las que se inyectan penetran al cerebro en segundos, produciendo una intensa ráfaga de placer. Sin embargo, esta intensa euforia puede desaparecer en unos pocos minutos, llevando al adicto a niveles más bajos de lo normal. Los científicos creen que este pronunciado contraste impulsa a algunas personas al consumo reiterado de drogas, en un intento por recuperar el fugaz estado placentero.

La adicción es una enfermedad del desarrollo—que por lo general comienza en la niñez o en la adolescencia.



Fuente: PNAS 101:8174–8179, 2004.

El cerebro continúa desarrollándose hasta la edad adulta y sufre cambios drásticos durante la adolescencia. Una de las áreas del cerebro que continúa madurando durante la adolescencia es la corteza prefrontal, la parte del cerebro que nos permite evaluar situaciones, tomar decisiones acertadas y mantener nuestras emociones y deseos

bajo control. El hecho de que esta parte crítica del cerebro de un adolescente esté todavía en desarrollo los expone a un mayor riesgo de tomar malas decisiones (como probar drogas o seguir consumiéndolas). Además, la introducción de drogas durante este período de desarrollo puede causar cambios cerebrales que tienen consecuencias profundas y duraderas.

3.6 Prevención del abuso de drogas: la mejor estrategia

¿Por qué la adolescencia es un momento crítico para prevenir la drogadicción? Como se señaló con anterioridad, el consumo temprano de drogas aumenta las posibilidades de que una persona desarrolle una adicción. Recuerde, las drogas modifican el cerebro y esto puede llevar a la adicción y causar otros problemas graves. Por lo tanto, prevenir el uso temprano de drogas o alcohol puede contribuir en gran medida a reducir estos riesgos. Si podemos evitar que los jóvenes experimenten con drogas, podemos prevenir la drogadicción.

El riesgo del abuso de drogas aumenta enormemente durante periodos de transición. Para un adulto, un divorcio o la pérdida de un trabajo pueden llevar al abuso de drogas; para un adolescente, los periodos de riesgo incluyen mudarse o cambiar de escuela. En la adolescencia temprana, cuando los niños pasan de la primaria a secundaria, se enfrentan a situaciones sociales y académicas nuevas y desafiantes. A menudo, durante este período, los niños están expuestos a sustancias de las que se puede abusar (como los cigarrillos y el alcohol) por primera vez. Cuando entran a la escuela secundaria, los adolescentes pueden encontrar una mayor disponibilidad de drogas, el uso de drogas por parte de los adolescentes mayores y las actividades sociales donde el consumo de drogas es común.

Al mismo tiempo, muchos comportamientos que conforman un aspecto normal de su desarrollo, como el deseo de probar cosas nuevas o correr mayores riesgos, pueden aumentar las tendencias de los adolescentes a experimentar con drogas. Algunos adolescentes pueden ceder ante la insistencia de amigos que consumen drogas para compartir la experiencia con ellos. Otros pueden pensar que consumir drogas (como los esteroides) mejorará su apariencia o rendimiento atlético o que abusar de sustancias como el alcohol o la MDMA (éxtasis o “Molly”) disminuirá su ansiedad en situaciones sociales. Cada vez más adolescentes abusan de estimulantes recetados para el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) como el Adderall® para ayudarlos a estudiar o perder peso. El juicio y la capacidad de toma de decisiones aún en desarrollo de los adolescentes pueden limitar su capacidad para evaluar con precisión los riesgos de todas estas formas de consumo de drogas.

El consumo de sustancias que se prestan al abuso a esta edad puede perturbar la función cerebral en áreas críticas como la motivación, la memoria, el aprendizaje, el juicio y el control del comportamiento.⁷ Así, no es de extrañar que los adolescentes que consumen alcohol y otras drogas a menudo tengan problemas familiares y sociales, bajo rendimiento académico, problemas de salud (incluida la salud mental) y problemas con el sistema penal juvenil.

Las encuestas nacionales sobre el consumo de drogas indican que algunos niños ya consumen drogas a los 12 o 13 años de edad.

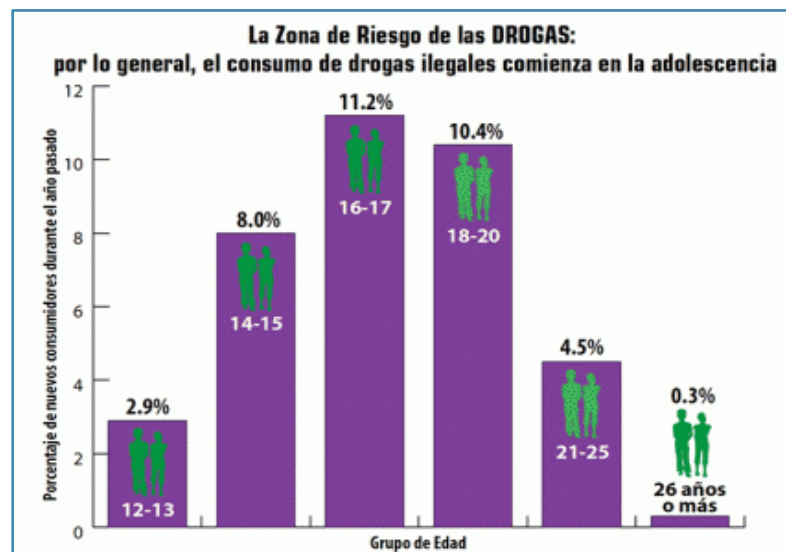
¿Pueden los programas basados en la investigación prevenir la drogadicción en los jóvenes?

Sí. El término “basados en la investigación” significa que estos programas han sido diseñados racionalmente basándose en evidencia

científica actual, han sido rigurosamente probados y se ha demostrado que producen resultados positivos. Los científicos han desarrollado una amplia gama de programas que altera positivamente el equilibrio entre los factores de riesgo y de protección del abuso de drogas en familias, escuelas y comunidades. Los estudios han demostrado que los programas basados en la investigación, como los que se describen en *Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes: Una Guía con Base Científica para Padres, Educadores y Líderes de la Comunidad del NIDA*, pueden reducir significativamente el consumo temprano de tabaco, alcohol y drogas ilícitas.⁶

¿Cómo funcionan los programas de prevención basados en la investigación?

Estos programas de prevención aumentan los factores de protección y eliminan o reducen los factores de riesgo para el consumo de drogas. Los programas están diseñados para diferentes edades y pueden ser diseñados para contextos individuales o grupales, como la escuela y el hogar.



Fuente: SAMHSA,
Center for
Behavioral Health
Statistics and
Quality, National
Survey on Drug Use
and Health, 2011 and
2012.

⁶ <https://www.drugabuse.gov/publications/science-addiction/citations>

Existen tres tipos de programas:

1. Programas universales abordan los factores de riesgo y de protección comunes para todos los niños en un entorno determinado, como una escuela o comunidad.
2. Programas selectivos apuntan a grupos de niños y adolescentes que tienen factores que los ponen en mayor riesgo de consumir drogas.
3. Los programas indicados están diseñados para jóvenes que ya han comenzado a consumir drogas.

¿Son eficaces todos los programas de prevención para reducir el abuso de drogas?

Cuando las escuelas y las comunidades implementan de manera adecuada los programas de prevención del consumo de sustancias basadas en la investigación, se reduce el uso de alcohol, tabaco y drogas ilegales. Estos programas ayudan a los maestros, padres y profesionales de la salud a moldear las percepciones de los jóvenes sobre los riesgos del uso de sustancias. Si bien muchos factores sociales y culturales afectan las tendencias del consumo de drogas, cuando los jóvenes perciben el consumo de drogas como perjudicial, reducen el nivel de consumo.⁷

El consumo de cigarrillos entre los adolescentes está en su punto más bajo desde que el NIDA comenzó el seguimiento en 1975. Pero el consumo de marihuana ha aumentado en los últimos años, así como ha disminuido la percepción de sus riesgos.⁸

⁷ <https://www.drugabuse.gov/publications/science-addiction/citations>

⁸ Fuente: 2013 Estudio Monitoring the Future. Universidad de Michigan, con fondos del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas.

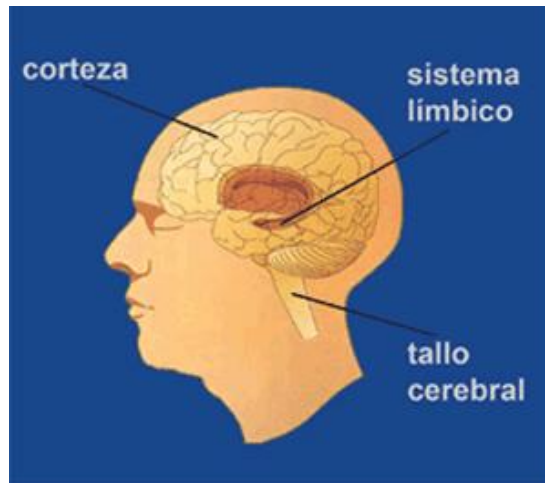
Para obtener más información sobre la prevención, consulte la edición más reciente del NIDA de *Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes: Una Guía con Base Científica para Padres, Educadores y Líderes de la Comunidad* en drugabuse.gov/Prevention/Prevopen.html

La prevención es la mejor estrategia.



3.7 Las drogas y el cerebro: Introducción al cerebro humano

El cerebro humano es el órgano más complejo del cuerpo. Esta masa de materia gris y blanca de tres libras se encuentra en el centro de toda actividad humana: es necesario para conducir un vehículo, disfrutar de una comida, respirar, crear una obra de arte y disfrutar de las actividades cotidianas. En resumen, el cerebro regula las funciones básicas de su cuerpo; le permite interpretar y responder a todo lo que experimenta y moldea sus pensamientos, emociones y comportamientos.



El cerebro está compuesto por muchas partes que trabajan juntas como un equipo. Diferentes partes del cerebro son responsables de coordinar y llevar a cabo funciones específicas. Las drogas pueden alterar áreas importantes del cerebro que son necesarias para funciones vitales y pueden fomentar el abuso compulsivo de drogas que caracteriza a la adicción.

Las áreas del cerebro afectadas por el abuso de drogas incluyen:

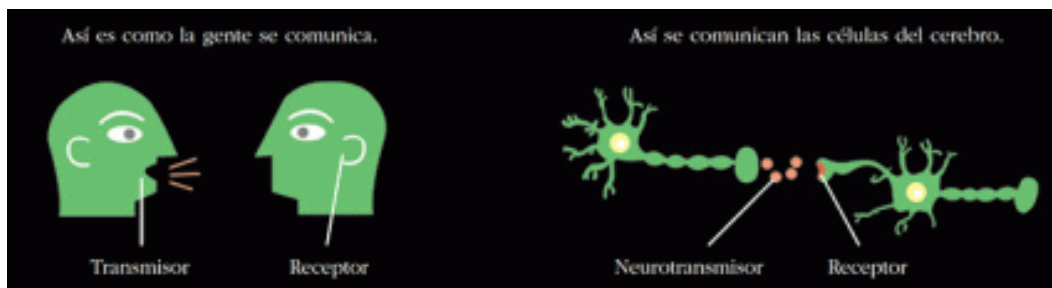
- **El tallo cerebral**, que controla las funciones básicas vitales esenciales, como la frecuencia cardíaca, la respiración y el sueño.

- **La corteza cerebral**, que se divide en áreas que controlan funciones específicas. Diferentes áreas procesan la información de nuestros sentidos, lo que nos permite ver, sentir, oír y saborear. La parte frontal de la corteza, llamada corteza frontal o cerebro anterior (prosencéfalo), es el centro del pensamiento del cerebro; impulsa nuestra capacidad de pensar, planificar, resolver problemas y tomar decisiones.
- **El sistema límbico**, que contiene el circuito de recompensas del cerebro. Vincula una serie de estructuras cerebrales que controlan y regulan nuestra capacidad de sentir placer. El sentir placer nos motiva a repetir comportamientos que son fundamentales para nuestra existencia. El sistema límbico se activa mediante actividades vitales saludables, como por ejemplo comer y socializar—pero también mediante las drogas adictivas. Además, el sistema límbico es el responsable de nuestra percepción de otras emociones, tanto positivas como negativas, lo que explica las propiedades de muchas drogas de alterar el humor.

¿Cómo se comunican las partes del cerebro?

El cerebro es un centro de comunicaciones conformado por miles de millones de neuronas, o células nerviosas. Las redes de neuronas pasan mensajes desde y hacia diferentes estructuras dentro del cerebro, la médula espinal y los nervios que se encuentran en el resto del cuerpo (el sistema nervioso periférico). Estas redes nerviosas coordinan y regulan todo lo que sentimos, pensamos y hacemos.

- ***De neurona a neurona***—Cada célula nerviosa del cerebro envía y recibe mensajes en forma de señales eléctricas y químicas. Una vez que una célula recibe y procesa un mensaje, se lo envía a otras neuronas.
- ***Neurotransmisores, los mensajeros químicos del cerebro***—Los mensajes normalmente se transmiten entre las neuronas mediante sustancias químicas llamadas neurotransmisores.



Concepto cortesía de: B.K. Madras

- ***Receptores, los destinatarios químicos del cerebro***—El neurotransmisor se adhiere a un sitio especializado en la neurona receptora, llamada receptor. El neurotransmisor y su receptor operan como “llave y cerradura”, formando un mecanismo sumamente específico que asegura que cada receptor solo enviará el mensaje apropiado después de interactuar con el tipo correcto de neurotransmisor.
- ***Transportadores, los recicladores químicos del cerebro***— Ubicados en la neurona que libera el neurotransmisor, los transportadores reciclan estos neurotransmisores (es decir, los traen de vuelta a la neurona que los liberó), apagando de este modo la señal entre las neuronas. Para enviar un mensaje, una célula cerebral (neurona) libera una sustancia química

(neurotransmisor) en el espacio (sinapsis) entre ésta y la siguiente célula. El neurotransmisor cruza la sinapsis y se adhiere a las proteínas (receptores) de la célula cerebral receptora. Esto provoca cambios en la célula receptora y se envía el mensaje.

¿Cómo funcionan las drogas en el cerebro?

Las drogas son sustancias químicas que afectan el cerebro al penetrar en su sistema de comunicación e interferir con la manera en que las neuronas normalmente envían, reciben y procesan la información. Algunas drogas, como la marihuana y la heroína, pueden activar las neuronas porque su estructura química imita la de un neurotransmisor natural. Esta similitud en la estructura “engaña” a los receptores y permite que las drogas se adhieran a las neuronas y las activen. Aunque estas drogas imitan a las sustancias químicas propias del cerebro, no activan las neuronas de la misma manera que lo hace un neurotransmisor natural por lo que conducen mensajes anómalos que se transmiten a través de la red.

Otras drogas, como las anfetaminas o la cocaína, pueden causar que las neuronas liberen cantidades inusualmente grandes de neurotransmisores naturales o pueden prevenir el reciclaje normal de estas sustancias químicas del cerebro. Esta alteración produce un mensaje amplificado en gran medida, que en última instancia interrumpe los canales de comunicación.

¿Cómo funcionan las drogas en el cerebro para producir placer?

La mayoría de las drogas adictivas, directa o indirectamente, atacan al sistema de recompensas del cerebro, inundando el circuito con dopamina. La dopamina es un neurotransmisor que se encuentra en las regiones del cerebro que regulan el movimiento, la emoción, la

motivación y los sentimientos de placer. Cuando se activa a niveles normales, este sistema recompensa nuestros comportamientos naturales. Sin embargo, la sobreestimulación del sistema con drogas produce efectos de euforia, que refuerzan fuertemente el consumo—y le enseñan al usuario a repetirlo.

La mayoría de las drogas adictivas atacan el sistema de recompensas del cerebro, llenándolo de dopamina.



¿Cómo la estimulación del circuito de placer del cerebro nos enseña a seguir consumiendo drogas?

Nuestro cerebro está conectado para garantizar que repitamos las actividades vitales al asociar estas actividades con el placer o recompensa. Cada vez que se activa este circuito de recompensa, el cerebro nota que está sucediendo algo importante que necesita recordar y nos enseña a hacerlo una y otra vez sin pensar en ello. Debido a que las drogas adictivas estimulan el mismo circuito, aprendemos a abusar de las drogas de la misma manera.

¿Por qué las drogas son más adictivas que las recompensas naturales?

Cuando se toman algunas drogas adictivas, pueden liberar de 2 a 10 veces más la cantidad de dopamina que las recompensas naturales, como comer y tener sexo.¹⁵ En algunos casos, esto ocurre casi de inmediato (como cuando las drogas se fuman o se inyectan) y los efectos pueden durar mucho más que los producidos por las recompensas naturales. Los efectos resultantes sobre el circuito de recompensas del cerebro son gigantescos en comparación con los producidos por los comportamientos naturales de gratificación. El efecto de una recompensa tan poderosa motiva fuertemente a la gente a consumir drogas una y otra vez. Por este motivo, los científicos a veces dicen que el abuso de drogas es algo que aprendemos a hacer muy, muy bien.

El abuso de drogas a largo plazo perjudica el funcionamiento del cerebro.

¿Qué le pasa su cerebro si continúa consumiendo drogas?

Para el cerebro, la diferencia entre las recompensas normales y las recompensas producidas por las drogas se puede describir como la diferencia entre alguien que susurra al oído y alguien que grita con un micrófono. Así como rechazamos el volumen demasiado alto de una radio, el cerebro se ajusta a las oleadas abrumadoras de dopamina (y otros neurotransmisores), produciendo menos dopamina o disminuyendo el número de receptores que pueden recibir señales. Como resultado, el impacto de la dopamina sobre el circuito de recompensas del cerebro de una persona que abusa de las drogas puede llegar a ser anormalmente bajo, y se reduce la capacidad de esa persona de experimentar cualquier tipo de placer.

Ésta es la razón por la que una persona que abusa de las drogas eventualmente se siente abatida, sin vida y deprimida, y es incapaz de disfrutar de las cosas que antes le resultaban placenteras. Ahora, la persona necesita seguir consumiendo drogas una y otra vez sólo para tratar de que la función de la dopamina regrese a la normalidad, lo cual solo empeora el problema, como un círculo vicioso. Además, la persona a menudo tendrá que consumir cantidades mayores de la droga para conseguir el efecto deseado y que le es familiar que resulta, un fenómeno de la dopamina alta, conocido como tolerancia.



¿De qué manera el consumo de drogas a largo plazo afecta los circuitos cerebrales?

Sabemos que el mismo tipo de mecanismos implicados en el desarrollo de la tolerancia pueden finalmente conducir a cambios profundos en las neuronas y los circuitos del cerebro, con el potencial de comprometer seriamente la salud del cerebro a largo plazo. Por ejemplo, el glutamato es otro neurotransmisor que influye en el circuito de recompensas y en la capacidad de aprender.

Cuando la concentración óptima del glutamato se ve alterada por el abuso de drogas, el cerebro intenta compensar este cambio, lo que puede causar un deterioro de la función cognitiva. Del mismo modo, el abuso de drogas a largo plazo puede desencadenar adaptaciones en los sistemas de memoria no consciente o habitual. El condicionamiento es un ejemplo de este tipo de aprendizaje, donde ciertos indicios en la rutina o el entorno diarios de una persona se asocian con la experiencia de la droga y pueden disparar deseos incontrolables cada vez que la persona está expuesta a estos indicios, aun cuando la droga en sí no está disponible. Este “reflejo” aprendido es extremadamente durable y puede afectar a una persona que alguna vez consumió drogas incluso después de muchos años de abstinencia.

¿Qué otros cambios ocurren en el cerebro cuando se abusa de las drogas?

La exposición crónica a las drogas adictivas altera la forma en que las estructuras cerebrales críticas interactúan para controlar e inhibir las conductas relacionadas con el consumo de drogas.

Al igual que el abuso continuo puede llevar a la tolerancia o la necesidad de dosis más altas de drogas para producir un efecto, también puede llevar a la adicción, lo que puede llevar a un consumidor a buscar y consumir drogas de forma compulsiva. La adicción a las drogas merma el autocontrol y la capacidad de una persona de tomar decisiones acertadas, a la vez que produce impulsos intensos de consumir drogas.

Para obtener más información sobre las drogas y el cerebro, ordene la serie NIDA’s Teaching Packets CD-ROM [Paquete educativo del NIDA en CD-ROM] o la serie Mind Over Matter [Mente sobre Materia] en

www.drugabuse.gov/parent-teacher.html. Estos y otros elementos se encuentran disponibles para el público de forma gratuita.

3.8 La adicción y la salud

¿Cuáles son las consecuencias médicas de la drogadicción?

Las personas que sufren una adicción a menudo tienen uno o dos problemas médicos asociados, entre los que podemos mencionar: enfermedad pulmonar o cardiovascular, accidente cerebrovascular, cáncer y trastornos mentales. El diagnóstico por imágenes, las radiografías de tórax y los análisis de sangre muestran los efectos nocivos del abuso de drogas a largo plazo en todo el cuerpo. Por ejemplo, las investigaciones han demostrado que el humo de tabaco causa cáncer de boca, garganta, laringe, sangre, pulmones, estómago, páncreas, riñón, vejiga y cuello uterino.¹⁹ Además, algunas drogas adictivas, como los inhalantes, son tóxicas para las células nerviosas y pueden dañarlas o destruirlas, ya sea en el cerebro o en el sistema nervioso periférico.

El impacto de la adicción puede llegar muy lejos:

- Enfermedades cardiovasculares
- ACV (accidente cerebrovascular)
- Cáncer
- VIH/SIDA
- Hepatitis B y C
- Enfermedades pulmonares
- Trastornos mentales



¿El abuso de drogas causa trastornos mentales, o viceversa?

El abuso de drogas y la enfermedad mental a menudo coexisten. En algunos casos, los trastornos mentales como la ansiedad, la depresión o la esquizofrenia pueden preceder a la adicción; en otros casos, el abuso de drogas puede desencadenar o exacerbar los trastornos mentales, particularmente en personas con vulnerabilidad específicas.

La adicción y el VIH/SIDA son epidemias entrelazadas.

¿Cómo puede la adicción perjudicar a otras personas?

Más allá de las consecuencias perjudiciales para la persona que padece la adicción, el abuso de drogas puede causar problemas de salud graves para los demás. Tres de las consecuencias más devastadoras e inquietantes de la adicción son:

- ***Los efectos negativos de la exposición prenatal a las drogas en bebés y niños.*** El abuso de heroína u opiáceos recetados por parte de la madre durante el embarazo puede provocar un síndrome de abstinencia (llamado síndrome de abstinencia neonatal, o NAS) en su bebé. También es probable que algunos niños expuestos a las drogas vayan a necesitar apoyo educativo en la escuela que les permitan superar lo que pueden ser déficits sutiles en las áreas de desarrollo como el comportamiento, la atención y el pensamiento. Actualmente se está investigando si los efectos de la exposición prenatal a las drogas en el cerebro y el comportamiento se extienden a la adolescencia y causan problemas de desarrollo durante ese período.

- ***Los efectos negativos del humo de tabaco de segunda mano.*** El humo del tabaco de segunda mano, también llamado humo de tabaco ambiental (HTA), es una fuente importante de exposición a un gran número de sustancias nocivas para la salud humana, particularmente para los niños. Según el Informe del Cirujano



General del 2006, *Las consecuencias para la salud de la exposición involuntaria al humo de tabaco*, la exposición involuntaria al humo de tabaco en el ambiente aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardíacas en personas que nunca han fumado entre un 25% y un 30%, y cáncer de

pulmón entre un 20% y un 30%.

- ***El aumento de la propagación de las enfermedades infecciosas.*** La inyección de drogas como la heroína, la cocaína y la metanfetamina contribuye actualmente a alrededor del 12% de los nuevos casos de SIDA.²¹ El uso de drogas inyectables también es un factor importante en la propagación de la hepatitis C, una enfermedad grave del hígado, potencialmente mortal. El consumo de drogas inyectables no es la única manera en que el abuso de drogas contribuye a la propagación de enfermedades infecciosas.

Todas las drogas adictivas causan alguna forma de intoxicación, que interfiere con el juicio y aumenta la probabilidad de comportamientos sexuales de riesgo. Esto, a su vez, contribuye a la propagación del VIH/SIDA, la hepatitis B y C y otras enfermedades de transmisión sexual.



¿Cuáles son algunos de los efectos de sustancias de abuso específicas?

- **Nicotina:** es un estimulante adictivo que se encuentra en los cigarrillos y otras formas de tabaco. El humo del tabaco aumenta el riesgo de un consumidor de contraer cáncer, enfisema, trastornos bronquiales y enfermedades cardiovasculares. La tasa de mortalidad asociada con la adicción al tabaco es asombrosa. El consumo de tabaco acabó con la vida de aproximadamente 100 millones de personas durante el siglo XX y, si las tendencias actuales de tabaquismo continúan, se ha proyectado que el total de muertes en este siglo alcanzará los mil millones.

El consumo de tabaco es responsable de alrededor de 5 millones de muertes en el mundo cada año.



- **Alcohol:** su consumo puede dañar el cerebro y la mayoría de los órganos del cuerpo. Las áreas del cerebro que son especialmente vulnerables a los daños relacionados con el alcohol son la corteza cerebral (en gran parte responsable de nuestras funciones cerebrales superiores, que incluyen la resolución de problemas y la toma de decisiones), el hipocampo (importante para la memoria y el aprendizaje) y el cerebelo (importante para la coordinación de los movimientos).
- **Marihuana:** es la sustancia ilegal que más se consume. Esta droga deteriora la memoria a corto plazo y el aprendizaje, la capacidad de concentración y la coordinación. También aumenta la frecuencia cardíaca, puede dañar los pulmones y aumentar el riesgo de psicosis en quienes padecen una vulnerabilidad subyacente.

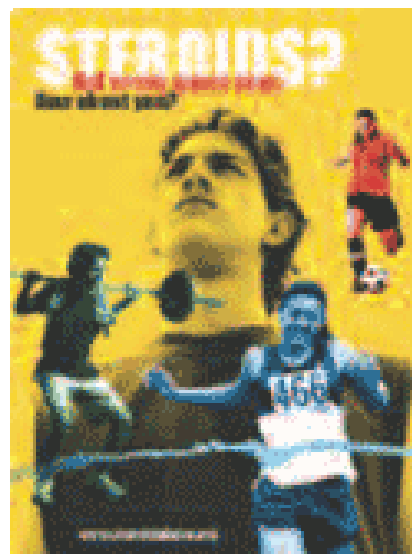
Casi la mitad de los estudiantes de secundaria informan haber consumido marihuana y el 6.5% consume marihuana a diario.

- **Medicamentos recetados:** en este grupo se encuentran los analgésicos opiáceos (como OxyContin® y Vicodin®), los sedantes ansiolíticos (como Valium® y Xanax®) y los estimulantes contra el TDAH (como Adderall® y Ritalin®) que comúnmente son mal utilizados en el autotratamiento de problemas médicos o consumidos en exceso con el fin de potenciar su efecto o (especialmente con estimulantes) mejorar el rendimiento. Sin embargo, el mal uso o el abuso de estos medicamentos (es decir, su consumo de otra manera que no sea exactamente como lo indica un médico para los fines prescritos) puede conducir a la adicción e incluso, en algunos casos, a la muerte. Por ejemplo, con frecuencia se abusa de los analgésicos opiáceos al aplastarlos e inyectarlos o inhalarlos, aumentando así en gran medida el riesgo de adicción y sobredosis. Por desgracia, existe una percepción errónea de que, debido a que estos medicamentos son recetados por los médicos, son seguros, incluso cuando se consumen de forma ilegal o por personas a quienes no se los han recetado.
- **Inhalantes:** son sustancias volátiles que se encuentran en muchos productos para el hogar, tales como limpiadores para hornos, gasolina, pinturas en aerosol y otros aerosoles, que inducen efectos que alteran la mente. Con frecuencia son las primeras drogas que prueban los niños o adolescentes. Los inhalantes son sumamente tóxicos y pueden dañar el corazón, los riñones, los pulmones y el cerebro. Incluso una persona sana puede sufrir insuficiencia cardíaca y la muerte en cuestión de minutos con una sola sesión de inhalación prolongada de un inhalante.

- **Cocaína:** es un estimulante de acción corta, que puede llevar a los usuarios a tomar la droga muchas veces en una sola sesión (esto se conoce como “atrachón”). El consumo de cocaína puede conducir a graves consecuencias médicas relacionadas con el corazón y los sistemas respiratorio, nervioso y digestivo.
- **Anfetaminas:** en este grupo se incluye a la metanfetamina. Son estimulantes poderosos que producen sensaciones de euforia y estado de alerta. Los efectos de la metanfetamina son especialmente duraderos y perjudiciales para el cerebro. Las anfetaminas pueden elevar la temperatura corporal y pueden producir problemas graves en el corazón y convulsiones.
- **MDMA (Éxtasis o “Molly”):** produce tanto efectos estimulantes como alucinógenos. Puede aumentar la temperatura corporal, frecuencia cardíaca, presión arterial y el estrés de la pared cardíaca. La MDMA también puede ser tóxica para las células nerviosas.
- **LSD:** es una de las drogas alucinógenas, o que alteran la percepción, más potentes. Sus efectos son impredecibles y los que la consumen pueden ver imágenes y colores vívidos, oír sonidos y percibir sensaciones que parecen reales, pero que no existen. Los consumidores también pueden tener experiencias traumáticas y emociones que pueden durar muchas horas.
- **Heroína:** es un medicamento opiáceo potente que produce euforia y sentimientos de relajación. Hace lenta la respiración, y su uso está ligado a un aumento del riesgo de enfermedades infecciosas graves, en especial cuando se consume por vía

intravenosa. Las personas que se vuelven adictas a los analgésicos opiáceos a veces los reemplazan con heroína, ya que produce efectos similares y puede ser más barata o fácil de obtener.

- **Esteroides:** si bien se los puede recetar para determinadas afecciones médicas, se abusa de ellos para aumentar la masa muscular y mejorar el rendimiento atlético o la apariencia física. Entre las graves consecuencias del abuso podemos mencionar acné severo, enfermedades del corazón, problemas en el hígado, accidentes cerebrovasculares, enfermedades infecciosas, depresión y suicidio.



- **Combinaciones de drogas.** Una práctica particularmente peligrosa y común es la combinación de dos o más drogas. La práctica va desde la coadministración de drogas legales, como el alcohol y la nicotina, a la mezcla peligrosa de fármacos recetados y a la combinación letal de heroína o cocaína con fentanil (un medicamento opiáceo para el dolor). Sea cual sea el contexto, es fundamental tener en cuenta que, debido a las interacciones de las drogas con otros medicamentos, tales prácticas suelen plantear riesgos significativamente más altos que los fármacos, que ya son nocivos por sí solos.

Para obtener más información sobre la naturaleza y el alcance de las drogas adictivas comunes y sus consecuencias para la salud consulte el sitio Web del NIDA (www.drugabuse.gov) para ver los informes de investigación populares (www.drugabuse.gov/ResearchReports/ResearchIndex.html), folletos informativos de DrugFacts y otras publicaciones.

3.9 El tratamiento y la recuperación

¿La adicción puede ser tratada con éxito?

SÍ. La adicción es una enfermedad tratable. La investigación en la ciencia de la adicción y el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias ha permitido desarrollar intervenciones basadas en evidencia que ayudan a las personas a dejar de abusar del consumo de drogas y reanudar una vida productiva.

¿Se puede curar la adicción?

No siempre, pero al igual que otras enfermedades crónicas, la adicción se puede tratar con éxito. El tratamiento les permite a las personas contrarrestar los efectos potentes y dañinos sobre el cerebro y el comportamiento y recuperar el control de sus vidas.

Estas imágenes, que muestran la densidad de transportadores de dopamina en un área del cerebro llamada, "cuerpo estriado", ilustran el notable potencial del cerebro para recuperarse, al menos parcialmente, después de una larga abstinencia de las drogas. En este caso, la metanfetamina.⁹



¿La recaída en el abuso de drogas indica que el tratamiento ha fracasado?

No. La naturaleza crónica de la enfermedad significa que recaer en el abuso de las drogas en algún momento no solo es posible, sino probable. Las tasas de recaída (es decir, la frecuencia con la que se repiten los síntomas) para las personas con adicción y otros trastornos por uso de sustancias son similares a la tasa de recaídas de otras enfermedades crónicas bien conocidas, como la diabetes, hipertensión y el asma, que también tienen componentes tanto fisiológicos como conductuales. El tratamiento de enfermedades crónicas implica cambiar comportamientos profundamente arraigados y la recaída no significa que el tratamiento haya fracasado. Para una persona que se recupera de la adicción, recaer en el consumo de drogas indica que tiene que

⁹ Fuente: *The Journal of Neuroscience*, 21(23):9414-9418. 2001

retomar o ajustar el tratamiento, o que debería probar con otro tratamiento.



Fuente: JAMA, 284:1689-1695, 2000

Las tasas de recaída para las personas tratadas por abuso de sustancias se comparan con las de las personas con diabetes, hipertensión o asma. Las recaídas son comunes y similares en todas estas enfermedades (como es la adherencia/no adherencia de la medicación). Por lo tanto, la drogadicción debe tratarse como cualquier otra enfermedad crónica; la recaída sirve como disparador para una nueva intervención.

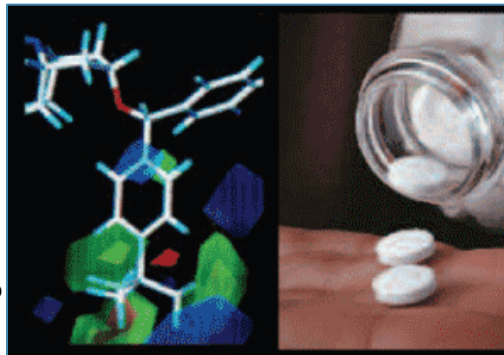
¿Cuáles son los principios de un tratamiento eficaz para el trastorno por uso de sustancias?

La investigación muestra que la combinación de medicamentos para el tratamiento (cuando corresponda) con la terapia conductual es la mejor manera de garantizar el éxito en la mayoría de los pacientes. Los enfoques de tratamiento deben adaptarse para abordar los patrones de uso de drogas de cada paciente y los problemas médicos, psiquiátricos y sociales relacionados con las drogas.

La adicción no tiene que ser una sentencia de por vida.

¿Cómo pueden los medicamentos ayudar a tratar la adicción a las drogas?

Existen diferentes tipos de medicamentos que pueden ser útiles en distintas etapas del tratamiento para ayudar a que un paciente deje de abusar de las drogas, continúe con el tratamiento y evite las recaídas.



Los descubrimientos científicos conducen a avances en el tratamiento del abuso de drogas.

- **Tratamiento de la abstinencia.** Cuando los pacientes dejan de consumir drogas por primera vez, pueden experimentar varios síntomas físicos y emocionales, como depresión, ansiedad y otros trastornos del estado de ánimo, así como intranquilidad o insomnio. Ciertos medicamentos están diseñados para reducir estos síntomas, lo que facilita detener el consumo de drogas.
- **Permanecer en tratamiento.** Algunos medicamentos se utilizan para ayudar al cerebro a adaptarse gradualmente a la ausencia de la droga adictiva. Estos medicamentos actúan lentamente para evitar el deseo de consumir la droga y tienen un efecto calmante en los sistemas del cuerpo. Pueden ayudar a los pacientes a concentrarse en terapia y otras psicoterapias relacionadas con su tratamiento contra las drogas.
- **Prevención de recaídas.** La ciencia nos ha enseñado que el estrés, las señales vinculadas a la experiencia con drogas (como personas, lugares, cosas y estados de ánimo), y la exposición a

las drogas son los desencadenantes más comunes de una recaída. Se están desarrollando medicamentos para interferir con estos disparadores a fin de ayudar a los pacientes a mantener la recuperación.

Medicamentos utilizados para tratar la drogadicción

Adicción al Tabaco

- Terapias de reemplazo de la nicotina (disponibles en los siguientes formatos: parche, inhalador, o chicle)
- Bupropion
- Vareniclina

Adicción a los opiáceos

- Metadona
- Buprenorfina
- Naltrexona

Adicción al alcohol y las drogas

- Naltrexona
- Disulfiram
- Acamprosato

¿Cómo tratan las terapias conductuales la adicción a las drogas?

Los tratamientos conductuales ayudan a las personas a participar en el tratamiento del trastorno por uso de sustancias, modificando sus actitudes y comportamientos relacionados con el uso de drogas y aumentando sus habilidades para manejar circunstancias estresantes y señales ambientales que podrían desencadenar un deseo intenso por las drogas y dar lugar a otro ciclo de consumo compulsivo. Las terapias

conductuales también pueden mejorar la eficacia de los medicamentos y ayudar a las personas a permanecer más tiempo en el tratamiento.

El tratamiento debe dirigirse a la persona de manera integral.

¿Cómo ayudan los mejores programas de tratamiento a los pacientes a recuperarse de los efectos generalizados de la adicción?

Adquirir la capacidad de dejar de abusar de las drogas es solo una parte de un largo y complejo proceso de recuperación. Cuando las personas inician un tratamiento por un trastorno por uso de sustancias, a menudo la adicción ha tomado el control sobre sus vidas. La compulsión por obtener, consumir y experimentar los efectos de las drogas ha dominado cada momento de su vigilia, y el abuso de drogas ha reemplazado todas las cosas que antes solían disfrutar haciendo. Ha afectado su funcionamiento en su vida familiar, en el trabajo y en la comunidad, y los ha hecho más propensos a sufrir otras enfermedades graves. Debido a que la adicción puede afectar muchos aspectos de la vida de una persona, el tratamiento debe abordar todas sus necesidades, para tener éxito.



Es por eso que los mejores programas incorporan una variedad de servicios de rehabilitación en sus regímenes integrales de tratamiento. Los terapeutas pueden seleccionar diferentes servicios para satisfacer las necesidades médicas, psicológicas, sociales, vocacionales y legales específicas de sus pacientes, a fin de fomentar su recuperación de la adicción.

- **Terapia cognitiva conductual:** busca ayudar a los pacientes a reconocer, evitar y hacer frente a las situaciones en las que son más propensos a abusar de las drogas.
- **Reforzamiento sistemático:** utiliza el refuerzo positivo, como otorgar recompensas o privilegios por permanecer libres de drogas, por asistir y participar en sesiones de terapia o por tomar los medicamentos de tratamiento según las indicaciones.
- **Terapia de estímulo motivacional:** utiliza estrategias para provocar un cambio de comportamiento rápido y motivado motivado internamente para detener el uso de drogas y facilitar el inicio del tratamiento.
- **Terapia familiar (especialmente para jóvenes):** aborda los problemas de drogas de una persona en el contexto de interacciones y dinámicas familiares que podrían contribuir al consumo de drogas y otras conductas de riesgo.

Para obtener más información sobre el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias, consulte *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide* [*Principios del tratamiento para la drogadicción: una guía con base científica*] (www.drugabuse.gov/publications/principles-

drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/acknowledgments) y *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research- Based Guide* [Principios del tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias en los adolescentes: una guía con base científica] www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide).

Avances de la ciencia de la adicción y soluciones prácticas

Liderar la búsqueda de soluciones científicas—Para abordar todos los aspectos del abuso de drogas y sus consecuencias nocivas, el programa de investigación del NIDA contempla desde los estudios básicos del cerebro del adicto hasta el comportamiento y la investigación en los servicios de salud. El programa de investigación del NIDA desarrolla enfoques de prevención y tratamiento y asegura que funcionen en entornos realistas. En este contexto, el NIDA está fuertemente comprometido con el desarrollo de una cartera de investigación que aborda las vulnerabilidades especiales y las disparidades de salud que existen entre las minorías étnicas o las que derivan de las diferencias de género.

Acercar la ciencia a situaciones reales

- *Red de Investigaciones Clínicas para el Tratamiento de Drogas* (CTN, por sus siglas en inglés) la



CTN pone a prueba los tratamientos para el abuso de drogas, con bases científicas, en programas comunitarios para el tratamiento de la drogadicción en todo el país.

- ***Criminal Justice Drug Abuse Treatment Studies (CJ-DATS)***
Liderada por el NIDA, los estudios sobre los tratamientos para el abuso de drogas dentro del sistema judicial, o CJ-DATS, es una red de centros de investigación, en sociedad con profesionales del sistema judicial, proveedores de tratamientos para el abuso de drogas y agencias federales responsables por el desarrollo de enfoques de tratamiento integrales para los ofensores dentro del sistema judicial y por ponerlos a prueba en diversos sitios por todo el país.
- ***Juvenile Justice Translational Research on Interventions in the Legal System (JJ-TRIALS)*** [Investigación Traslacional en la Justicia Juvenil sobre Intervenciones en el Sistema Legal (ENSAYOS-JJ)] JJ-TRIALS es un programa de investigación cooperativa que se desarrolla en siete sitios, diseñado para identificar y probar estrategias para mejorar la prestación de servicios de prevención y tratamiento basados en evidencia, tanto del abuso de sustancias como del VIH, para jóvenes que tengan problemas con el sistema judicial.

Compartir información gratuita con el público – El NIDA aumenta aún más el impacto de su investigación sobre los problemas de adicción al compartir con los demás profesionales y el público en general información gratuita acerca de sus hallazgos. Se dirigen iniciativas especiales a estudiantes y profesores, así como a personas y grupos étnicos designados.

Iniciativas especiales del NIDA para estudiantes, maestros y padres de familia

- ***Heads Up: Real News About Drugs and Your Body*** - [Atención: noticias reales sobre las drogas y tu cuerpo]: serie educativa sobre drogas creada por el NIDA y SCHOLASTIC INC., para estudiantes de 6º a 12º grado.
- ***NIDA for Teens: The Science Behind Drug Abuse*** - [NIDA para adolescentes: la ciencia detrás del abuso de drogas]: sitio web interactivo orientado específicamente a los adolescentes, con datos sobre las drogas apropiados para su edad.
- ***Drug Facts Chat Day*** - [Jornada para conversar sobre drogas]: charla web entre los científicos del NIDA y adolescentes, realizada a través de los laboratorios de computación de la escuela una vez al año, durante la National Drug Facts Week [Semana Nacional de Datos sobre las Drogas] (a continuación).
- ***National Drug Facts Week*** - [Semana Nacional de Datos sobre las Drogas]: práctica de una semana que fomenta eventos comunitarios y el diálogo entre los adolescentes y los científicos durante la Semana Nacional de Datos sobre las Drogas.

Iniciativas especiales para médicos

- ***NIDAMED [Iniciativa especial para médicos clínicos]***: Herramientas y recursos para aumentar la conciencia sobre el impacto del consumo de sustancias en la salud general de los pacientes, y ayudar a los médicos clínicos y a las personas aún en capacitación a identificar el consumo de drogas del paciente a

temprana edad, para evitar que se agrave y derive en abuso o adicción.

Publicaciones sobre Prevención y Principios de Tratamiento

- ***Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes: Una Guía con Base Científica para Padres, Educadores y Líderes de la Comunidad:*** Guía basada en la investigación del NIDA para la prevención del abuso de drogas en niños y adolescentes, que ofrece 16 principios derivados de la investigación eficaz para la prevención de drogas e incluye respuestas a las preguntas sobre los factores de riesgo y de protección, así como sobre la planificación e implementación en la comunidad.
- ***Principles of Drug Addiction Treatment (Principios de Tratamientos para la Drogadicción: Una Guía Basada en Investigaciones):*** Esta guía resume los 13 principios de tratamiento eficaz, responde a preguntas comunes y describe los tipos de tratamiento, brindando ejemplos de componentes de tratamiento científicamente comprobados.
- ***Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*** [Principios de tratamiento para el trastorno por el consumo de sustancias en los adolescentes: una guía con base científica]: esta guía trata sobre la urgencia de tratar las adicciones y otros trastornos por el consumo de sustancias en los adolescentes, responde a preguntas comunes acerca de cómo los jóvenes reciben tratamiento por problemas de drogas, y describe los métodos de tratamiento eficaces respaldados por la evidencia científica.

- ***Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations: A Research-Based Guide*** [Principios de tratamiento por abuso de drogas para personas dentro del sistema de justicia penal]: esta guía basada en la investigación del NIDA para el tratamiento de personas adictas que tiene problemas con el sistema de justicia penal ofrece 13 principios esenciales de tratamiento, e incluye respuestas a preguntas frecuentes e información sobre recursos existentes.

Para más información, todas las publicaciones del NIDA se encuentran disponibles en www.drugabuse.gov. Algunas publicaciones también están disponibles en forma impresa, sin costo alguno. Para solicitar copias impresas, comuníquese con el DRUGPubs Research Dissemination Center al 1-877-NIH-NIDA o visite drugpubs.drugabuse.gov. Vea vídeos de NIDA (NIDA TV) en: www.drugabuse.gov/nida-tv.

Bibliografía

1. Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs, 2014*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

2. Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *HIV Surveillance Report, Vol. 23*. Retrieved from:
http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance/2011/surveillance_Report_vol_23.html.
3. Centers for Disease Control and Prevention. (2005). *HIV/AIDS Surveillance Report, Vol. 17*. Rev ed. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved from:
<http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance/index.html>.
4. Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). *Alcohol-Related Disease Impact (ARDI)*. Atlanta, GA: CDC.
5. Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). *HIV/AIDS Statistics Overview*. Retrieved from:
<http://www.cdc.gov/hiv/statistics/index.html>.
6. Di Chiara, G., Tanda, G., Cadoni, C., Acquas, E., Bassareo, V., & Carboni, E. (1998). Homologies and Differences in the Action of Drugs of Abuse and A Conventional Reinforcer (Food) on Dopamine Transmission: An Interpretive Framework of the Mechanism of Drug Dependence. *Advances in Pharmacology*, 42:983-987.
7. Di Chiara, G., & Imperato, A. (1988). Drugs Abused by Humans Preferentially Increase Synaptic Dopamine Concentrations in the Mesolimbic System of Freely Moving Rats. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 85:5274-5278.
8. Ezzati, M., & Lopez, A.D. (2003). Estimates of Global Mortality Attributable to Smoking in 2000. *Lancet*, 362(9387):847-852.
9. Fiorino, D.F., & Phillips, A.G. (1999). Facilitation of Sexual Behavior and Enhanced Dopamine Efflux in the Nucleus Accumbens of Male Rats after D-amphetamine Behavioral Sensitization. *Journal of Neuroscience*, 19:456-463.

10. Fowler, J.S., Volkow, N.D., Kassed, C.A., & Chang, L. (2007). Imaging the Addicted Human Brain. *Science & Practice Perspectives*, 3(2):4-16.
11. Fowler, J.S., Logan, J., Wang, G.J., Volkow, N.D., Telang, F., Zhu, W., Franceschi, D., Pappas, N., Ferrieri, R., Shea, C., Garza, V., Xu, Y., Schlyer, D., Gatley, S.J., Ding, Y.S., Alexoff, D., Warner, D., Netusil, N., Carter, P., Jayne, M., King, P., & Vaska, P. (2003). Low Monoamine Oxidase B in Peripheral Organs in Smokers. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100(20):11600-11605.
12. Gogtay, N., Giedd, J.N., Lusk, L., Hayashi, K.M., Greenstein, D., Vaituzis, A.C., Nugent, T.F. 3rd, Herman, D.H., Clasen, L.S., Toga, A.W., Rapoport, J.L., & Thompson, P.M. (2004). Dynamic Mapping of Human Cortical Development during Childhood through Early Adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 101(21):8174-8179.
13. Hatsukami, D.K., & Fischman, M.W. (1996). Crack Cocaine and Cocaine Hydrochloride: Are the Differences Myth or Reality. *Journal of the American Medical Association*, 276:1580-1588.
14. Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Miech, R.A., Bachman, J.G., & Schulenberg, J.E. (2014). *Monitoring the future national survey results on drug use: 1975-2013: Overview, key findings on adolescent drug use*. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan.
15. Krohn, M.D., Lizotte, A.J., & Perez, C.M. (1997). The Interrelationship between Substance Use and Precocious Transitions to Adult Statuses. *Journal of Health & Social Behavior*, 38(1):87-103.
16. Lynskey, M.T., Heath, A.C., Bucholz, K.K., Slutske, W.S., Madden, P.A.F., Nelson, E.C., Statham, D.J., & Martin, N.G. (2003). Escalation of Drug Use in Early-onset Cannabis Users Vs. Co-twin Controls. *Journal of the American Medical Association*, 289:427-33, 2003.

17. McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien, C.P., & Kleber, H.D. (2000). Drug Dependence, A Chronic Medical Illness: Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284(13):1689-1695.
18. National Drug Intelligence Center. (2011). *The Economic Impact of Illicit Drug Use on American Society*. Washington, DC: United States Department of Justice.
19. National Institute on Drug Abuse. (2003). *Preventing Drug Abuse among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders (Second Edition)* (NIH Publication No. 04-4212[A]). Rockville, MD.
20. Peto, R., & Lopez, A. D. (2000). *Global Health in the 21st Century*. Edited by C. Everett Koop, Clarence E. Pearson, and M. Roy Schwarz. Published by Jossey-Bass, New York.
21. Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global Burden of Disease and Injury and Economic Cost Attributable to Alcohol Use and Alcohol-use Disorders. *Lancet* 373(9682):2223-2233.
22. Shankaran, S., Lester, B.M., Das, A., Bauer, C.R., Bada, H.S., Lagasse, L., & Higgins, R. (2007). Impact of Maternal Substance Use During Pregnancy on Childhood Outcome. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 12(2):143-150.
23. U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
24. U.S. Department of Health and Human Services. (2006). *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the*

Surgeon General. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

25. U.S. Department of Health and Human Services. (2004). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Washington, D.C.
26. Verebey, K., & Gold, M.S. (1988). From Coca Leaves to Crack: The Effects of Dose and Routes of Administration in Abuse Liability. *Psychiatric Annals*, 18:513–520.
27. Volkow, N.D., Chang, L., Wang, G.J., Fowler, J.S., Leonido-Yee, M., Franceschi, D., Sedler, M.J., Gatley, S.J., Hitzemann, R., Ding, Y.S., Logan, J., Wong, C., & Miller, E.N. (2001). Association of Dopamine Transporter Reduction with Psychomotor Impairment in Methamphetamine Abusers. *American Journal of Psychiatry* 158(3):377-382.
28. Volkow, N.D., Chang, L., Wang, G.J., Fowler, J.S., Franceschi, D., Sedler, M., Gatley, S.J., Miller, E., Hitzemann, R., Ding, Y.S., & Logan, J. (2001). Loss of Dopamine Transporters in Methamphetamine Abusers Recovers with Protracted Abstinence. *Journal of Neuroscience*, 21(23):9414-9418.

Notas del Capítulo 3

Capítulo 4. Depresión y las comunidades de fe

4.1 Depresión y las comunidades de fe

La depresión es un asunto polémico entre los cristianos. Algunos simplemente lo llaman un pecado. El pensamiento es que la depresión revela una falta de fe en las promesas de Dios, es el resultado de un comportamiento pecaminoso, o simplemente la pereza. Sabemos que Dios es bueno y amoroso y que estamos seguros en Él, así que: ¿Por qué estar deprimido?

Otros dicen que la depresión es un problema médico. Los que tienen este punto de vista creen que la depresión es el resultado de un desequilibrio químico en el cerebro, así que la depresión no es más mala que tener gripe.

Y luego están aquellos que no están seguros de qué es exactamente esta cosa tan fea llamada depresión. La fe les parece estar relacionada con la depresión, pero los químicos del cerebro también.

Por supuesto también están los cristianos deprimidos, que se sienten culpables, a la defensiva, confundidos, perdidos o simplemente demasiado deprimidos como para que les importe lo que piense la Iglesia.

Entonces, ¿Está mal que un cristiano este deprimido?

4.2 El pecado original y la enfermedad

Al principio, lo que Dios creó era bueno. Después de crear al hombre, Él dijo que era “muy bueno.” Por algún tiempo, Adán y Eva caminaron en perfecta armonía con Dios en el Jardín de Edén. Solo podemos especular como fue realmente esa experiencia, pero sí, podemos saber que era “perfecta.” En ese momento, todo estaba orientado hacia la vida y la muerte aún no existía.

Sin embargo, cuando Adán y Eva ejercitaron su libre albedrío para ser desobedientes a Dios, no solo fueron expulsados del Jardín, sino también como resultado, toda la creación de Dios sufrió y la muerte de todo lo que es vivo entró a nuestro mundo. Las Escrituras nos dicen que toda la creación física fue afectada por nuestro pecado, y hay que esperar al día de redención (Romanos 8:19-22).

La iglesia enfatiza los efectos espirituales del pecado, mientras se minimizan o se ignoran los efectos físicos y mentales. Es importante reconocer que la enfermedad mental es parte de la enseñanza cristiana de los efectos del pecado original, tal como cualquier otra enfermedad.

4.3 Cómo la Iglesia se equivoca en cuanto a la depresión

Es una práctica común en las iglesias tratar las enfermedades mentales de manera diferente a otras enfermedades como el cáncer, las enfermedades del corazón, etc. Desde hace mucho tiempo, los líderes espirituales han asumido que hay otra cosa, alguna lucha espiritual más profunda que causa estrés emocional y mental.

El hecho es que la enfermedad mental y la lucha espiritual pueden ser (y usualmente están) interrelacionadas. Somos seres complejos,

increíblemente conectados en mente, cuerpo, y espíritu. Sabemos que esto es la verdad de Mateo 22:37, donde Jesús dice: “Ama a Dios con todo tu corazón, con toda tu alma, y con toda tu mente.”

Desde hace mucho tiempo, la iglesia ha tratado el tema de depresión entre sus congregantes, solo como un asunto espiritual. Las respuestas más comunes a las personas con depresión han sido: “Ora más!” “Ten más fe!” “Lee tu Biblia más!” “Solo tienes que pensar más positivamente!”

Los mitos de la depresión en las comunidades de fe

- **“Los que realmente son creyentes no sufren de depresión.”** — Si afirmamos creer que la Biblia es la palabra infalible de Dios inspirada por el Espíritu Santo, entonces esta declaración no puede ser cierta. Nadie se pregunta si Elías o el Rey David eran verdaderos creyentes, pero ambos sufrieron de depresión debilitante.
- **“La depresión es un problema de fe.”** — Con mayor frecuencia, la depresión causa una crisis de fe en los creyentes se consumen por un sentido de culpabilidad como resultado de su depresión. La respuesta de la iglesia ha sido una de vergüenza, lo que ha intensificado esa culpa.
- **“La depresión es un pecado.”** — Estar enfermo no es un pecado. Habiendo dicho eso, la depresión a veces puede conducir a comportamientos pecaminosos. Si vemos la depresión como un pecado, esto evita que los que la sufren busquen ayuda y tratamiento profesional, encontrándose al final solo con una opción que es el “autotratamiento” de sus enfermedades, por lo

regular de una forma poco saludable, adormeciendo los síntomas y terminando por empeorar su condición.

- **“La depresión puede curarse con la oración.”** — La oración es absolutamente esencial para la vida cristiana. Uno de los nombres de Dios es Jehová Rapha, el Señor nuestro Sanador. Aunque El creó el universo, en el Antiguo Testamento, Dios dice al Rey Ezequías que debe usar una cataplasma de higos para sanar (2 Reyes 20:1-7). ¿Era eso necesario para la curación del rey? Claro que no, pero Dios le dijo que tomara una acción además de la oración. Algunos creyentes están tan debilitados por la depresión que pierden su capacidad de orar y tienen que depender de las oraciones de su iglesia, su familia, y sus amigos.
- **“La depresión no es una enfermedad física.”** — Los estudios muestran que existe un desequilibrio químico en el cerebro de quienes padecen clínica, un desequilibrio que no se puede restaurar por sí solo, al igual que el desequilibrio químico en la diabetes que necesita ser tratado con insulina. Además, existe una fuerte evidencia que muestra que la enfermedad mental tiene un componente genético.

La depresión afecta físicamente a quienes la padecen, dejándolos incapaces de funcionar en sus rutinas diarias. A menudo pasan días o aun semanas en cama. Piense en una persona sana: Sería imposible para esa persona pasar día tras día en la cama, ¡sin hacer nada! Sin usar la computadora, sin ver televisión, sin hablar con nadie por teléfono, sin leer. Día tras día, en cama con las cobijas cubriendo su cabeza.

- **“No se debe hablar de la depresión.”** —Se debe hablar de la depresión y de todas las enfermedades mentales, abierta y libremente, sin prejuicio o vergüenza. El silencio de la iglesia ha hecho que la gente con este tipo de discapacidad se encuentre encerrada en lugares oscuros de sufrimiento, con poca esperanza de cambio. En un estudio reciente por Lifeway Research, encontraron que 1 de cada 5 personas con enfermedades mentales rompió lazos con la iglesia, debido a la reacción negativa a su enfermedad.

Las estadísticas muestran que aproximadamente el 80% de las personas que sufren de depresión muestran una mejoría con la combinación de medicamentos y psicoterapia. Hablar sobre la depresión libera a las personas para buscar la ayuda que necesitan y hay una mayor posibilidad de mejorar la calidad de sus vidas. Cuando su calidad de vida mejora, también mejora la calidad de vida y la salud de su iglesia.

4.4 Hechos importantes sobre la depresión

La depresión es una condición común de la salud mental que tiene una variedad de síntomas físicos y mentales. Aunque todos nos sentimos a veces un poco tristes o agotados por los problemas cotidianos de la vida, la depresión es más que eso.

Si usted tiene la afección, puede sentirse muy triste por semanas o incluso meses. La depresión clínica es mucho más que estar triste por un largo período de tiempo, puede paralizar todas las fuerzas vitales que nos hacen seres humanos.

Los diferentes tipos de depresión incluyen:

- Depresión moderada o leve
- Depresión clínica

- Trastorno bipolar
- Depresión después del parto
- Trastorno afectivo estacional

Síntomas de depresión

- Dificultad para concentrarse, recordar detalles y tomar decisiones
- Cansancio y una pérdida de energía
- Sentimientos de culpabilidad, inutilidad, y/o impotencia
- Sentimientos de pesimismo o desesperanza
- Insomnio, madrugar sin querer o sueño excesivo
- Irritabilidad, inquietud
- Pérdida de interés en actividades o pasatiempos que alguna vez fueron placenteros, incluyendo relaciones sexuales
- El comer en exceso o perder el apetito
- Molestias persistentes, dolores de cabeza, calambres o problemas digestivos que no se alivian aún con tratamiento médico.
- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o “vacío”
- Pensamientos de suicidio, intentos de suicidio

Diferencias del género en la depresión

Los hombres y las mujeres pueden experimentar la depresión de maneras distintas.

LAS MUJERES TIENDEN A:	LOS HOMBRES TIENDEN A:
Echarse la culpa a sí misma	Echarle la culpa a los demás
Sentirse tristes, con apatía y desesperadas	Sentirse enojados, irritados y con el ego inflado
Sentirse ansiosas y con miedo	Sentirse sospechosos y cautelosos
Evitan cualquier conflicto	Crean conflictos
Tienen dificultad en establecer límites	Tienen la necesidad de estar en control todo el tiempo
Hablan fácilmente de sus dudas y desesperación	Difícilmente hablan de sus dudas y desesperación
Usan la comida, los amigos y el amor como medicina	Usan el alcohol, TV, deportes y el sexo como medicina

4.5 ¿Los (verdaderos) cristianos pueden sufrir depresión?

¡Esa pregunta es tan ridícula como preguntar si un verdadero cristiano puede sufrir de un resfriado! ¿O si puede sufrir ENFERMEDADES DEL CORAZÓN? ¿DIABETES? ¿ENFERMEDAD DEL HIGADO? ¿CÁNCER? O de cualquier otra cantidad de enfermedades.

Juan 9: 2-3 (NIV). Sus discípulos le preguntaron: “Rabí, ¿quién pecó, este hombre o sus padres, para que haya nacido ciego?” “Ni este hombre ni sus padres, ninguno pecó,” dijo Jesús, “pero esto pasó para que la gloria de Dios se manifestara en su vida.”

Para los creyentes que sufren de depresión, existe una gran paradoja en su fe. La misma fe que los llevó a una vida eterna con Cristo es la que los deja perplejos y les hace dudar que su fe sea real; después de todo, “Si soy realmente cristiano, no debería sentirme deprimido.” Y la iglesia tiene la culpa por estos pensamientos y sentimientos.

4.6 ¿Pueden los líderes de fe sufrir depresión?

Según la mayoría de las estadísticas, uno de cada cuatro estadounidenses sufrirá una enfermedad mental en su vida, por lo tanto, es razonable suponer que al menos un pastor de cada cuatro también lo hará. En todo caso, debido al estrés y las expectativas de su trabajo, este número podría ser mayor entre los líderes religiosos.

Las estadísticas no cambian simplemente porque alguien estudió en el seminario, o porque atravesó la puerta de la iglesia. Por desgracia, las comunidades de fe están plagadas de historias trágicas de líderes religiosos que terminan con sus vidas:

El reverendo Teddy Parker, de 42 años, de Macon, Georgia, murió de una herida de bala autoinfligida en la entrada de su casa, mientras su congregación de 800 miembros y su familia lo esperaban en su iglesia, donde debía predicar un domingo en la mañana.

Un pastor de Illinois que estaba de duelo por la muerte de su esposa, a quien enterró en diciembre pasado, aparentemente se disparó dentro de su casa en Matteson frente a su hijo suplicante, diciendo que escuchaba la voz de su esposa y sus pasos. Se murió más tarde por la herida.

Un miércoles, los amigos y miembros de la iglesia Summit acudieron a las redes sociales para recordar al ex pastor Isaac Hunter, como un poderoso orador que inspiró a otros con el poder de su fe cristiana, mientras luchaba con sus propios demonios personales. Hunter, de 36 años, se mató con un tiro en su apartamento cerca de State Road 434 en Altamonte Springs.

Paul Tripp también ha escrito sobre el problema de la depresión pastoral. Señala que las expectativas poco realistas, la tensión en el hogar, temer al hombre más que a Dios y perseguir la gloria personal más que a Dios son cuatro razones por las que los pastores suelen agotarse y deprimirse.

“Las iglesias olvidan que han llamado a una persona que es un ser humano en el medio de su propia santificación,” escribe. “Esto tiende a llevar al pastor a esconderse, con miedo de confesar lo que es verdad para él y para todos los que él atiende. Hay una conexión directa entre expectativas poco realistas y ciclos profundos de decepción.”

Si se pudiera hablar libremente de la depresión, ¿podrían estos pastores haberse sentido capaces de buscar ayuda, en vez de tomar sus propias

vidas? ¿Ha permitido Dios estas tragedias para que la iglesia se despierte a la imperiosa necesidad de reconocer la depresión como una enfermedad real que necesita un tratamiento real?

En las personas que tienen depresión clínica, hay algo que falla en el cerebro y los neurotransmisores, lo que hace que las sinapsis no se conecten correctamente. Esta disfunción en el cerebro conduce a una serie de problemas, incluyendo los pensamientos distorsionados y la incapacidad para razonar bien.

Cuando se encuentra con alguien que tiene tendencias suicidas, es posible que usted vea a esa persona, su vida y sus circunstancias completamente diferentes de cómo ellos lo ven. Quizás la persona frente a usted es inteligente, brillante, tiene un buen trabajo, una buena casa y un matrimonio agradable. Sin embargo, el o ella mismo dice creer que todo el mundo sería más feliz si estuviera muerto, que ve su vida sin propósito o significado y que no tiene ninguna esperanza de que eso puede cambiar algún día. Así es como la depresión distorsiona las percepciones de una persona. Parecido a un brote psicótico, son incapaces de captar la realidad o su percepción de la realidad es distorsionada.

4.7 La respuesta de la Iglesia a la depresión

La sanación verdadera viene de la oración, de una comunidad amorosa que busca honestamente entender mejor la depresión y las condiciones que derivan de ella, y desarrollar una respuesta positiva.

La oración, las escrituras y la fe son herramientas poderosas que animan a las personas en su lucha diaria, pero la iglesia falla cuando las presenta como única cura para los desórdenes mentales, incluyendo la depresión.

Las Escrituras / expectativas que no son de ayuda

- ¿Los cristianos deberían simplemente, “Regocijarse en el Señor siempre...”? (Fil. 4:6)
- Los cristianos sólo deberían, “...Comer comida con alegría y bebe vino con gozo.” (EC. 9:7)
- Los cristianos solo deberían, “...rebosar con esperanza...” (Rom. 15:13)

Las Escritura / expectativas que son de ayuda

- Salmos 34:18, “Cercano está el Señor a los quebrantados de corazón, y salva a los abatidos de espíritu.” Dios entiende cómo te sientes.
- 1 Pedro 5:7 “Dejen todas sus preocupaciones a Dios, porque Él tiene cuidado de vosotros.” Dios cuida al que está deprimido. Él quiere tomar sus preocupaciones y llevarlas por usted.
- Romanos 8:38 “y estoy convencido de que nada nos puede separar del amor de Dios. Ni la muerte, ni la vida, ni los ángeles ni los demonios, ni nuestros temores de hoy, ni nuestras preocupaciones por el mañana, ni siquiera los poderes del infierno nos puede separar del amor de Dios”. Dios nos ama, pase lo que pase.

Varios gigantes espirituales de la Biblia sufrieron de la depresión

David en el Salmo 6:6 dice: “Cansado estoy de mis gemidos; todas las noches inundo *de llanto* mi lecho, con mis lágrimas riego mi cama”.

Pablo en 2 de Corintios 1:8-10 “Porque no queremos que ignoréis, hermanos, acerca de nuestra aflicción sufrida en Asia, porque fuimos abrumados sobremanera, más allá de nuestras fuerzas, de modo que hasta perdimos la esperanza de *salir con* vida. 9 De hecho, sentimos que habíamos recibido la sentencia de muerte, a fin de que no confiáramos

en nosotros mismos, sino en Dios que resucita a los muertos, **10** Él nos libró de tan gran *peligro de muerte* y *nos* libraré. En él hemos puesto nuestra esperanza de que nos libraré de nuevo”

Elías en 1 de Reyes 19:4-5 “El anduvo por el desierto un día de camino, y vino y se sentó bajo un enebro. Pidió morir y dijo: Basta ya, Señor, toma mi vida porque yo no soy mejor que mis padres. **5** Y acostándose bajo el enebro, se durmió. Y he aquí, un ángel lo tocó y le dijo: Levántate y come”.

Los pastores tienen la oportunidad única de abrir las páginas de la Escritura y hablar con la gente sobre otras personas. Elías, David, Pablo y los apóstoles se sentían vencidos después de la crucifixión de Cristo, todos demuestran la experiencia de la depresión en la vida de personas reales. Se ha dicho que la Escritura se trata de dos temas: la condición humana y el carácter de Dios. En vez de minimizar la depresión, ensañando directamente su existencia permite que los oyentes experimenten la empatía de aquellos “en esa gran nube de testigos.”

Los pastores y los miembros de una congregación también deben admitir sus limitaciones y estar dispuestos a referir a las personas que luchan contra la depresión a aquellos profesionales que tienen talento y están capacitados para ayudar.

Al igual que alguien que ha sufrido un infarto necesita más que un médico familiar, los que sufren de depresión suelen beneficiarse de la experiencia de profesionales capacitados y posiblemente del tratamiento mediante terapia.

La mayoría de las iglesias sin duda tienen las mejores intenciones al tratar con problemas mentales. Sin embargo, la Iglesia puede confundir

estas condiciones clínicas y tratar de resolverlas de manera que las complica y sin darse cuenta desmoraliza a los que las están sufriendo. Si las iglesias empiezan a responder a los desórdenes mentales como una comunidad dispuesta a ofrecer ánimo y apoyo, los que sufren de estas enfermedades posiblemente puedan aceptar la ayuda y esto los pueda llevar a una más pronta recuperación.

4.8 Llamada a la acción: lo que puede hacer

- Edúquese a sí mismo, a sus congregaciones y comunidades.
- Promueva la conciencia, educando a los miembros de su congregación y comunidades sobre la depresión y otros problemas de salud mental, a través de foros educativos y otras oportunidades.
- Invite a expertos locales en salud mental, incluyendo aquellos que han experimentado depresión, para hablar con su congregación.
- Comparta información y mitos comunes sobre la depresión y la salud mental.
- Conéctese con recursos y proveedores locales de salud mental.
- Si el presupuesto permite, contrate a un profesional de salud mental como parte de su personal.
- Invite a NAMI (National Alliance on Mental Illness) a presentar programas en su iglesia.

- Capacítese para ser anfitriones de los Grupos de Gracia de Salud Mental a través de Mental Health Grace Alliance o asóciase con una congregación que ya esté ofreciendo estos grupos.
- Busque entrenamiento en Primeros Auxilios de Salud Mental.
- Capacite a los miembros claves de su personal e iglesia para identificar las señales de depresión y suicidio.
- Inicie un grupo de apoyo para cristianos con depresión.
- Hable sobre asuntos de salud mental desde el púlpito.
- Sea auténtico sobre su propia salud mental y su experiencia con la depresión.
- Cree una biblioteca de recursos relevantes sobre la salud mental.

Bibliografía

1. Grace for the Afflicted: A Clinical and Biblical Perspective on Mental Illness por Matthew S. Stanford.
2. Troubled Minds: Mental Illness and the Church's Mission Paperback por Amy Simpson.
3. Will Medicine Stop the Pain? Finding God's Healing for Depression, Anxiety and Other Troubling Emotions por Elyse Fitzpatrick y Laura Hendrickson.
4. Blame It on the Brain? Distinguishing Chemical Imbalances, Brain Disorders and Disobedience. Por Edward T. Welch.

Capítulo 5. Suicidio y Prevención

Introducción

El suicidio es un problema de salud pública serio y prevenible.

Los temas a desarrollar en este curso son:

- 1) El alcance del problema
- 2) Los hechos y mitos sobre el suicidio
- 3) Las señales de advertencia del suicidio
- 4) Cómo hablar del tema
- 5) Los recursos

5.1 El alcance del problema

El suicidio se ocurre cuando una persona termina con su vida. El suicidio no es un tema de conversación amigable. Como la mayoría de los temas provocativos, incomoda a la gente. Nunca ha habido una mayor necesidad de educación sobre el suicidio y la prevención que en la actualidad, ya que las tasas de suicidios están aumentando.

Es la décima causa principal de muerte entre los estadounidenses. Pero las muertes por suicidio son sólo una parte del problema. Los intentos de suicidio impactan a una población más grande de personas. Más personas sobreviven a los intentos de suicidio que los que mueren. Se estima que, por cada muerte documentada por suicidio, otras 25 personas han tratado de poner fin a sus vidas, en muchas ocasiones, dejándolas gravemente heridas y con necesidad de atención médica. Por cada suicidio, hay entre seis y diez personas que se ven afectadas directamente. Los miembros sobrevivientes de la familia no sólo sufren el trauma de perder a un ser querido por suicidio, sino que tienen un

riesgo potencialmente más alto de suicidio y problemas emocionales. El suicidio ocurre en todo tipo de familia, cada hora de cada día de cada mes de cada año. No tiene en cuenta la edad o situación económica, educativa, social, ni el origen étnico.

El suicidio en los Estados Unidos

- Más de 41,000 personas mueren por suicidio cada año.
- El suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 10-34 años.
- El suicidio es la principal causa de muerte de hombres menores de 45 años.
- Hasta el 90% de las personas que mueren por suicidio tienen una enfermedad mental diagnosticable.
- La depresión es la causa principal de suicidio.
- Los suicidios superan en número a los homicidios más del doble.
- Las armas de fuego son el principal método de suicidio.
- Los hombres tienen cuatro veces más probabilidades de morir por suicidio.
- Las mujeres tienen tres veces más probabilidades de intentar suicidarse.

- El alcoholismo juega un papel en 1 de cada 3 suicidios.
- El suicidio resulta en un estimado de \$ 51 mil millones en costos médicos y pérdida de trabajo combinado.

El suicidio en San Diego

Al igual que otras áreas de Estados Unidos, las tasas de suicidio en San Diego continúan aumentando. En 2018, San Diego perdió 464 personas por suicidio, el mayor número de suicidios registrado. Los suicidios militares no están incluidos en las estadísticas de San Diego. El impacto del suicidio es mucho más amplio que esas 464 pérdidas. Se estima que por cada persona que muere por suicidio, al menos otras 25 han intentado terminar con su vida; para 2018 eso se traduce en 10,000 personas. Además, al menos de seis a diez personas se ven profundamente afectadas por perder a alguien por suicidio; esa población (aproximadamente de 2700 a 4500 habitantes de San Diego) tiene mayor tasa de consumo de drogas y alcohol, problemas de salud mental y suicidio si no encuentran servicios de apoyo efectivos después del suicidio.

5.2 Mitos y realidades sobre el suicidio

El suicidio es un tipo de muerte muy prevenible, pero debido a que hay tanto estigma en torno al tema, existe mucha desinformación.

Reemplazar estos mitos con la verdad es imprescindible para salvar vidas.

- **Mito**—Las personas que hablan sobre el suicidio no se suicidan.
Realidad—La gente que habla de querer morir por suicidio muchas veces se matan a sí mismos.

- **Mito**—El suicidio siempre ocurre sin ninguna señal de advertencia.
Realidad—Las señales de advertencia casi siempre preceden al suicidio.
- **Mito**—Nunca pregunte a una persona si están pensando en quitarse la vida. Hablar de ello les da la idea y podrían volverse suicidas.
Realidad—Hablar sobre el suicidio en realidad puede ayudar a calmar un poco la tensión que causan los sentimientos perturbadores y disminuye el riesgo de un acto compulsivo.
- **Mito**—Las personas que toman su vida por suicidio quieren morir.
Realidad—La mayoría de las personas suicidas experimentan dolor emocional implacable. Ellos ven el suicidio como la forma de terminar con el dolor.
- **Mito**—Sólo los expertos pueden prevenir el suicidio.
Realidad—Todo el mundo tiene un papel que desempeñar en la prevención del suicidio.
- **Mito**—No hay nada que puede hacer para prevenir el suicidio una vez que alguien ha tomado esa decisión.
Realidad—Hay ayuda disponible. El suicidio se puede prevenir.

La verdad es que el suicidio es un comportamiento humano complejo. Para prevenir el suicidio, es importante entender quien tiene un mayor

riesgo de suicidio, cuáles son las señales de advertencia y qué eventos pueden ser catalizadores del suicidio.

Aumento del riesgo

El suicidio no es causado por un solo factor, pero las investigaciones muestran que ciertas poblaciones tienen un mayor riesgo de suicidio o intentos de suicidio que la población general. El conocimiento de este aumento del riesgo es importante en el trabajo con estas poblaciones para ayudar a prevenir el suicidio. Esta es una información valiosa cuando se observan otras señales de advertencia o de otros factores de riesgo en una persona.

- Nativos americanos
- Sobrevivientes de una pérdida por suicidio - alguien a quien amaba se quitó la vida
- Sobrevivientes de intentos de suicidio anteriores
- Personas con trastornos por abuso de sustancias
- Personas con diagnóstico de salud mental, como la depresión o bipolar
- Miembros de las fuerzas armadas y los veteranos
- Personas con un diagnóstico reciente de una enfermedad grave o terminal

5.3 Señales de advertencia

La mayoría de las personas comunica su intención de quitarse la vida en algún momento durante la semana anterior a su intento. Casi siempre, hay señales de advertencia antes del suicidio. Todos los signos de posible suicidio deben tomarse en serio.

Las pistas verbales son las más fáciles de detectar. La persona suicida puede decir claramente que quieren morir o matarse. También podrían ser menos directos al hablar de sentirse atrapado, vivir con un dolor insoportable o ser una carga para los demás. Cuando su conversación está marcada por la desesperanza, no ven una salida o su deseo de morir, el riesgo de suicidio es alto.

Algunos ejemplos de lo que podría decir una persona suicida son:

- *"Sólo quiero salir."*
- *¿"A quién le importa si estoy muerto de todos modos?"*
- *"Todo el mundo estará mejor si me voy/muero."*
- *"Si él/Ella rompe conmigo, no quiero vivir."*

Las pistas de comportamiento pueden ser muy evidentes. Uno de los indicios más claros es cuando alguien empieza a formular un plan y a adquirir los medios para llevarlo a cabo, como buscar un arma en línea. Otros comportamientos que son más fáciles de ver son preocuparse por la muerte, visitar o llamar a las personas para despedirse, regalar posesiones preciadas, exhibir cambios de humor extremos o volverse totalmente desesperanzado.

Algunas pistas pueden ser menos evidentes, tales como tener una pérdida de interés en cosas que antes le importaban, poner sus asuntos en orden, actuar ansioso o agitado, comportarse imprudentemente, mostrar rabia o aislarse. Cuando una persona aumenta el uso de drogas o alcohol o recae después de un período de sobriedad, el peligro es mayor. El alcohol reduce la inhibición para actuar impulsivamente, y está directamente relacionado con una mayor incidencia de suicidio.

Uno de los signos más difíciles de percibir es cuando una persona suicida de repente se siente más feliz y tranquila. Por lo general, la familia y los amigos se sienten aliviados y creen que la crisis ha pasado. En realidad, muchas veces significa que la persona suicida ha hecho las paces con su decisión y sabe que su dolor terminará pronto. Para otros, que anteriormente estaban demasiado deprimidos como para actuar sobre sus tendencias suicidas, en cuanto recuperan un poco de fuerza, finalmente tienen la energía para poner su plan en acción.

Eventos, disparadores y catalizadores

Después de un suicidio, hay un enorme enfoque en los acontecimientos que condujeron al suicidio. Los eventos aislados no son la causa del suicidio, pero tal vez la "gota que derramó el vaso". Hasta el 90% de las personas que se suicidan tienen un trastorno de salud mental diagnosticable y años de angustia emocional. Esta "condición" subyacente probablemente fue activada por el evento (aislado) catalizador que precedió al suicidio. Algunos eventos que podrían ser un "catalizador" podrían incluir:

- Ser despedido o expulsado de la escuela
- Pérdidas financieras
- Pérdida de una relación
- El diagnóstico de enfermedad terminal
- La muerte de un cónyuge, hijo o su mejor amigo
- El suicidio de un ser querido

Muchos sobrevivientes de una pérdida por suicidio tienen sentimientos de culpa por el evento que se convirtió en el detonante del suicida. Es importante recordar que la persona mentalmente sana es capaz de hacer frente a este tipo de eventos negativos de la vida sin optar por poner fin a su vida. Conocer la diferencia entre el "catalizador" y la

"condición" es clave para ser capaz de recuperarse del trauma de perder a alguien que cometió suicidio.

Hay una variedad de factores de riesgos, condiciones y eventos que conducen al suicidio, pero la desesperanza es el denominador común del suicidio.

La esperanza es la mayor herramienta en la prevención del suicidio. Ser capaz de infundir esperanza es clave para persuadir a la persona suicida de que elija la vida.

5.4 Hable al respecto

Cuando vea las señales, es el momento de tener la conversación. En caso de duda, no espere, ¡tenga la charla! Muchos que se quedan atrás después de un suicidio lamentan no haber tenido la conversación con su ser querido. Hablar del suicidio podría salvar una vida.

Esta será una de las conversaciones más difíciles que jamás haya tenido, y es importante estar preparado. Identifique un lugar privado para hablar y disponga de suficiente tiempo para hacerlo. Reúna recursos para crisis suicidas en caso de que necesite hacer llamadas o tomar medidas. Practique las preguntas de antemano. Estas palabras son muy difíciles de decir a un ser querido. La práctica antes de tiempo le ayudará a mantener la calma en una situación emocional. Esté preparado para escuchar. Comprender a la persona suicida es fundamental para poder determinar si son un peligro para sí mismos o para los demás.

Inicie la conversación expresando su preocupación por lo que usted ha notado. Conectarse con ellos porque se preocupa por ellos será más eficaz para que compartan lo que están pensando. Podría empezar

diciendo simplemente "Me he dado cuenta de que últimamente se ha sentido muy infeliz. Me preocupa. ¿Quieres hablar de ello? "

Escuche con atención lo que dicen y no intente señalar el error en su forma de pensar. Eso haría que se cierren. Más bien, valide sus sentimientos incluso cuando usted no esté de acuerdo con ellos. El primer paso en la conversación es hacer que se sientan seguros para que sean honestos con usted.

Después de escuchar, si se entera de algo que indique que están pensando en suicidarse, tenga el valor para hacer la pregunta: "Estoy preocupado por lo que está diciendo y me pregunto si estás pensando en el suicidio." O incluso más directamente, "¿Estas pensando en quitarte la vida?"

Este es un asunto serio y hacer la pregunta más directamente se traducirá en conseguir una respuesta más clara. Si dicen que no y su instinto es confiar en la respuesta, puede terminar la conversación preguntando cómo puedo ayudar. Pero puedes descansar con la tranquilidad de que están a salvo. Si dicen que no y usted se siente incómodo, este es el momento de ser persistente. ¡Confíe en sus instintos! Es mejor ser un poco insistente que ceder y obtener la respuesta incorrecta.

Las preguntas que va a utilizar para determinar el nivel de riesgo son:

- *"¿Estás pensando en quitarte la vida?"*
- *"¿Tienes un plan?"*
- *"¿Tienes los medios para poner tu plan en acción?" Por ejemplo, si planean usar una pistola, ¿tienen una? ¿Tienen municiones?*
- *"¿Has decidido cuándo lo vas a hacer?"*

Cuando se obtiene un "no", que usted confía que sea honesto, a cualquiera de las preguntas, no es necesario preguntar más. Esté presente con ellos escuchándolos y dándoles toda su atención. Resista cualquier tentación de juzgarlos, ya que no será útil para convencerlos de recibir o buscar ayuda.

Evaluar el nivel de riesgo

Ninguno	No tienen pensamientos suicidas.
Bajo	Tienen algunas ideas de suicidio, pero no un plan. Prometen que no atentaran contra su vida.
Moderado	Tienen pensamientos suicidas y un plan vago que no es muy letal. Prometen que no atentaran contra su vida.
Alto	Tienen pensamientos suicidas y un plan específico que es muy letal. Prometen que no atentaran contra su vida.
Severo	Tienen pensamientos suicidas y un plan específico que es muy letal. Afirman que atentaran contra su vida.

Después de evaluar el nivel de riesgo, el objetivo es convencerlos para que obtengan el nivel de ayuda que necesitan y para mantenerlos a salvo en caso necesario. Pregúnteles si están dispuestos a recibir ayuda y si permitirán que usted los ayude. Pídeles que expresen su promesa de no matarse hasta que haya encontrado ayuda. Sea auténtico y no haga promesas que no pueda o no tenga la intención de cumplir.

Próximos pasos

Si su conversación revela que **no tienen riesgo** de atentar contra su vida, hágales saber que está disponible para ayudar si lo necesita en el futuro. Con alguien de **bajo** riesgo, puede ayudarlo a identificar el tipo de apoyo que necesita, pero ya se sabe que no hay una intervención urgente necesaria. Tener pensamientos suicidas, incluso sin un plan, indica que no son mentalmente sanos. Ellos podrían necesitar intervención médica, asesoramiento o un grupo de apoyo. Hablarlo con usted podría ayudarlos a determinar sus próximos pasos. Riesgo **moderado** debe ser tratado para que no empeore y debe ser referido a atención profesional; médica y psicológica. Esto podría significar ayudarles a programar las citas apropiadas y hacer un seguimiento para asegurarse de que las cumplieron.

Se necesita una acción más inmediata cuando alguien cae en el nivel **alto** riesgo. ¡Preservar su seguridad será una prioridad! Conectarlos con los recursos adecuados, atención médica y psicológica es crucial. Si ellos están dispuestos, lo mejor es llevarlos con alguien que pueda ayudarlos. Juntos pueden llamar a la línea de acceso Suicidio y Crisis para determinar el mejor curso de acción. En este punto, es posible que no sean capaces de hacer y cumplir con las citas sin apoyo.

Cuando alguien corre un riesgo **severo** de suicidio para mantenerlo a salvo, es posible que deba llevarlo directamente al hospital o llamar al 911 si es necesario. Nunca se ponga en peligro. Si usted está preocupado por su propia seguridad llame al 911.

Si alguien cae en el nivel de riesgo de alto a severo y no está dispuesto a recibir ayuda, o si hay un período de espera antes de que pueda obtener ayuda, haga lo posible para mantenerlos a salvo. Si ha determinado que tienen armas o medicamentos en su casa,

pregúntenles si pueden removerlos fuera de las instalaciones. Es posible que necesite la ayuda de otro amigo, un familiar o incluso de la policía para lograr esto. Los estudios han demostrado que la reducción del acceso a los medios reduce los suicidios y salva vidas. El objetivo es mantenerlos a salvo por ahora.

Uno de los pioneros en suiciología, Edwin Shneidman, dijo que "la crisis suicida aguda (o período de alta y peligrosa letalidad) es un intervalo de duración relativamente corta – que se debe contar, por lo general, en horas o días, no en meses o años. Un individuo que está en un pico de autodestrucción por un breve tiempo o recibe ayuda, o se tranquiliza, o se suicida." La esperanza es mantenerlos a salvo o conseguirles ayuda hasta que la crisis pase, que es un período de tiempo relativamente corto.

Recuerde que la desesperanza es el camino común al suicidio. Ofrecerles esperanza de cualquier forma les ayudará a elegir la vida. La esperanza es la clave para salvar vidas.

5.5 Postvención del suicidio

El objetivo de los programas de prevención del suicidio es reducir el número de suicidios, pero desafortunadamente, seguimos perdiendo más personas que nunca por suicidio. La investigación demuestra que la salud mental de los sobrevivientes de una pérdida por suicidio (de seis a diez personas que quedan atrás después de un suicidio) está comprometida. Debido a la naturaleza traumática de la pérdida, tienen una mayor incidencia de problemas de drogas / alcohol, problemas de salud mental y riesgo de suicidio si no reciben servicios efectivos de postvención.

Los programas de prevención del suicidio más efectivos incluyen la prevención (educación y concienciación), la intervención (cómo responder a una crisis suicida) y la postvención (servicios adaptados a las necesidades de los sobrevivientes de pérdida de suicidio). Los servicios de postvención son actividades que se implementan después de un suicidio que reducen el riesgo y promueven la sanación después de un suicidio. Se debe abordar el trauma de perder a alguien por suicidio. Una atención posterior efectiva satisface las necesidades de una población "en riesgo" claramente identificada para mejorar su salud mental y reducir aún más los casos de suicidio. ¡La postvención es la prevención!

La razón por la que se necesitan programas y servicios de postvención es que el duelo después de un suicidio es diferente. Algunas de las razones son:

- La muerte por suicidio crea ambigüedad sobre la voluntad del fallecido. La persona que murió participó en su muerte, dejando a sus seres queridos luchando con emociones poderosas, conflictivas y confusas.
- El suicidio se caracteriza como prevenible. Los sobrevivientes de una pérdida por suicidio luchan con la culpa de haber podido prevenir los suicidios. Se hacen responsables de situaciones que están fuera de su control para cambiar.
- El suicidio está estigmatizado. El estigma es poderoso y mantiene los temas de salud mental y el suicidio envueltos en silencio y sumidos en la oscuridad. El estigma conduce a mitos, malentendidos, falsedades, verdades parciales y hechos distorsionados.

- El suicidio es traumático. El proceso de sanación después de un suicidio incluye tratar tanto el dolor como el trauma psicológico. La Asociación Americana de Psiquiatría califica el trauma de perder a un ser querido por suicidio como "catastrófico". Es una de las experiencias de vida más difíciles y desafiantes de navegar.

Cubrir las necesidades de los sobrevivientes

Los programas de postvención deben planificarse antes de que ocurra el suicidio, para que los servicios estén disponibles de manera rápida y fácilmente para esta población. Algunas de las necesidades más urgentes después de un suicidio incluyen:

- Intervención comunitaria integral y coordinada
- Información útil
- Asistencia compasiva de los socorristas
- Asistencia práctica
- Apoyo de las comunidades y las redes sociales
- Ayuda de profesionales de la salud mental
- Apoyo de los compañeros
- Apoyo adicional para niños y adolescentes
- Apoyo familiar

Grupos de apoyo para sobrevivientes de pérdidas por suicidio

Los grupos de apoyo para sobrevivientes de pérdidas por suicidio han demostrado ser algunos de los servicios de apoyo de postvención más efectivos. La Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York ofrece cuatro razones por las cuales los grupos de apoyo son efectivos:

- Normaliza la reacción al suicidio. En ambiente de grupo, es alentador escuchar que otros comparten sus miedos y sus pérdidas, y que no es patológico sentirse de esta manera. De hecho, es perfectamente normal. Las emociones intensas se validan y los sobrevivientes comienzan a comprender que su experiencia es una reacción normal ante una situación anormal. Con frecuencia este es el primer paso en el proceso de curación.
- Los sobrevivientes pueden hablar sobre el suicidio tanto como lo necesiten en un lugar libre de juicio. La oportunidad de compartir su historia y escuchar las historias de otras personas ayuda a los sobrevivientes de la pérdida por suicidio a organizar sus pensamientos y sentimientos. Puede ser el primer paso para comprender los "¿por qué?", "¿qué pasa sí?" y "¿por qué no hice?"
- El tercer beneficio es monitorear el riesgo de suicidio. Dada la relación que existe entre el suicidio de un miembro de la familia y el riesgo elevado para otros miembros de la familia, este es un beneficio fundamental. Los grupos de apoyo pueden proporcionar simultáneamente modelos saludables a seguir para los sobrevivientes en duelo al mismo tiempo que aumentan el apoyo social.
- Finalmente, comprender el suicidio de un ser querido es un viaje emocional. Los grupos de apoyo brindan recursos educativos para educar a los sobrevivientes sobre la naturaleza del suicidio y la tristeza por suicidio. También escuchan a aquellos que están más adelante en el proceso de luto que dejaron de hacer la pregunta "¿por qué?" y comenzaron a preguntar: "¿Qué voy a hacer ahora que esto ha sucedido? ¿Cómo puedo avanzar en mi

vida y en mi comunidad para lograr algo bueno de esta tragedia?”

Sobrevivientes de la pérdida por suicidio – San Diego

En el condado de San Diego, SOSL (Survivors of Suicide Loss, por sus siglas en inglés) es una organización sin fines de lucro que brinda servicios de apoyo de postvención para los sobrevivientes de una pérdida por suicidio. SOSL mantiene grupos de apoyo por pérdida de suicidio por todo el condado de San Diego sin costo alguno para las personas afectadas por el suicidio, incluyendo un grupo bilingüe en South Bay. Otros servicios incluyen: grupos de crecimiento postraumáticos a largo plazo, línea de atención telefónica, asistencia telefónica y por correo electrónico, eventos especiales destinados a la comunidad sobreviviente, un sitio web con recursos valiosos, difusión en las redes sociales y un boletín trimestral. SOSL ha estado ofreciendo estas series vitales desde 1981. ¡Muchos sobrevivientes, que encontraron SOSL después de perder a su ser querido por suicidio, dicen que estar conectados a estos servicios y la comunidad les ha salvado la vida! ¡Postvención es prevención!

5.6 Recursos en San Diego

San Diego tiene una serie de recursos para personas en riesgo del suicidio o par los que están preocupados de que un ser querido tenga pensamientos suicidas.

- El acceso y la Línea de Crisis en San Diego: 888 724-7240. Asesores entrenados y con experiencia están disponibles para hablar con alguien en crisis y que necesita ayuda inmediata. También pueden hablar con aquellos preocupados por un ser querido y proporcionar referencias a recursos en el área de San

Diego. Están disponibles las 24 horas al día, 7 días a la semana. La llamada es gratuita.

- La campaña Depende de Nosotros (**It's Up to Us**)¹⁰ ha sido diseñada para capacitar a residentes de San Diego para que hablen abiertamente sobre la enfermedad mental, reconozcan los síntomas, utilicen los recursos locales y busquen ayuda. Al conocer los signos—el suicidio es prevenible.
- Consejo de Prevención del Suicidio - SPC / Community Health Improvement Partners-CHIP. SPC es un esfuerzo de colaboración de toda la comunidad centrado en hacer realidad una visión de cero suicidios en el Condado de San Diego. SPC ofrece capacitaciones gratuitas para la prevención del suicidio QPR: Pregunta, persuasión, y referir consultas a las empresas, organizaciones comunitarias, universidades y organizaciones basadas en la fe. Estos cursos ayudan a los residentes de San Diego a reconocer las señales de advertencia del suicidio, ofrecer esperanza y obtener ayuda para salvar una vida.
- Los sobrevivientes de pérdidas por suicidio – San Diego¹¹. SOSL es una organización no lucrativa local que ofrece servicios de apoyo, esperanza, consuelo y sanación a quienes están en duelo por la pérdida por suicidio, así como también promueve la concientización y la prevención del suicidio en San Diego. Los grupos de apoyo gratuitos se llevan a cabo 13 veces al mes en todo el condado.

¹⁰ <http://www.up2sd.org/>

¹¹ www.SOSLsd.org

Recursos utilizados para estadísticas e información

- “Mitos y realidades sobre el suicidio: SOS Un manual para los sobrevivientes de la pérdida por suicidio”, Jeffrey Jackson, 2013, disponible en formato PDF. <http://www.suicidology.org>
- “11 datos sobre el suicidio”
<https://www.dosomething.org/facts/11-facts-about-suicide>
- Poblaciones en riesgo de suicidio, Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés), www.samhsa.gov
- Asociación Americana de Suicidología, www.suicidology.org
- “Conozca las señales del comportamiento suicida”,
www.suicideispreventable.org
- “Datos breves sobre el suicidio 2015”, Centro para la Prevención y el Control de Enfermedades,
<http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicide-datasheet-a.pdf>
- “Reporte a la comunidad 2018”, Consejo de Prevención del Suicidio de San Diego.

Notas del Capítulo 5

Capítulo 6. Reducción del estigma por enfermedad mental

Introducción

La enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra. Debemos acabar con el estigma que rodea a los temas de las enfermedades mentales con el fin de que la gente encuentre ayuda y recuperación.

Los objetivos de aprendizaje de este curso son:

- 1) Identificar el estigma de la enfermedad mental.
- 2) Conocer qué enseña la Biblia sobre el estigma.
- 3) Revisar la verdad sobre la enfermedad mental.
- 4) Reconocer problemas de salud mental en la Iglesia.
- 5) Aplicar formas prácticas para que su congregación sea más inclusiva con las personas con enfermedad mental.

6.1 ¿Qué es el estigma?

El estigma puede definirse como un conjunto de creencias negativas y a menudo injustas que las personas tienen sobre un tema o asunto. El estigma nace del miedo y la desinformación. Hay un gran estigma en torno a los problemas de salud mental. Deténgase y piense por un minuto: ¿Cuál es su percepción acerca de las personas que sufren de enfermedades mentales? Todos aportamos nuestras perspectivas personales a nuestra comprensión de la enfermedad mental. Muchas de ellas se basan en la desinformación y la imagen de los medios de comunicación.

¿Cómo se imaginas que es una persona con enfermedad mental?
 ¿Quién se adapta a su imagen de un enfermo mental? ¿El brillante joven profesional de su oficina? ¿La mamá activa de al lado? ¿El vagabundo con el que se cruzas todos los días de camino al trabajo? ¿La porrista con un promedio académico de 4? o ¿Usted piensa al instante en el personaje de Jack Nicholson en “Atrapado sin salida”

La verdad es que no se puede saber mirando a alguien si tienen una enfermedad mental. No todas las personas que se ven felices están felices. No todas las personas que parecen tristes están tristes.

No se puede saber si alguien tiene una enfermedad cardíaca, pulmonar o diabetes con sólo mirarlo. La enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra y no se puede saber con solo mirar a alguien si sufre de una enfermedad mental.

¿Quién en su comunidad podría estar luchando con un problema de salud mental?

¿Es la madre que fielmente asiste a estudios bíblicos y participa en la escuela dominical? Usted no tiene ni idea de que su marido lucha contra la depresión hasta el punto de ser suicida. Ella esta aislada y temerosa.

¿Podría ser la mujer profesional exitosa con una hermosa familia y un esposo increíble? ¿Usted se da cuenta de que su mundo se está cayendo en pedazos y ella está buscando lugares en la carretera para tener un solo accidente de coche? Ella está desesperada.

Quizás es la líder estudiantil adolescentes. Usted no sabe si ella se está cortando, purgando y haciendo cosas en exceso. Ella esta insegura y sufre un dolor emocional.

¿Qué pasa con la pareja que forma parte del equipo de acomodadores y que está luchando con su hijo adulto? El diagnóstico es esquizofrenia y él no es capaz de vivir por su cuenta. Ellos tienen pocas esperanzas de que alguna vez se case, tenga hijos, o mantenga un trabajo. Están afligidos y agobiados.

¿Es su pastor de jóvenes quien se preocupa por estar a la altura y todas las exigencias y demandas de su nuevo trabajo? Su ansiedad empieza a causar problemas. Él casi no duerme y se siente agitado. Tal vez está pasando por luchas, pero no sabes a dónde acudir. Se supone que el pastor no debería de tener estos problemas.

¿Cómo el estigma está haciendo que ellos sufran en silencio?

Los estudios muestran que el primer lugar al que muchos van en busca de ayuda en una crisis de salud mental no es con un ser querido, amigo, compañero de trabajo o profesional de la salud, sino más bien con su pastor o sacerdote. Sin embargo, cuando encuentran el valor para acercarse a su líder de fe, en muchas ocasiones se encuentran con juicio en lugar de compasión. Debido a la ignorancia, casi la mitad de las iglesias en los Estados Unidos creen que la enfermedad mental es simplemente una cuestión de fe.

Debido a que no saben la verdad, que la enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra, el paciente muchas veces se enfrenta con declaraciones de juicios agresivos, tales como:

- "¡Usted sólo debe tener más fe!"
- "¡Sólo tiene que orar más, leer más la Biblia!"

- “¡Es necesario que saques el pecado de tu vida!”

En los casos más extremos, se les puede decir que los espíritus malignos los posee.

Las personas que asisten a la iglesia son muy conscientes del estigma en la iglesia. Life Way Research completó una encuesta y encontraron que el estigma es más frecuente en la iglesia que en el exterior de la iglesia. Se hizo la pregunta: “¿Si usted tuviera un problema de salud mental, cree que la mayoría de las iglesias le darían la bienvenida?” De los que nunca asisten a servicios religiosos, el 55% pensaba que serían bien recibidos. De los que asisten a un culto una vez por semana o más, sólo el 21% consideró que serían bienvenidos.

¿Qué tiene que ver la fe con eso?

Cuando los líderes religiosos le dicen una persona con enfermedad mental que ore más, tenga más fe, que lea más su Biblia, etc., están dando a entender que hacer las cosas así, hará que la enfermedad mental desaparezca. En esencia, están diciendo que la enfermedad mental es simplemente un problema espiritual.

Muy pocos líderes religiosos le dirán a una persona recién diagnosticada con cáncer que hagan las mismas cosas. Más bien animarán a la persona con cáncer a buscar ayuda médica. Ellos serían empáticos y mostrarían compasión, mientras que la congregación se reuniría alrededor ofreciendo apoyo y cuidado.

¡Para las familias que viven con problemas de salud mental, no hay visitas, no hay edredones de oración y no hay guizados en cazuela! Se enfrentan a una respuesta muy diferente a la enfermedad mental de su ser querido.

Una madre de dos hijos relató su experiencia de ambas respuestas a los problemas de salud de su familia. Cuando su hija menor fue diagnosticada con diabetes, sus amigos le llamaron, enviaron notas y flores, llevaron comida y publicaron mensajes alentadores en Facebook. Sin embargo, cuando su hija mayor fue diagnosticada con trastorno bipolar unos años antes, la familia recibió una respuesta diferente: el silencio. Es por eso que se le conoce como la enfermedad "sin cazuela". Refiriéndose a que nadie se ofrece a compartir o ayudar de ninguna manera.

6.2 ¿Qué nos enseña la Biblia sobre el estigma?

Jesús se enfrentó al estigma en su ministerio aquí en la tierra. La historia del hombre que nació ciego (Juan 9: 1-3), es un ejemplo perfecto del temor y la incompreensión en la sociedad. La creencia común de ese tiempo era que el pecado o maldad fue la causa de la ceguera del hombre.

Las personas cuestionaron a Jesús: "¿Por qué este hombre nació ciego? ¿Fue por su propio pecado o pecados de sus padres?" Jesús respondió: "No fue a causa de sus pecados o los pecados de sus padres. Esto sucedió para que el poder de Dios se manifestara en él."

Las personas estaban haciendo la pregunta incorrecta. En lugar de tener compasión por la condición del hombre y preguntar cómo podían ayudar al hombre, se centraron en por qué estaba ciego. La respuesta de Jesús fue sanar a este marginado estigmatizado y le devolvió su vista tanto física como espiritual.

En otra ocasión, Jesús sanó a un hombre con un caso avanzado de lepra (Lucas 5: 12-14). El hombre rompió todos los protocolos en el momento, vino y se postró a Jesús, le rogaba: "Señor, si tú quieres, me puedes curar y limpiar."

Jesús hizo lo impensable y se encontró con este hombre que era "sucio" y "marginado" de la sociedad. No solo lo curó, sino que eligió hacerlo tocándolo. Él no sólo curó al leproso, sino que restauró su dignidad como ser humano en el proceso.

¡Cuánto más cambian las cosas, más iguales permanecen!

Hoy en día, al igual que en los tiempos de Jesús, el estigma margina, condena y deshumaniza a las personas que son diferentes y muchas veces sufren. El estigma permite que las personas no actúen o retengan la compasión, mantiene a las personas desconectadas y viviendo en vergüenza. La respuesta de Jesús fue responder con amor y con la verdad.

La vergüenza es un gran componente del estigma. Según el Dr. Brene Brown "La vergüenza necesita tres cosas para crecer de forma exponencial: el secreto, el silencio y el juicio. Cuando empieza a nombrar (la causa de su vergüenza) y hablar de ello con las personas que se han ganado el derecho a escuchar estas historias en su vida, se disipa, porque la vergüenza sólo funciona cuando se le mantiene en la falsa creencia de que está solo. "

Hay un enorme estigma y mal entendimiento en torno al tema de la enfermedad mental. El estigma nace del miedo y la desinformación y la manera de romper eso es mediante la enseñanza de la verdad y educando a la gente.

6.3 La verdad sobre la enfermedad mental

La enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra. El cerebro es el órgano que se ve afectado y que a veces crea un comportamiento inusual. La enfermedad mental es un trastorno del cerebro que interrumpe los pensamientos de una persona, estados de ánimo, comportamientos y capacidad para relacionarse con los demás lo suficientemente graves como para requerir tratamiento y/o la intervención. Si no se trata o se trata inadecuadamente, puede ser fatal.

La enfermedad mental no hace distinción de edad, género, nivel socioeconómico, educación o creencia espiritual. La iglesia no es inmune, ya que se produce a la misma velocidad dentro y fuera de la iglesia.

Es importante entender las estadísticas básicas sobre las enfermedades mentales.

- 1 de cada 5 adultos—aproximadamente 51,5 millones de estadounidenses sufren de enfermedades mentales en un año determinado.
- 1 en 20—aproximadamente 13,1 millones—viven con una enfermedad mental grave, como la esquizofrenia, la depresión mayor o trastorno bipolar.
- 1 de cada 6 niños—aproximadamente el 16.5% de los jóvenes de 6-17 experimentan trastornos mentales graves en un año dado.

- La mitad de todas las enfermedades mentales crónicas comienza a la edad de 14.
- Las tres cuartas partes de todas las enfermedades mentales comienza a los 24 años.
- 90% de los que mueren por suicidio tenían una o más enfermedades mentales.
- El suicidio es la décima causa de muerte en los Estados Unidos.

Un Cirujano General de los Estados Unidos, identificó el estigma hacia la enfermedad mental como una barrera importante para nuestra salud pública, haciendo que muchos sufran innecesariamente en silencio en lugar de buscar atención. El estigma en la Iglesia hace lo mismo. La comunidad de fe tiene que superar el estigma con la verdad con el fin de aliviar el sufrimiento y salvar vidas.

Enfoques holísticos de la enfermedad mental

La enfermedad mental afecta al cuerpo, mente, espíritu y relaciones. Es una condición médica compleja que se presenta con una variedad de síntomas que mantiene a la persona funcionando normalmente.

Abordar y tratar las enfermedades mentales desde esta comprensión holística ha demostrado ser más eficaz para ayudar a las personas a recuperarse.

Estadísticas de NAMI, marzo 2021– www.nami.org

El cuerpo

Hay un componente fisiológico de la enfermedad que afecta al cerebro, un órgano del cuerpo. Al igual que la diabetes, que se debe a que el páncreas no funciona correctamente, la enfermedad mental es una función del cerebro que no funciona correctamente.

Debido a que el cerebro es un órgano, debe tratarse físicamente, lo que incluye:

- Medicamentos
- Dieta
- Ejercicio
- Dormir bien y descansar
- Relajación

La mente

La mente también se ve afectada cuando alguien lucha con un trastorno de salud mental, una gran batalla psicológica se libra entre la realidad y los pensamientos negativos que abruma a la persona. La disfunción cognitiva y el pensamiento distorsionado pueden conducir a comportamientos inusuales.

Algunos de los comportamientos disfuncionales pueden incluir:

- Aislamiento
- Estados de ánimo extremos
- El gasto excesivo
- Hiper sexualidad
- Letargo

Aunque los trastornos de salud mental no son el resultado de un defecto espiritual, el espíritu de una persona está profundamente

afectada por la enfermedad. Un concepto distorsionado de lo que son y quién es Dios puede conducir a una crisis de fe, mientras que la lucha constante con los pensamientos negativos puede llevar al agotamiento espiritual. Vivir en ese estado constante de agitación llega a crear un caos espiritual. La verdad de Dios contrarrestará las mentiras y traerá paz al que sufre.

Las mentiras de la enfermedad mental	La verdad de Dios
"Nadie me quiere."	"Estoy bendecido y amado por Dios." Colosenses 3:12
"Nunca llegaré a nada."	"Soy obrero de Dios, su obra maestra." Efesios 2:10
"Dios nunca perdonará mis pecados."	"He sido redimido y perdonado." Efesios 1:7

Relaciones

El impacto de la enfermedad en el cuerpo, la mente y el espíritu de una persona también tiene un impacto en sus relaciones. Un diagnóstico de salud mental no es sólo un diagnóstico de la persona con la enfermedad. El diagnóstico afecta a la familia y amigos de la persona. Sin duda, un número de estas relaciones se dan en la iglesia.

6.4 La salud mental, las comunidades de fe y el miedo

¿De qué tiene miedo la iglesia? ¿Han comprado las mentiras, han creído en los mitos y han dejado que el miedo se apodere de ellos? Muchos en la comunidad de fe creen que las personas con enfermedades mentales son violentas y no las quieren en su congregación. Otros simplemente tienen miedo de que "esas personas" asusten a la gente de la iglesia.

Otros creen que la enfermedad mental es una aflicción espiritual y que los enfermos mentales son poseídos por los demonios.

¿Cuál es la verdad acerca de estos mitos basados en el miedo?

- **Mito # 1: Las personas con enfermedades mentales son violentos.** El hecho es que la gran mayoría de las personas con problemas de salud mental no son más propensos a ser violentos que otros. Sólo el 3-5% de los actos violentos se pueden atribuir a las personas que viven con un grave problema de salud mental. La verdad es que los enfermos mentales son en realidad 2½ veces más probables de ser víctimas de la violencia.
- **Mito # 2: Los enfermos mentales asustaran y alejaran a la gente de la iglesia.** La verdad es que algunos de los casos más extremos pueden asustar a la gente. Pero también es cierto que las personas juiciosas y mal humoradas en su congregación podrían asustar a la gente. Algunas personas temen los tipos más expresivos de adoración, incluidas las personas que levantan las manos cuando cantan. Ese sermón sobre el diezmo ya ha asustado a mucha gente fuera de la iglesia.
- **Mito # 3: Aflicción espiritual o la posesión del demonio.** La creencia es que la posesión del demonio sí existe hoy en día, pero es muy rara. La Biblia hace una clara distinción entre la enfermedad y la posesión. Marcos 6:13 dice "Y echaban fuera muchos demonios, ungían a muchos enfermos con aceite y los sanaron." "El misticismo fomenta el miedo a lo desconocido y permite que las explicaciones sobrenaturales se relacionen con la

enfermedad mental. Al igual que la posesión del demonio solía estar vinculada a la epilepsia”.¹²

Pastor Steven Waterhouse identificó al menos seis factores que diferencian a la esquizofrenia de la posesión demoníaca como se describe en la Biblia. Estos factores pueden ser útiles cuando se trata de determinar si una persona está poseída o tiene un trastorno neurobiológico.¹³

Enfermedad mental	Posesión demoníaca
La medicina alivia el problema.	Sólo la oración resuelve el problema.
La atracción hacia la religión (híper religiosidad).	Los demonios no quieren tener nada que ver con Cristo.
Podría afirmar estar poseído/a.	Los demonios desean ser reservados.
Posee conocimiento ordinario.	Demuestra conocimiento sobrenatural.
Discurso irracional—sin sentido y salta rápidamente entre temas no relacionados.	Habla de una manera racional.
Ambiente normal—el trastorno afecta a sólo el paciente quien sufre de esquizofrenia.	Fenómenos ocultos—aspectos fantasmagóricos de la actividad que afecta a los demás en la habitación.

¿Cuáles son los obstáculos que enfrenta la Iglesia en el servicio a los enfermos mentales?

Muchos argumentan que las comunidades de fe están mal equipadas para ayudar porque los pastores están entrenados para la lucha

¹² Praveen R. Kambam MD *Why is Mental Illness Scary? Psychology Today* 2013.
¹³ Steven Waterhouse, *Strength for his People: A Ministry for Families of the Mentally Ill* (Amarillo, Texas, Westcliff Press)

espiritual. Ellos no están capacitados para la enfermedad mental. La verdad es que la enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra y el papel del pastor sigue siendo el mismo que el de apoyar a la comunidad con otras enfermedades. Ser educado sobre la enfermedad mental ayuda al líder de fe a saber cómo proporcionar el apoyo espiritual que se necesita y consultar los recursos profesionales adecuados.

Uno de los otros obstáculos es la falta de recursos, las finanzas y el tiempo. ¿Cuándo ha tenido la iglesia suficiente de cualquiera de esas cosas? La falta de recursos o el tiempo no es una excusa para no aliviar el sufrimiento de los que viven entre nosotros.

La Escritura enseña claramente que hemos de cuidar a los demás.

- Gálatas 6:2 "Sobrellevad los unos las cargas de los otros, y cumplid así la ley de Cristo."
- Marcos 10:45 "Porque el Hijo del Hombre no vino para ser servido, sino para servir, y para dar su vida en rescate por muchos".

El estigma tiene un efecto dominó que:

- Desconecta a la gente de la ayuda y el apoyo que necesitan.
- Distorsiona su relación con Dios y afecta su crecimiento espiritual.
- Refuerza y perpetúa estereotipos negativos de las personas con enfermedades mentales como peligrosas e inestables.
- Puede causar daño en la vida real.
- En su peor momento, tiene consecuencias fatales.

¿Por qué es importante que las iglesias superen el estigma y se vuelvan más inclusivas?

La Iglesia es el representante de Dios en el mundo para mostrar el verdadero amor y la gracia de Jesucristo. La creación de una congregación llena de gracia aliviará el sufrimiento, revelará la gracia de Dios y restaurará la esperanza. Jesús afirmó claramente que, "En esto conocerán todos que sois mis discípulos, si se aman los unos a los otros." (Juan 13:35)

Los beneficios de convertirse en una congregación libre de estigma incluyen:

- Conectar el sufrimiento a la ayuda que necesitan.
- Permitir que las personas vivan en relaciones auténticas con Dios y los demás.
- Obtener que otras personas se involucren reduce la presión sobre el pastor o pastores.

El papel del pastor es complicado y estresante y no se debe esperar que él lleve el peso de toda la congregación. Las presiones del ministerio pastoral toman una carga en los pastores y sus familias. "Los pastores se desgastan cada día y muchos están dejando el ministerio como resultado. Es un problema real e inmediato con muchos pastores y muchas iglesias".¹⁴

¹⁴ Thomas S. Ranier

6.5 ¿Qué puede hacer su iglesia para reducir el estigma y apoyar a las personas en su comunidad?

Cada iglesia, no importa el tamaño, puede romper el estigma y hacer que todos se sientan bienvenidos. Aquí hay algunas cosas básicas que cada comunidad de fe puede hacer.

- 1) Hablar al respecto.
- 2) Apoyar a las personas con enfermedad mental y a sus familias.
- 3) Reunir recursos para la congregación.
- 4) Involucrar a otros.

Hablar al respecto

Iniciar la conversación hablando acerca de la salud mental en sus sermones, al igual que lo haría con cualquier otro reto al que se enfrenta su comunidad. Buscar en YouTube o Vimeo videoclips cortos que educan sobre la enfermedad mental. Identifique oradores apropiados e invítelos a su iglesia para compartir sus experiencias personales y su camino de fe. Una vez que le dé a la gente la libertad para hablar de ello, descubrirá a aquellos en su propia comunidad que tienen una historia que contar. Incluya estos testimonios con otras personas que piense compartir para brindar esperanza a quienes están luchando.

Hay muchos programas de sensibilización sobre la salud mental que puede utilizar para llamar la atención al tema de la salud mental. Encontrar formas creativas para apoyar el mes Nacional de Salud Mental en mayo. La semana de prevención de suicidio es en septiembre y puede informar a su gente sobre las actividades que se llevan a cabo en su comunidad. Cada mes de octubre su comunidad de fe puede organizar un Día Nacional de Detección de Depresión, donde la gente puede venir y hacerse un chequeo de salud mental. Estos son algunos

de los programas ya existentes con los que puede llamar la atención de su iglesia y encontrar maneras de involucrarse. Podría estar salvando vidas, incluso en su propia iglesia.

Proporcionar apoyo a los que viven con la enfermedad mental y a sus familias

Las personas con enfermedad mental y sus seres queridos necesitan apoyo mientras aprenden a manejar su enfermedad. La enfermedad mental es complicada y el camino hacia la recuperación puede ser largo y frustrante. A fin de que las personas puedan encontrar el tratamiento adecuado, primero deben informarse sobre lo que están enfrentando. Las familias también deben aprender acerca de las dificultades de su ser querido con el fin de apoyarlo en su enfermedad. Todo el mundo tiene que entender qué es una enfermedad mental y usted puede hacer algo al respecto.

Una excelente herramienta educativa disponible es Primeros Auxilios para la Salud Mental (Mental Health First Aid). Mental Health America de San Diego ofrece un curso de certificación gratuito de 8 horas, que ayuda a las comunidades a comprender mejor las enfermedades mentales y cómo responder a las emergencias psiquiátricas. Su congregación podría alojar un entrenamiento para los miembros de su iglesia y su comunidad. Para obtener más información, visite: www.mhasd.org.

NAMI - Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (NAMI – National Alliance on Mental Illness) también ofrece clases gratuitas, tanto para los que viven con una enfermedad mental como para sus familias.

Aquí hay una breve descripción de las clases de educación que su iglesia podría albergar:

- NAMI Peer-to-Peer es un programa educativo gratuito de 10 sesiones para adultos con enfermedades mentales que están buscando entender mejor su condición y su camino hacia la recuperación. Impartido por un equipo capacitado de personas que han estado allí, el programa incluye presentaciones, debates y ejercicios interactivos. Todo es confidencial y NAMI nunca recomienda una terapia o un enfoque de tratamiento médico específico.
- NAMI Familia a Familia es un programa educativo gratuito de 12 sesiones para familias, parejas y amigos de las personas que viven con una enfermedad mental. Es un programa basado en la evidencia. La investigación muestra que el programa mejora de forma significativa la superación y habilidades para resolver problemas de las personas más cercanas a una persona que vive con una condición de salud mental. NAMI Familia a Familia es enseñado por miembros de familia entrenados por NAMI que han estado allí, e incluye presentaciones, discusiones y ejercicios interactivos. Para obtener más información sobre los programas de NAMI, visite: www.nami.org: Find-Support / NAMI-Programs.

Grupos de apoyo espirituales

Además de las clases mencionadas anteriormente, muchas iglesias albergan un grupo de apoyo basado en la fe para quienes viven con una enfermedad mental y sus familias. Una organización que ha desarrollado un plan de estudios que es consistente con la fe cristiana

es la Salud Mental Gracia Alliance (*Mental Health Grace Alliance*), que ofrece dos grupos:

- 1) **La Gracia Living Group (The Living Grace Group)**, es un grupo de apoyo basado en un plan de estudios de 12 semanas para quienes viven con una dificultad o trastorno de salud mental. Living Grace Group, dirigido por compañeros o líderes laicos, ofrece psico-educación y herramientas prácticas dentro de una comunidad de apoyo. La investigación preliminar a través del Departamento de Psicología de la Universidad de Baylor demuestra que los participantes en el Grupo de Gracia experimentan una reducción de los síntomas, mejoran la recuperación y restauran la fe personal.
- 2) **Grupo la Gracia de la Familia (The Family Grace Group)**, es un grupo de apoyo basado en un plan de estudios de 14 semanas para las familias de las personas que viven con una dificultad de salud mental o trastorno. El grupo de la familia Gracia, dirigido por miembros de la familia o líderes laicos, ofrece psico-educación y herramientas prácticas dentro de una comunidad de apoyo.

La comunidad es clave para la recuperación y estos grupos permiten a los participantes integrar la gracia de Dios en el proceso de recuperación. El apoyo de la comunidad brinda comodidad al compartir, aprender y navegar por el camino de la recuperación de la salud mental. Para obtener más información, visite:

<http://mentalhealthgracealliance.org/california>

El estigma hacia la fe y la religión

La religión es un sistema particular de fe y de culto. La religión por lo general promueve un credo y tiene un código definido de la ética; es tangible.



La espiritualidad es más abstracta que la religión. La espiritualidad existe en el reino nebuloso de lo indefinible. En general, se incluye en un sentido de conexión con algo más grande que nosotros mismos y que por lo general implica una búsqueda de sentido en la vida. Como tal, es una experiencia humana universal, algo que nos afecta a todos.

¿Por qué la profesión de la salud mental ha ignorado y patologizado por tanto tiempo las experiencias espirituales y la religión? Desde el comienzo del movimiento de la psicología, la religión ha sido vista más como una ilusión y neurosis que una realidad.

Dos de los creadores más influyentes de los principios de la psicología declararon lo siguiente:

- Sigmund Freud patologiza la religión como "Un sistema de ilusiones deseosas junto con una negación de la realidad, tal

como no lo encontramos en ningún otro lugar... excepto en un estado de confusión alucinatoria feliz."

- Albert Ellis afirmó que "El espíritu y el alma es el excremento de la peor especie. Obviamente no hay hadas, no hay Santa Claus, no hay espíritus. Lo que hay, es objetivos y propósitos humanos...Sin embargo, una gran cantidad de trascendentalistas son excéntricos". Se burlaba de la religión aún más diciendo, "La solución terapéutica elegante a los problemas emocionales tiene muy poco de religión... Mientras menos religiosos (los pacientes) sean, más emocionalmente saludable ellos serán."
- B. F. Skinner, que fue pionero en la comprensión de los principios de modificación de conducta, nunca publicó una sola palabra sobre el tema de la espiritualidad. Se acercó a los seres humanos como cajas de respuesta a estímulos.

Todo el tiempo, la posición mayoritaria de la Psiquiatría es que la Psiquiatría no tiene nada que ver con la religión y la espiritualidad. Se ha creído por mucho tiempo que las creencias y las prácticas religiosas tienen una base patológica y los psiquiatras durante más de un siglo las han entendido de esta manera.

La religión se consideraba un síntoma de enfermedad mental. Jean Charcot y Freud vincularon a la religión con la neurosis. El DSM3 ha retratado negativamente a la religión, sugiriendo que las experiencias religiosas y espirituales son ejemplos de psicopatología. Pero los informes de las investigaciones recientes sugieren firmemente que, para muchos pacientes, la religión y la espiritualidad son los recursos que les

ayudan a hacer frente a las tensiones de la vida, incluidas las de su enfermedad.

Muchos psiquiatras creen ahora que la religión y la espiritualidad son importantes en la vida de sus pacientes y la importancia de la espiritualidad en la salud mental es cada vez más ampliamente aceptada. Como John Turbott dice, “el acercamiento entre la religión y la psiquiatría es esencial para que la práctica psiquiátrica sea eficaz”.

A pesar de la importancia de la religión y la espiritualidad en la vida de la mayoría de los pacientes, la mayoría de los programas de posgrado y los sitios de prácticas, no proporcionan una formación adecuada para prepararlos a hacer frente a estos problemas (espirituales).

La misma brecha existe en la comunidad de fe en lo que respecta a la salud mental. La comunidad de fe ha ignorado durante mucho tiempo la enfermedad mental y la ha espiritualizado. A la mayoría de los pastores no se les proporciona formación en lo que es la salud mental durante sus estudios en el seminario.

La espiritualidad es importante en el pronóstico de los trastornos psiquiátricos. En la perspectiva espiritual, se debe hacer una diferenciación entre la curación y la sanación. Curar es la eliminación de los síntomas y la enfermedad. La sanación es la curación de la persona entera. La adversidad a menudo produce madurez. De ahí que, en la psicoterapia, el paciente debe ser ayudado a aceptar la discapacidad y transformar la discapacidad en una vida de utilidad.

Aplicaciones prácticas

- La historia psiquiátrica debe adaptarse a la orientación espiritual y las prácticas religiosas del paciente. ¿Qué significa la religión y la espiritualidad para el paciente? ¿Qué papel juega la religión para hacer frente a las tensiones de la vida?
- Hay que reconocer que algunas creencias religiosas pueden estar en conflicto con cualquier tipo de tratamiento (psiquiátrico).
- Respetar y apoyar las creencias religiosas del paciente si estas le ayudan a afrontar mejor y / o no tienen algún impacto negativo sobre su salud mental.
- La asociación entre la psicología y las Comunidades de Fe trabajará hacia el mejor resultado para el paciente. Para que la alianza sea eficaz, los trabajadores de salud mental deben estar orientados espiritualmente y los trabajadores religiosos deben estar mejor informados sobre la salud mental.

Cómo apelar al lado espiritual de su paciente

Cuando se encuentra con un paciente que está luchando con su vida espiritual, ciertas preguntas y ejemplos de Las Escrituras pueden ser útiles.

En cuanto a la terapia cognitivo-conductual

¿Sabe usted lo que la Biblia dice sobre el pensamiento? ¡La Biblia tiene mucho que decir acerca de nuestra mente y sobre el pensamiento!

- Filipenses 4: 8". Por lo demás, hermanos, todo lo que es verdadero, todo lo honesto, todo lo justo, todo lo puro, todo lo amable, todo lo que es de buen nombre; si hay virtud alguna, si algo digno de alabanza, en esto pensad."
- Proverbios 23: 7 "porque cuál es su pensamiento en su corazón, tal es él..."
- Romanos 12: 2 " No se amolden al mundo actual, sino sean transformados mediante la renovación de su mente. Así podrán comprobar cuál es la voluntad de Dios, buena, agradable y perfecta."

¿Qué tiene que decir la Biblia acerca de los tiempos difíciles?

- Juan 16:33 "Les he hablado de estas cosas para que en mí tengan paz. En este mundo tendrán aflicción, pero ¡anímense, yo he vencido al mundo!"
- 1 Pedro 4:12 "Amados, no se sorprendan por el fuego que arde entre ustedes para ponerlos a prueba como si les aconteciera cosa extraña."

¿Qué dice la Biblia acerca de la naturaleza de Dios?

- Romanos 8:35 " ¿Quién nos separará del amor de Cristo? ¿Tribulación, o angustia, o persecución, o hambre, o desnudez, o peligros, o espada? "
- 2 Timoteo 2:13 " Si somos infieles, él permanece fiel, porque no puede negarse a sí mismo"

Durante los episodios depresivos, las ideas y pensamientos de un paciente acerca de Dios pueden volverse tan distorsionados como su visión del mundo. El Dios que una vez creyó que era amoroso y bondadoso puede ser en su depresión un Dios que lamenta el día en que nació, es cruel y que lo castiga - lo ha abandonado por completo.

Otras Consideraciones

Las iglesias y las comunidades de fe son excelentes fuentes de conexión para sus pacientes. La mayoría ofrecen estudios bíblicos en grupos pequeños, grupos de apoyo, oportunidades de voluntariado, etc. Esta es un área en la que usted como proveedor puede motivar a sus clientes para que participen en esas actividades.

Ayude al paciente (cliente) a tener las conversaciones adecuadas con sus líderes religiosos acerca de su enfermedad mental y las necesidades que tiene. Aquellos clérigos que hayan tomado el entrenamiento de la Academia de Salud Mental Basada en la Fe reconocerán su papel frente al papel del profesional y estarán dispuestos a trabajar juntos para el beneficio del individuo.

La Alianza de la Gracia para la salud mental, es una organización sin ánimo de lucro que ha desarrollado grupos de apoyo basados en la fe de las iglesias y otras comunidades de fe.

Los grupos de Gracia son grupos de apoyo psico-educativos centrados en Cristo. El grupo de la Gracia familiar ofrece apoyo a los miembros de la familia y a otras personas que tienen a un ser querido con una enfermedad mental. El grupo de Vivir la Gracia ofrece apoyo a los que viven con una dificultad de salud mental.

Los grupos siguen un plan de estudios guiados con temas enfocados en la verdad bíblica, la psico-educación y las herramientas prácticas dentro de una comunidad de apoyo.

(<https://mentalhealthgracealliance.org/spanish-resources>)

Como profesionales debemos de buscar las metodologías que proporcionarán los mejores resultados para los (clientes) pacientes, tomando en cuenta los aspectos espirituales importantes de sus vidas.

Recursos para su congregación / comunidad

Puesto que la iglesia es el primer lugar al que muchos recurren cuando están experimentando un problema de salud mental, es importante que tengan los recursos adecuados para compartir con aquellos que acuden a usted en busca de ayuda. Hay algunos recursos básicos que puede reunir y tener a mano cuando sean necesarios.

Lista de recursos de lectura recomendados - algunos se enumeran aquí:

- *Mental Health Resource Guide for Individuals and Families*
producido y publicado por Rick Warren de la Iglesia Saddleback para servir como un recurso de esperanza. En el prólogo del folleto, se explica el propósito de la guía de recursos: "Si bien esta guía de recursos se extrae de fuentes de alta reputación y de confianza sobre las enfermedades mentales, no es un estudio amplio y no está destinado a ser utilizado como una herramienta de diagnóstico. Más bien, servirá como una referencia rápida para las personas y familias que buscan conocimientos e información. Puede ser necesaria una evaluación clínica adicional. Esta guía proporciona información básica sobre las enfermedades mentales: posibles señales de advertencia,

definiciones de los diagnósticos más frecuentes, y preguntas frecuentes". (Para obtener más información sobre este recurso vaya a: <http://hope4mentalhealth.com/act/resources>)

- *Grace for the Afflicted: A Clinical and Biblical Perspective on Mental Illness* por Matthew Stanford Ph.D.
- *Troubled Minds: Mental illness and the Church's Mission* por Amy Simpson
- *When Someone You Love Has Mental Illness* por Rebecca Woolis
- *A Grace Disguised* por Jerry Sittser
- *Surviving Schizophrenia (5th Edition)* por E. Fuller, Torrey, MD
- *The Bipolar Disorder Survival Guide, Second Edition: What You and Your Family Need to Know* por David J. Miklowitz
- *You Need Help!* por Mark S. Komrad MD
- *I Am Not Sick I Don't Need Help!* por Xavier Amador, PhD
- *Change Your Brain, Change Your Life: The Breakthrough Program for Conquering Anxiety, Depression, Obsessiveness, Anger and Impulsiveness* por Daniel Amen MD
- *Don't Call Me Nuts: Coping with the Stigma of Mental Illness* por Patrick W. Corrigan and Robert Lundin

- *Don't Sing Songs to a Heavy Heart: How to Relate to Those Who Are Suffering*
- *No Time to Say Goodbye: Surviving the Suicide of a Loved One* por Carla Fines
- *Grieving a Suicide: A Loved One's Search for Comfort, Answers and Hope* por Albert Hsu

Recursos comunitarios disponibles en su área

- CHIP— Socios del Mejoramiento de la Salud en la Comunidad (Community Health Improvement Partners) han creado un pequeño folleto titulado “The HELP connection” (AYUDA para Conexión)—que es una hoja de orientación para el servicio de salud conductual y servicios relacionados en el condado. Contiene una gran cantidad de información que podría proporcionar asistencia a aquellos que buscan apoyo y servicios. El PDF está disponible en español y en inglés a través de CHIP en: chipinfo@sdchip.org
- North Inland Faith Partnership—Convertirse en participante activo (ya sea usted o un líder del ministerio de su iglesia) le permite mantenerse informado de los servicios disponibles en su área, trabajar en red con otros líderes religiosos y profesionales de la salud mental / de comportamiento y continuar creando un conjunto valioso e integral de recursos para su comunidad de fe.

Elaborar una lista de profesionales cristianos de la salud mental para la remisión—No todos los profesionales de la salud mental serán una buena opción para los que están en su cuidado. Busque profesionales

que van a respetar su fe y que permitan al cliente integrar su fe en la terapia. Otras iglesias pueden ser un buen recurso para el terapeuta para que se sientan cómodos ofreciendo como referencias. Encontrar un profesional efectivo de salud mental autorizado será una parte integral de la recuperación en los referidos a la enfermedad mental. Usted puede apoyar a su viaje de sanación, proporcionando excelentes referencias para aquellos que buscan tratamiento.

Notas del Capítulo 6

Capítulo 7. Consideraciones culturales

Enfoque en los latinos

7.1 Las comunidades latinas de los Estados Unidos

Cuando se utiliza el término *latino* es importante recordar que la cultura latina en realidad se compone de un número de etnias distintas de varios países, que han migrado a los EE. UU. en épocas diferentes, por diferentes razones y con diversas situaciones legales. Los puertorriqueños han sido ciudadanos americanos desde 1917. Los cubanos son considerados como refugiados políticos, por lo tanto, disfrutan de un estatus especial otorgado por el gobierno de los Estados Unidos. Algunas familias mexicanas han vivido en sus comunidades más tiempo del que su tierra ha sido parte de los Estados Unidos. Estas son solo algunas de las diferencias que existen entre algunas de las etnias a las que nosotros referimos como *latinos*.

Según la oficina del Censo de los Estados Unidos, aproximadamente el 18.5% de la población del país se identifican como latino/hispano, o sea más o menos 59 millones de americanos. En el año 2060, este número debe llegar a 129 millones de personas, o 31% de la población. De esta población, 61.8% son de origen mexicano, siendo el siguiente grupo mas numeroso los puertorriqueños (9.6%) despues vienen los países combinados de Centro América cerca del 9.4%. Luego los países de América del Sur que son 6.3%, Cuba cerca del 4% y el resto de los hispanos/latinos, que aproximadamente es del 8.6%. Esta población vive en todas partes de los Estados Unidos, pero se encuentran sobre todo en los estados del suroeste, donde California tiene la cantidad más grande de latinos, 15.6 millones. Esto es más o menos 28% de todos los

latinos que viven en los Estados Unidos y lo hace el grupo étnico más grande en California, aproximadamente 38% de la población del estado.

En la ciudad de Escondido, el porcentaje de latinos es muy alto y sigue creciendo. En el año 2004, los latinos componían más o menos el 42% de la población; diez años más tarde, la información del censo indica que la población latina ha llegado a 51% de los que viven en Escondido.

7.2 Datos acerca del uso de sustancias, la violencia doméstica y los latinos y latinas

La violencia doméstica y la agresión sexual en las comunidades latinas

- Entre 20% y 25% de latinas experimentará violencia doméstica (VD) durante su vida y de éstas 1 de cada 20 en los últimos 12 meses.
- Las mujeres inmigrantes (incluyendo las latinas) casadas tienen mayor probabilidad de experimentar VD que las que no están casadas.
- En un estudio en el que se incluyeron 2,000 latinas se encontró que el 63.1% de las mujeres identificó haber sido victimizada durante el curso de su vida.
- En todo los Estados Unidos, el abuso sexual infantil se realiza cada diez segundos. Más específicamente, una de cada cuatro niñas sufrirá una agresión sexual a la edad de 18 años y uno de cada seis niños sufrirá una agresión sexual. Aunque hay un

aumento de casos reportados, muchas familias, especialmente familias latinas, no están dispuestas a hablar sobre el tema.

“Cuando estamos hablando de abuso sexual en la comunidad latina se hace muy difícil porque hay una gran cantidad de tabúes acerca del sexo en general”.

- Las “barreras culturales” son uno de los factores que contribuyen al número desconocido de casos de abuso sexual, aunque se precisa que, a nivel nacional, 700.000 niños sufren de abuso en general en los Estados Unidos. De estos números, el 20% son niños latinos. Cuando se trata de abuso sexual infantil en la población latina se hace mucho más difícil de conocer el porcentaje real.
- Cuando una familia no aborda el tema del abuso infantil, el niño, a medida que crece, se vuelve más propenso a entrar en una serie de depresión y otros comportamientos de riesgo que incluyen: el uso de drogas, la participación en pandillas y el huir de casa.
- Cuanto más tiempo pasa un niño sin recibir el apoyo que necesita, por ejemplo, el asesoramiento o un grupo de apoyo, el niño puede llegar a estar en grandes dificultades. Y lo que eso significa es que podrían ser potencialmente suicidas, u homicidas, donde sus síntomas están hasta el punto en el cual necesitan servicios más intensivos y sin asistencia o tratamiento esto afectara varias áreas de su vida. Afecta su rendimiento académico, sus habilidades sociales y a largo plazo su salud mental.

El uso de sustancias entre los latinos y las latinas

En el Estudio nacional de latinos y asiático-americanos se informó que la prevalencia de los trastornos por uso de sustancias era de 16.7% para los latinos y de 4.3% para las latinas.

Uso de sustancias y la violencia doméstica

- Aunque las investigaciones recientes muestran una alta relación entre la violencia de pareja y una mayor frecuencia de intoxicación con alcohol, la evidencia general respecto a si el consumo de alcohol de una mujer aumenta su probabilidad de experimentar violencia de pareja íntima ha sido descrita como “débil”.
- Las experiencias de violencia interpersonal, el estrés de vivir en un nuevo país con normas culturales e idioma diferente, la discriminación, las presiones socioeconómicas, la pérdida de los mecanismos de apoyo social relacionados a la inmigración y la exposición a las drogas y el alcohol, con frecuencia llevan al uso de sustancias y a su dependencia.
- A menudo el trauma es el hilo conductor de una variedad de problemas concurrentes, que van desde discapacidades de salud mental hasta abuso de sustancias, pobreza, y explotación como resultado de la industria del sexo, la falta de vivienda y el encarcelamiento.

Sobrevivientes latinas que compartieron sus luchas con el abuso de sustancias

Iniciación—Una pareja abusiva fue quien las introdujo al uso del alcohol y a otras drogas al forzarlas, amenazarlas y/o coaccionarlas a consumir sustancias.

Consumo—El consumo de alcohol fue principalmente, una práctica relacionada al género en la que las parejas abusivas, así como los hombres en la familia, eran en los consumidores primarios.

Cuidado—Las sobrevivientes latinas no consumieron alcohol u otras drogas porque sabían que les perjudicaría su capacidad para cuidar a sus hijos. Ellas cuidaban a sus parejas durante y después de la intoxicación.

7.3 Cómo los latinos enfrentan los problemas de salud mental

Los latinos en los Estados Unidos no son diferentes al resto de la población cuando se trata de problemas de salud mental. Sin embargo, la comunidad latina entiende, afronta y arregla estos problemas y afecciones de distintas maneras. Los desórdenes más comunes de salud mental entre los latinos son: la ansiedad generalizada, la depresión severa, el desorden de estrés postraumático (PTSD) y el alcoholismo. Además, las adolescentes latinas tienen un índice altamente desproporcionado de intentos de suicidio.

Mientras que las comunidades latinas demuestran que son susceptibles a la enfermedad mental al igual que a la población en general, existen disparidades en el acceso al tratamiento y en la calidad de tratamiento

recibido. Esta desigualdad pone a los latinos en mayor riesgo de padecer formas más severas y persistentes de condiciones de salud mental.

Los estadounidenses de habla hispana en los Estados Unidos dicen que les resulta difícil encontrar servicios de atención de salud mental en su idioma nativo. Solo un 5.5% de los psicólogos estadounidenses dicen que pueden administrar servicios de atención de salud mental en español, según una encuesta publicada por la Asociación Americana de Psicología¹⁵ en septiembre de 2016, los datos más recientes disponibles.

En total, el 44.9% de los psicólogos dijeron que estaban "bastante o extremadamente informados" sobre cómo trabajar con pacientes hispanos. Se espera que la demanda de psicólogos de tiempo completo dentro de la comunidad hispana aumente un 30% para el año 2030. Eso es el segundo más alto porcentaje solo después de "otros grupos minoritarios raciales / étnicos", incluidos asiáticos, nativos americanos y personas multirraciales, con un crecimiento de 32 %, según la Asociación Americana de Psicología¹⁶.

Los afroamericanos verán un aumento del 11%, y los blancos una disminución del 2%. Los críticos dicen que los proveedores de salud mental simplemente no están al día con la creciente población hispana de la nación, que alcanzó los 59.9 millones en 2018, o aproximadamente el 18% de la población de los Estados Unidos. Esta disparidad es notable, en parte, porque los latinoamericanos enfrentan problemas de

¹⁵ <https://www.apa.org/workforce/publications/15-health-serviceproviders/>

¹⁶ <https://www.apa.org/workforce/publications/supply-demand/demandracial-groups.pdf>

salud mental únicos en comparación con la población del país en general.

Como comunidad, los latinos tienen menos tendencia a buscar tratamiento para problemas de salud mental. Un reporte en el año 2001 del Cirujano General encontró que solamente 20% (más o menos) de latinos con síntomas de un desorden psicológico consultan con un doctor sobre su problema. Y solamente 10% de ellos hacen contacto con un especialista de salud mental.

7.4 Los factores históricos y socioculturales relacionados con la salud mental

Los factores históricos y socioculturales sugieren que, como grupo, los latinos tienen una gran necesidad de servicios de salud mental. Los latinos, en promedio, tienen un nivel educativo y económico relativamente bajo. Además, las diferencias históricas y sociales en los subgrupos crean necesidades diferenciales dentro de los grupos latinos.

Los centroamericanos pueden tener una necesidad particular de servicios de salud mental debido al trauma experimentado en sus países de origen. Los niños y adultos mexicanoamericanos y de Puerto Rico pueden estar en un riesgo más alto que los cubanoamericanos de tener problemas de salud mental debido a sus menores recursos educativos y económicos. Es probable que los inmigrantes recientes de todos los orígenes, que se están adaptando a los Estados Unidos, experimenten un conjunto diferente de factores de estrés que los residentes hispanos a largo plazo.

El estudio ECA encontró que los mexicanoamericanos y los americanos blancos tenían tasas muy similares de trastornos psiquiátricos (Robins y

Regier, 1991). Sin embargo, cuando el grupo mexicanoamericano se separó en dos subgrupos, los que nacieron en México y los nacidos en los Estados Unidos, se encontró que los nacidos en los Estados Unidos tenían tasas más altas de depresión y fobias que los nacidos en México (Burnam et al., 1987).

El NCS encontró que, en relación con los blancos, los mexicanoamericanos tenían menos trastornos de por vida en general, menos ansiedad y menos trastornos por uso de sustancias. Al igual que los hallazgos de Los Ángeles de la CEPA los mexicanoamericanos nacidos fuera de los Estados Unidos se encontraron que tenían menores tasas de prevalencia de cualquier trastorno de por vida que los mexicanoamericanos nacidos en los Estados Unidos.

Un tercer estudio examinó las tasas de trastornos psiquiátricos en una muestra grande de los mexicanoamericanos que residen en el Condado de Fresno, California (Vega et al., 1998). Este estudio encontró que las tasas de vida de los trastornos mentales entre los inmigrantes americanos mexicanos nacidos en México fueron notablemente inferiores a las tasas de trastornos mentales entre los estadounidenses de origen mexicano nacidos en los Estados Unidos. En general, aproximadamente el 25% de los inmigrantes mexicanos tenían algún trastorno (incluyendo tanto los trastornos mentales y abuso de sustancias), mientras que el 48% de los mexicanoamericanos nacidos en los EE. UU. tenía un trastorno (Vega et al., 1998). Además, la longitud de tiempo que estos latinos habían pasado en los Estados Unidos parecía ser un factor importante en el desarrollo de trastornos mentales. Los inmigrantes que han vivido en los Estados Unidos durante al menos 13 años tenían mayores tasas de prevalencia de los trastornos

que los que habían vivido en los Estados Unidos menos de 13 años (Vega et al., 1998).

Es interesante observar que las tasas de prevalencia de trastornos mentales de los mexicanoamericanos nacidos en los Estados Unidos se parecían mucho a las tasas entre la población general de los Estados Unidos. En contraste, las tasas de prevalencia más bajas de los residentes de Fresno nacidos en México eran similares a los encontrados en un estudio de la Ciudad de México (por ejemplo, para cualquier trastorno afectivo: Fresno, 8%, Ciudad de México, 9%). (Caraveo-Anduaga et al, 1999). En conjunto, los resultados de la ECA, el NCS, y los estudios de Fresno sugieren que los latinos nacidos en México tienen una mejor salud mental que los Mexicoamericanos nacidos en los EE. UU. y la nación en general.

Encuestas realizadas en los adolescentes mexicanoamericanos

Un estudio a gran escala de los adolescentes mexicanoamericanos principalmente en las escuelas de ambos lados de la frontera entre Texas y México reveló altos índices de síntomas depresivos, consumo de drogas y el suicidio (Swanson et al., 1992). Al igual que los estudios epidemiológicos con adultos, esta investigación encontró que vivir en los Estados Unidos se relaciona con un riesgo elevado de tener problemas de salud mental. Más jóvenes de Texas (48%) reportaron altos índices de síntomas depresivos que los jóvenes mexicanos (39%). Además, los jóvenes que residen en Texas informaron de más consumo de drogas ilícitas en los últimos 30 días (21%) y la ideación suicida (23%) más que los jóvenes que residen en México.

En conjunto, los datos indican que los niños y adolescentes latinos corren un riesgo significativo de tener problemas de salud mental y en

muchos casos un riesgo mayor que los niños blancos. En este momento, no está claro por qué existe una tasa diferencial de los problemas de salud mental entre los niños latinos y blancos. Una especial atención debe ser dirigida al estudio de los jóvenes latinos, ya que pueden ser a la vez los más vulnerables y los más susceptibles de prevención e intervención.

Entre los hispanos, los jóvenes nacidos en el extranjero experimentan una menor autoestima y niveles más altos de pensamientos suicidas que los jóvenes nacidos en los Estados Unidos (por ejemplo, Portes y Rumbaut, 2001). Sin embargo, los jóvenes hispanos nacidos en EE. UU. presentan más graves conductas de riesgo y problemas de conducta que los jóvenes nacidos en el extranjero.

El trauma de la inmigración

El trauma, como lo define la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés), “resulta de un evento, una serie de eventos o un grupo de circunstancias que una persona ha vivido, que le ha perjudicado o amenazado física, emocional o mortalmente y que tiene un efecto duradero adverso al bienestar y funcionamiento mental, físico, social, emocional o espiritual de la persona”.

De muchas maneras, la inmigración es una forma de trauma. Es una pérdida total de identidad y familiaridad, y los inmigrantes muchas veces no tienen las herramientas o los recursos apropiados para ayudarles a afrontar un ambiente nuevo. Esa transición en sí misma, incluso si termina bien, puede dejar cicatrices muy profundas. Además, los inmigrantes que vienen de países devastados por la guerra han enfrentado mucha violencia, violaciones o la pérdida de miembros de

su familia y los niños inmigrantes están muchas veces en riesgo de verse expuestos a la violencia. Los inmigrantes también enfrentan mayores riesgos de problemas de salud como la diabetes, derrames cerebrales, abuso de sustancias, etc. En un contexto intergeneracional, los hijos de inmigrantes suelen demostrar altos índices de ansiedad y depresión.

La juventud latina enfrenta una multitud de retos que incluye la falta de recursos socioeconómicos, el riesgo de problemas de conducta (por ejemplo, el uso de drogas y el embarazo en la adolescencia) y bajos logros académicos (Kuperminc et al, 2009; Rodriguez y Morrobel, 2004). Más preocupante aún es la salud mental y emocional de los jóvenes latinos. Una encuesta nacional realizada por el CDC en 2007 encontró que la juventud latina está más propensa a sentirse triste o desesperada (36.3%), a considerar el suicidio seriamente (15.9%) y a intentar el suicidio (10.2%) que la juventud blanca (26.2%, 14.0% y 5.6%, respectivamente) y afroamericana (29.2%, 13.2% y 7.7%). Además, los estudios han demostrado que la depresión y la ansiedad tienen una correlación positiva con el aumento en los índices de la conducta suicida y los adolescentes que están deprimidos son 35-50% más propensos a intentar el suicidio (Dopheid, 2006).

La depresión y los trastornos de ansiedad son dos de las afecciones de salud mental más frecuentes que afectan a la juventud latina. En uno de los pocos estudios nacionales que existen sobre la juventud latina (edades 11-15), Saluja y sus colegas (2004) encontraron que la juventud latina tiene índices de síntomas depresivos más altos (22%) que la juventud blanca (18%), asiática (17%) y afroamericana (15%). Otros estudios también encuentran consistentemente altos índices de depresión en la juventud latina – especialmente en los

mexicoamericanos y afrolatinos—que en otros grupos étnicos (Choi et al., 2006; Mikolajczyk et al., 2007; Ramos et al., 2003).

Aunque no hay datos nacionales disponibles sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad o de problemas relacionados con la ansiedad en la juventud latina, los estudios también sugieren que la juventud latina tiene índices de ansiedad significativamente más altos que la juventud blanca, pero no más altos que la juventud afroamericana (Glover et al., 1999; Roberts et al., 2006). Aproximadamente, 8% de la juventud mexicoamericana (edades 11-17) han tenido un trastorno de ansiedad en el pasado año (Roberts et al., 2006).

Gonzalez et al. (2009; 2002) y Umaña-Taylor y Alfaro (2009) resumen las investigaciones disponibles sobre jóvenes latinos nacidos en el extranjero y en Estados Unidos; el estrés aculturativo que surge de los retos relacionados con la adaptación a la vida en los Estados Unidos (por ejemplo, aprender un idioma nuevo, adaptarse a nuevas normas sociales y dinámicas familiares y el experimentar discriminación) afecta el bienestar psicológico. Estos estudios encuentran una asociación positiva entre el estrés aculturativo y una variedad de conductas internalizadas que incluye la baja autoestima, síntomas de depresión y el aislamiento suicida. Pero también encuentran que la juventud latina depende de factores protectores como lo son fuertes vínculos familiares, estrategias de afrontamiento y apoyo social que disminuyen las influencias perjudiciales del estrés aculturativo.

Otros estudios sobre la juventud latina comparan los resultados de la salud mental a través de generaciones de inmigrantes e intentan explicar las diferencias, si es que existen, ajustando el riesgo socioeconómico y los factores protectores (Gonzales et al., 2002). Por

ejemplo, la evaluación a nivel nacional realizada por Harker (2001) y Harris (1999) indica que la juventud latina de primera generación (la juventud inmigrante con padres también inmigrantes de edades entre 12-18) han tenido menos síntomas depresivos que otras generaciones (la juventud nacida en los Estados Unidos) y que un número de influencias familiares (por ejemplo, la supervisión y la cercanía a los padres de familia) protege a la juventud inmigrante de primera generación de tener resultados negativos en la salud mental comúnmente asociados con bajos recursos socio-económicos y el estatus migratorio. Pero Rumbaut (1995) encontró que la capacidad de hablar inglés predijo niveles bajos de síntomas depresivos en la juventud latina y argumenta que, por lo menos al inicio, el estrés de la inmigración afecta negativamente su bienestar psicológico hasta que la juventud se acostumbra a su nuevo hogar y aprende a navegar su nuevo ambiente.

Al extender las investigaciones previas, encontramos que los factores estresantes singulares (como la migración involuntaria, el riesgo de vivir eventos traumatizantes durante la migración y la discriminación) de la juventud latina inmigrante aumentó su riesgo a la depresión y la ansiedad. Hemos demostrado que el estatus migratorio (la falta de documentación), ausente en muchas de las investigaciones, tiene un papel muy importante en el proceso de adaptación y aculturación.

Para finalizar, encontramos que el tiempo que ha vivido en los Estados Unidos y el apoyo de familia y maestros disminuyó los factores estresantes relacionados con la migración. Ayudar a estas poblaciones a sanar requiere un reconocimiento de los impactos del trauma mental en la salud física y un plan de tratamiento que incluya todos los aspectos del cuidado de la salud.

El cuidado de salud integrado y la fe como factor de sanación

Muchos inmigrantes pueden presentar problemas de salud mental en forma de síntomas físicos que aparecen como dolores de estómago imprecisos, dolores de cabeza y otras quejas, que muchas veces lo conducen al ámbito de la atención primaria. Desafortunadamente, los proveedores de salud muy frecuentemente tratan los problemas físicos independientemente de la salud mental.

Además, muchos médicos no están entrenados para consultar con sus pacientes sobre su fe. Las instalaciones médicas frecuentemente carecen de apoyo de fe para los pacientes, a pesar de que la fe y las comunidades de fe desempeñan un papel importante en la prevención, el tratamiento y la recuperación de la enfermedad mental.

Biografía – Farha Abbasi, M.D. es un Profesor Clínico Auxiliar en el Departamento de Psiquiatría y Psiquiatra de Planta en el centro de salud para estudiantes en la Universidad Estatal de Michigan. El Proyecto LAMHA fue financiado por un subsidio de la Fundación William T. Grant y dirigido por Krista M. Perreira y Mimi V. Chapman.

Aculturación

Algunos autores han interpretado estos resultados como una sugerencia de que la aculturación puede conducir a un mayor riesgo de trastornos mentales, por ejemplo, Vega et al., 1998; Escobar et al., 2000; Ortega et al., 2000. No está claro qué aspecto o aspectos de la aculturación podrían estar relacionado con las tasas más altas de trastornos. ¿Son los valores y prácticas culturales cambiantes, los factores estresantes asociados con tales cambios o los encuentros negativos con instituciones estadounidenses (por ejemplo, escuelas o

empleadores) que subyacen en algunas de las diferentes tasas de prevalencia (Betancourt y López, 1993)?

Los resultados de estos estudios han planteado preguntas intrigantes sobre el papel de la aculturación en la salud mental entre los adultos hispanos en los Estados Unidos. Vega y Alegría (2001) han interpretado los datos que sugieren que algunos hispanos, como los mexicanos, puertorriqueños y cubanos, por lo general emigran a los Estados Unidos con un mejor estado de salud mental que la población estadounidense en su conjunto. Sin embargo, a medida que pasan tiempo en los Estados Unidos, desarrollan un mayor riesgo de problemas de salud mental.

7.5 Cosas que se deben considerar

Hay razones diversas por las cuales los latinos no buscan tratamiento o reciben cuidado para la salud mental de alta calidad. En general, la comunidad latina no habla de problemas de salud mental y tienen poca información acerca de este tema. Muchos latinos no buscan tratamiento porque no reconocen los signos y síntomas de las condiciones de salud mental o no saben dónde encontrar ayuda.

Esta carencia de información también aumenta el estigma asociado con la enfermedad mental. Muchos latinos no buscan ayuda o tratamiento, debido a su miedo de estar llamado “locos” o “locura,” nombres que representan vergüenza para la persona y la familia. Una de cada cinco personas se ve afectada por una enfermedad mental. Esto quiere decir que, aun cuando no se habla de este problema tan grave, la mayoría de nosotros o tenemos una de estas enfermedades o conocemos alguien que sufre de esto. Las investigaciones muestran que es menos probable que las minorías busquen tratamiento de salud mental hasta que sus

síntomas estén mucho más severos, comparadas con personas blancas y no hispanas. Tienen una tendencia más marcada para buscar tratamiento primario y recursos informales, como curanderos tradicionales, familia, amigos, y/o clero.

Otro factor que hay que considerar es la desconfianza. La desconfianza se ha visto como una barrera para el tratamiento de salud mental de las minorías. Abarca desde la persecución histórica hasta la discriminación y racismo de hoy en día, inclusive al documentar casos de abuso y maltrato. “En una encuesta realizada para la fundación Kaiser mostró que un 15% de los latinos sentían que un médico u otro profesional de la salud los trataba con falta de respeto debido a su raza u origen étnico.” (Brown et al, 1999, La Veist et al, 2000). Algunas de estas actitudes pueden también estar dirigidas hacia instituciones operadas por el gobierno, basadas en sus miedos de estar deportados.

La comunidad latina tiende a ser muy privada y suelen no querer hablar en público sobre sus retos en casa. Esta idea está expresada en la frase, “La ropa sucia se lava en casa”. Esta idea es muy común en la población latina.

Los latinos por lo general buscan ayuda en su religión o iglesia cuando buscan tratamiento o ayuda con asuntos de salud mental. Se espera que las personas puedan controlar sus síntomas y no estar débiles. Se les dice que se apoyen en el poder espiritual. El tener una enfermedad mental puede estar asociado con pérdida de control, violencia e incurabilidad. Por lo tanto, mucha gente latina puede tratar de esconderse en la negación o esconder su enfermedad mental, para proteger la reputación de su familia.

Barreras del idioma

Las barreras del idioma pueden hacer la comunicación con profesionales médicos muy difícil. Es verdad que muchos sí hablan por lo menos un español básico, particularmente en las áreas del país con poblaciones muy extensas de latinos, pero esta gente puede tener una falta de entendimiento de los asuntos culturales muy importantes. Los pacientes tienen el derecho de pedir un intérprete profesional y de recibir formas e información en español.

Diagnósticos incorrectos

Las diferencias culturales pueden llevar a diagnósticos incorrectos para personas latinas. Por ejemplo, los latinos pueden describir los síntomas de depresión como “nervios,” cansancio o como un problema físico. Estos síntomas son consistentes con la depresión, pero los médicos que no son conscientes de cómo la cultura influye en la salud mental pueden no reconocer que éstos podrían ser signos de depresión.

Falta de seguro médico

Un porcentaje significativo de la población latina tiene trabajos de bajo salario o trabajan por cuenta propia. A menudo, estos latinos no tienen seguro médico. La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio hace que sea más fácil y asequible para los latinos obtener un seguro médico, pero una parte significativa de esta población no es elegible debido a su estatus legal.

7.6 Conclusiones

En conclusión, la cultura puede influenciar muchos aspectos de la enfermedad mental, por ejemplo: la expresión o explicación de síntomas, como alguien los afronta, el apoyo de la familia y comunidad y la voluntad para recibir tratamiento. En respuesta a esto, la cultura

del profesional médico y la institución también puede tener influencia sobre el tratamiento, diagnóstico y servicio. La cultura tiene un papel fundamental en la comprensión, la respuesta, y el tratamiento de las enfermedades mentales. Es ideal si la persona puede encontrar tratamiento en un entorno de atención médica culturalmente sensible.

El estigma alrededor de la enfermedad mental y la renuencia para buscar y conseguir tratamiento no son exclusivos de los latinos, por supuesto. Menos de un tercio de los 18 millones de estadounidenses estimados que tienen una enfermedad mental que afecta su funcionamiento diario reciben tratamiento, según una encuesta del gobierno de 2008. Las investigaciones y evidencia anecdótica sugieren que el estigma, y lo que se conoce como auto-estigma, es un obstáculo importante que se interpone en el camino de la atención de salud mental para los latinos.

En un estudio reciente, Vega encuestó a 200 latinos deprimidos y de bajo ingresos en Los Angeles; más de la mitad dijeron que la gente deprimida no es digna de confianza y que no estarían dispuestos a socializar con alguien deprimido. Los encuestados que se auto-estigmatizan tenían menos probabilidades de tomar medicamentos y acudir a las citas programadas con los médicos de atención primaria, según el estudio.

Algunas de las razones detrás de la renuencia para buscar ayuda profesional son culturales. La religión es muy importante para la comunidad latina y algunos latinos van primero a su iglesia – o incluso a las curanderas llamadas espiritualistas – para encontrar ayuda con problemas de salud mental, según algunos expertos. Incluso más que la cultura estadounidense en su conjunto, la cultura latina valora la

autosuficiencia, lo cual puede desanimar a la gente de hablar sobre sus problemas.

Bibliografía

1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44249/>
2. <http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2009.60.10.1336>
3. <http://www.mentalhealthamerica.net/issues/latinohispanic-communities-and-mental-health>
4. https://ethnomed.org/clinical/mentalhealth/Facilitators%20Guide%20123108%20final%20_2_.pdf
5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44247/>
6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK19899/>
7. <http://www.nami.org>
8. Center for Disease Control & Prevention. (2007). *Youth Risk Behavior Surveillance—The United States*. Atlanta, GA.
9. Choi, H., Meininger, J.C., & Roberts, R.E. (2006). Ethnic Differences in Adolescents' Mental Distress, Social Stress, and Resources. *Adolescence*, 41:263–283.
10. Dopheide, J.A. (2006). Recognizing and Treating Depression in Children and Adolescents. *American Journal of Health Systems Pharmacists*, 63:233–243.
11. Glover, S.H., Pumariega, A.J., Holzer, C.E., Wise, B.K., & Rodriguez, M. (1999). Anxiety Symptomatology in Mexican American Adolescents. *Journal of Child & Family Studies*, 8:47–57.
12. Gonzales, N., Fabrett, F., & Knight, G. (2009). *Acculturation, enculturation, and the psychological adaptation of Latino youth*. In: Villarruel, F., Carlo, G., Grau, J., Azmitia, M., Cabrera, N., Chahin, J., editors. *Handbook of U.S. Latino psychology: Developmental and community-based perspectives*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, pp. 115–134.

13. Gonzales, N., Knight, G., Morgan-Lopez, A., Sanenz, D., & Sirolli, A. (2002). *Acculturation and the mental health of Latino youths: An integration and critique of the literature*. In: Contreras, J., Kerns, K., Neal-Barnett, A., editors. *Latino children and families in the United States: Current research and future directions*. West Port, CT: Praeger, pp. 45–76.
14. Harker, K. (2001). Immigrant Generation, Assimilation, and Adolescent Psychological Well-being. *Social Forces*, 79:969–1004.
15. Harris, K. (1999). *The health status and risk behaviors of adolescents in immigrant families*. In: Hernandez, D.J., editor. *Children of immigrants: Health, adjustment, and public assistance*. Washington, DC: National Academy of Press, pp. 286–347.
16. Kuperminc, G., Wilkins, N., Roche, C., & Alvarez-Jimenez, A. (2009). *Risk, Resilience, and Positive Development among Latino Youth*. In: Villarruel, F., Carlo, G., Grau, J., Azmitia, M., Cabrera, N., Chahin, J., editors. *Handbook of U.S. Latino Psychology: Developmental and Community-based Perspectives*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, pp. 213–233.
17. Mikolajczyk, R.T., Bredehorst, M., Khelaifat, N., Maier, C., Maxwell, A.E. (2007). Correlates of Depressive Symptoms among Latino and Non-Latino White Adolescents: Findings from the 2003 California Health Interview survey. *BMC Public Health*, 7:21.
18. Ramos, B., Jaccard, J., & Guilamo-Ramos, V. (2003). Dual Ethnicity and Depressive Symptoms: Implications of Being Black and Latino in the United States. *Hispanic Journal of Behavioral Science*, 25:147–173.
19. Roberts, R.E., Roberts, C.R., & Xing, Y. (2006). Prevalence of Youth-reported DSM-IV Psychiatric Disorders among African, European, and Mexican American Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45:1329–1337.

20. Rodriguez, M.C., & Morrobel, D. (2004). A Review of Latino Youth Development Research and A Call for An Asset Orientation. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 26:107–127.
21. Rumbaut, R. (1991). *Migration, adaptation, and mental health: The experience of Southeast Asian refugees in the United States*. In: Alderman, H., editor. *Refugee policy: Canada and the United States*. Toronto, Canada: York Lanes Press.
22. Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P., Overpeck, M., Sun, W., & Giedd, J. (2004). Prevalence of and Risk Factors for Depressive Symptoms Among Young Adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescence Medicine*, 158:760–65.
23. Umaña-Taylor, A.J., & Alfaro, E.C. (2009). *Acculturative Stress and Adaptation*. In: Villarruel, F., Carlo, G., Grau, J., Azmitia, M., Cabrera, N., Chahin, J., editors. *Handbook of U.S. Latino psychology: Developmental and community-based perspectives*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, pp. 135–252.

Enfoque en afroamericanos

Sigue siendo tabú en muchas comunidades de color el estigma en torno a la enfermedad mental. Ya sea que se trate de depresión o ansiedad, existe una creencia antigua de que esas preocupaciones son tabú y su impacto es el problema de "otro". Aunque las comunidades de color, debido a los desafíos socioeconómicos, pueden tener un mayor riesgo de salud mental, este estigma contribuye a la resistencia de reconocer la necesidad de la ayuda de un médico o terapeuta.

7.7 De un terapeuta afroamericano

Para muchos en la comunidad afroamericana, nuestra historia es de perseverancia y resistencia. Después de todo, sobrevivimos la esclavitud; seguramente podemos sobrevivir a la "tristeza" o la

"ansiedad". En esta mentalidad, cualquier cosa menos se consideraría debilidad espiritual o moral. El problema, en parte, es que a menudo no reconocemos que la enfermedad mental es mucho más que sentir melancolía o ansiedad, no es una señal de debilidad y no discrimina en función del color de la piel. No reconocemos la enfermedad mental como una "enfermedad", como lo haríamos con cáncer, diabetes o presión arterial alta.

Según la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales, 1 de cada 5 adultos en los Estados Unidos sufren de enfermedades mentales en un año determinado, esto es independientemente de la raza, el credo o el color. Además, según la Oficina de Salud de las Minorías del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Los adultos afroamericanos tienen un 20% más de probabilidades que los adultos blancos de reportar angustia psicológica grave. A pesar de esto, los afroamericanos son menos propensos que los blancos a buscar tratamiento y es más probable que lo terminen prematuramente.

Por un lado, esto se debe en parte a creencias arraigadas relacionadas con el estigma, la apertura y la búsqueda de ayuda, que pueden hacer que los afroamericanos y otras personas de color duden en acercarse. Por otro lado, los profesionales de la comunidad médica debemos hacer el trabajo para establecernos como fuentes de apoyo confiables y fidedignas.

Como proveedores de atención médica en esta era de "atención integral para la persona", nos corresponde determinar cómo responder y superar este estigma. Si queremos responder a los determinantes sociales que impactan la salud en las comunidades de color, primero debemos entender no sólo los desafíos sino también las actitudes y

normas con respecto a estos desafíos. Debemos reconocer el hecho de que las comunidades marginadas están marginadas por una razón: la razón es que nosotros (los proveedores de atención médica) no hemos estado presentes.

Es arrogante creer que podemos decidir enfocarnos en comunidades que han sido marginadas y que nos reciban con acogimiento y confianza sin haberlos ganado. Debemos comenzar escuchando y tratando de comprender no sólo a las comunidades de color, sino a todas las comunidades marginadas o atendidas de manera inapropiada. También debemos cambiar la narrativa de una conversación sobre la enfermedad mental a una conversación sobre el bienestar mental. Después de todo, la salud mental es más que depresión, ansiedad o un diagnóstico de trastorno bipolar. Es su bienestar emocional y mental general, incluidos los elementos positivos y negativos.

Las comunidades de color no son diferentes a cualquier otra comunidad en que todos quieren vivir una vida saludable: física, mental, espiritual y emocionalmente. El desafío para las comunidades de color y los proveedores de atención médica es definir cómo se ve una comunidad saludable a través de los prismas del estigma y la adversidad histórica, que incluye la exclusión racial a los recursos sanitarios, educativos, sociales y económicos. Es sólo trabajando juntos en colaboración totalmente comprometidos que podemos superar este desafío.

7.8 Demografía de los afroamericanos, el racismo antes y ahora

Según la Oficina del Censo de los Estados Unidos del 2019, el 13.4% de la población o aproximadamente 48.2 millones de personas se identificaron como afroamericanos. La mayoría de los afroamericanos son descendientes de personas traídas a las Américas como esclavos; otros que vinieron de África o el Caribe difieren en términos de cultura, idioma, historia de migración y salud. En la actualidad, la adversidad histórica, que incluye la esclavitud, la segregación, la aparcería y la exclusión racial a los recursos sanitarios, educativos, sociales y económicos, se traduce en desigualdades socioeconómicas vividas por los afroamericanos de origen estadounidense. En el condado de San Diego, los afroamericanos representan el 4.7% de la población; en el norte del condado estos números son más bajos.

A pesar de los progresos realizados a lo largo de los años, el racismo sigue teniendo un impacto en la salud mental y física de los afroamericanos. Los estereotipos negativos y las actitudes de rechazo continúan ocurriendo con consecuencias adversas medibles. Los casos históricos y contemporáneos de trato negativo han llevado a una desconfianza hacia las autoridades, muchas de las cuales no se considera que tengan en mente los mejores intereses de los afroamericanos. Esta desconfianza se extiende a los profesionales médicos; las personas de color informan que no se les respeta, incluso son rechazados o ignorados cuando informan sus síntomas.

Para ilustrar el racismo institucional, a fines de los años 60 y principios de los 70 bajo la administración de Nixon la "Guerra contra las Drogas" comenzó enfocándose más allá de las drogas y creó una idea errónea de que los afroamericanos tienen más probabilidades de ser adictos que los blancos.

"La campaña de Nixon tenía dos enemigos, la izquierda que estaba en contra de la guerra y el pueblo negro", dijo Ehrlichman (John Ehrlichman, abogado y asistente del presidente Nixon en Asuntos Domésticos). "Sabíamos que no podíamos hacer ilegal estar en contra de la guerra o de los negros, pero al hacer que el público asociara a los hippies con la marihuana y a los negros con la heroína y luego criminalizarlos a ambos fuertemente, podríamos perturbar esas comunidades". Podríamos arrestar a sus líderes, asaltar sus hogares, disolver sus reuniones y difamarlos noche tras noche en las noticias vespertinas. ¿Sabíamos que estábamos mintiendo sobre las drogas? Por supuesto que lo sabíamos".

En los años 80, las acciones de la CIA-Contra permitieron que una avalancha de drogas devastara las comunidades afroamericanas del sur de Los Ángeles que alguna vez fueron vecindarios pacíficos y centrados en la familia. Con la llegada del dinero que generó la cocaína y el crack, el reclutamiento de pandillas y la violencia crecieron de manera exponencial. Esto fue seguido por una expansión de la Guerra contra las Drogas, sentencias más duras por delitos de drogas y en muchos estados la ley de "Three Strikes". Estos son sólo algunos ejemplos del racismo institucional que continúa debilitando la confianza en los sistemas que supuestamente deben servir a todos los ciudadanos; en 2017 el 25% de las personas asesinadas por la policía eran negras. Actualmente el 40% de los adultos encarcelados son afroamericanos. En el sistema de justicia juvenil, el 40% de los encarcelados son jóvenes negros.

Los afroamericanos son desproporcionadamente más propensos a sufrir de problemas de salud mental que los blancos. Según el

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., en 2015 los afroamericanos tenían un 20% más de probabilidades de reportar angustia psicológica grave y casi el doble de probabilidades de ser diagnosticados con esquizofrenia que los blancos. A pesar de estas estadísticas, los afroamericanos tienen menos probabilidades de recibir tratamiento de salud del comportamiento. En 2011, el 73% de los blancos recibieron tratamiento por episodios depresivos graves, mientras que menos del 55% de los afroamericanos recibieron tratamiento. Recientemente, la teoría de la epigenética, la expresión del entorno y las experiencias transmitidas generacionalmente a través del ADN propone que tanto el pasado como las experiencias contemporáneas pueden desencadenar una respuesta traumática.

7.9 Problemas sociales

El racismo institucionalizado en los Estados Unidos ha influido mucho en las desigualdades socioeconómicas que enfrentan las comunidades de color, y la pobreza es un factor de alto riesgo en los problemas de salud conductual. Según la Oficina del Censo, de 1960 a 2013 los niños afroamericanos que vivían en hogares monoparentales aumentaron en más del doble del 22 al 55%. La misma investigación mostró que los niños blancos de hogares monoparentales se triplicaron del 7 al 22%. Algunos dirían que hay desventajas tanto para los padres como para los hijos. El estrés surge porque una persona es la única responsable por el cuidado de la familia. El hecho de que un solo padre tiene que asumir toda la toma de decisiones para toda la familia puede ser abrumador. Entonces, la presión puede llegar a los niños debido a la atmósfera estresante del hogar. La economía ciertamente puede ser una desventaja cuando sólo hay un ingreso.

Según la Oficina de Salud de las Minorías del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., los afroamericanos tienen tres veces más probabilidades de reportar problemas psicológicos si viven por debajo del umbral de la pobreza. A partir de 2014, alrededor del 6% más de afroamericanos no tenían seguro médico comparado con los de raza blanca. Sin seguro médico, muchos no pueden darse el lujo de tratar su enfermedad mental. Por lo tanto, la pobreza es un factor de riesgo en el desarrollo de problemas de salud mental y una barrera para recibir tratamiento. Un estudio realizado en 2008 reveló que incluso entre los afroamericanos que ya recibían servicios de salud mental, más de un tercio sintió que hablar de su depresión o ansiedad leve los haría ser considerados como "locos" y que consideran inapropiado hablar de enfermedades mentales incluso con su familia.

Otro factor es la falta de representación de los afroamericanos en el ámbito médico y la falta de comprensión de los efectos de los problemas raciales en la salud mental entre los médicos. Los costos de atención médica en los que incurren los pacientes negros son más bajos porque hay un historial de prejuicios contra los pacientes negros en general. Esto incluye que los médicos pasen menos tiempo con los pacientes negros, distribuyen menos medicamentos para el dolor a los pacientes negros, desatienden a los pacientes negros con cáncer, dando lugar a tratamientos menos rigurosos y menos costos.

Sólo alrededor del 2% de los miembros y asociados de la Asociación Americana de Psicología (APA) se identifican como afroamericanos. Los terapeutas blancos han mostrado incomodidad y desdén hacia los clientes de color, particularmente cuando discuten cómo los factores sociales y la raza de sus clientes podrían estar afectando su salud mental. Los informes de comentarios han incluido alusiones al

estereotipo de que los afroamericanos son vagos. Otros consejeros han tratado de adoptar un enfoque de "daltonismo", que descarta el vínculo entre los factores sociales en torno a la raza y la salud mental.

Menos de la mitad de los adultos en los Estados Unidos con una condición de salud mental reciben servicios de salud mental en un año determinado. Sin embargo, los afroamericanos utilizan los servicios de salud mental en aproximadamente la mitad de la tasa de los estadounidenses de raza blanca.

No podemos descartar el impacto de la adversidad histórica, que ha llevado a la exclusión racial de los recursos sanitarios, educativos, sociales y económicos. Muchos afroamericanos de hoy todavía sienten el impacto socioeconómico de la esclavitud, la aparcería y Jim Crow o la imposición de un sistema racista. El estado socioeconómico está vinculado a la salud mental, en el sentido de que las personas empobrecidas, sin hogar o encarceladas corren un mayor riesgo de tener una salud mental deficiente. Tampoco podemos descartar el impacto del estigma asociado con la enfermedad mental en la comunidad afroamericana.

7.10 Los afroamericanos y la religión

La literatura sugiere que es mucho más probable que los afroamericanos confíen en su fe como mecanismo de ayuda para lidiar con la depresión y la ansiedad que en utilizar a un profesional de la salud mental. Un estudio encontró que el 90.4% de los afroamericanos informaron el uso de la ayuda religiosa para tratar problemas de salud mental. En otras palabras, muchos afroamericanos, en lugar de buscar apoyo en forma de un profesional de salud mental, van a la iglesia. Esto

no es sorprendente cuando uno comprende el papel tradicional de la iglesia afroamericana.

En la historia afroamericana, "la iglesia" ha estado durante mucho tiempo en el centro de las comunidades negras. Se ha establecido como la mayor fuente de enriquecimiento religioso afroamericano y desarrollo secular. Siempre ha habido una conexión con la fe y el bienestar emocional de los afroamericanos. El difunto Dr. Martin Luther King Jr. declaró: "La oscuridad no puede expulsar a la oscuridad, solo la luz puede hacer eso". Debemos continuar viviendo en la luz y, a través de circunstancias irregulares, dejar que nuestra luz muestre nuestra paz y pasión interior.

La iglesia negra continúa siendo una fuente de apoyo para los miembros de la comunidad afroamericana. En comparación con las iglesias estadounidenses en su conjunto, las iglesias negras tienden a centrarse más en cuestiones sociales como la pobreza, la violencia de pandillas, el uso de drogas, los ministerios penitenciarios y el racismo. Un estudio encontró que los cristianos negros tenían más probabilidades de haber escuchado sobre la reforma de salud por parte de sus pastores, en comparación con los cristianos blancos.

Todas las personas de color tienden a buscar apoyo de salud mental a través de su conexión espiritual con Dios y recurren a sus clérigos. La mayoría de los pastores están muy mal equipados para ofrecer algo más que "lleva tus preocupaciones a Jesús", "ore más", "lea su Biblia" como consejo de salud mental. Por lo tanto, las personas necesitadas no pueden recibir el espectro completo de ayuda que buscan. También se percibe que la iglesia negra tradicional equipara la búsqueda de salud

mental / emocional de un profesional a una falta de fe casi imperdonable.

Para una comunidad social que está tan estrechamente alineada con la iglesia, una iglesia que está llena de las mismas personas que componen los puntos anteriores de este capítulo y una autoridad de la iglesia que simplemente no sabe cómo enseñar o manejar adecuadamente los asuntos de salud mental sin (involuntariamente) poner a sus feligreses en ataduras sobre cómo proceder por sí mismos. Cabe señalar que la capacitación en el seminario sólo incluye una clase de asesoramiento y no cubre ni siquiera los problemas de salud mental más comunes.

Tres de cada cuatro personas con una enfermedad mental informan que han experimentado estigma. El estigma es una marca de deshonra que distingue a una persona de los demás. Cuando una persona es etiquetada por su enfermedad, ya no se le ve como una persona sino como parte de un grupo estereotipado. El estigma puede conducir a la discriminación. Para los afroamericanos, esto a menudo significa estrés adicional y efectos adversos en su salud y bienestar como resultado del prejuicio en torno a la intersección de sus identidades.

La discriminación puede ser obvia y directa, como cuando alguien hace un comentario negativo sobre su enfermedad mental o su tratamiento. O puede ser involuntaria o sutil, como que alguien lo evite porque la persona asume que podría ser inestable, violento o peligroso debido a su enfermedad mental. Incluso puede juzgarse a sí mismo.

Algunos de los efectos dañinos del estigma pueden incluir:

- Renuencia a buscar ayuda o tratamiento.

- Falta de comprensión por parte de familiares, amigos, compañeros de trabajo u otros.
- Menos oportunidades de trabajo, escuela o actividades sociales o problemas para encontrar vivienda.
- Intimidación, violencia física o acoso.
- Seguro de salud que no cubre adecuadamente el tratamiento de su enfermedad mental.

El objetivo de esta capacitación es brindar a los clérigos una mayor comprensión sobre el espectro de la salud mental. Queremos proporcionar las herramientas y los recursos para abrir el diálogo que se centrará en el bienestar mental, erradicará el estigma de las enfermedades mentales, brindará apoyo a los que sufren y a sus familias, y seremos capaces de reconocer cuándo remitir a los fieles a un médico, un psiquiatra, o un clínico con licencia. El objetivo general es que la iglesia elabore un ministerio de salud mental en sus instalaciones que brinde apoyo afectuoso a todos los miembros como lo hace para otros diagnósticos médicos.

Enfoque en la comunidad LGBTQ

LGBTQ es un acrónimo de lesbiana, gay, bisexual, transgénero y queer o interrogante. Estos términos se usan para describir la orientación sexual o la identidad de género de una persona. Simplemente ser LGBTQ+ no significa que las personas experimentarán automáticamente problemas de salud mental. Sin embargo, hay ciertos factores estresantes que LGBTQ+ puede enfrentar. Estos pueden incluir: estigma y discriminación; homofobia / bifobia / transfobia, intimidación, acoso, lenguaje del odio o violencia. Estas experiencias pueden ser traumáticas y dolorosas además de que factores estresantes

como estos pueden afectar la salud mental y el bienestar de la población LGBTQ+.

Los factores estresantes que LGBTQ+ puede experimentar también se ven afectados por la intersección de otras partes de su identidad, como su raza / etnia, clase social, cultura, religión, edad, discapacidad y más. Estar sujeto a estresores y otras experiencias traumáticas puede contribuir a los desafíos de salud mental.

Aunque el público estima que el 23% de la población es lesbiana, gay, bisexual, transgénero, queer (LGBTQ), una encuesta de Gallup de 2021 concluyó que el 7.1% de los estadounidenses adultos se identificaron como LGBT dentro del cual 13.9% se identificaron como Lesbiana, 20.7% Gay, 56.8% Bisexual y 10.0% Transgenero. Una encuesta diferente en 2016, del Instituto Williams, estimó que el 0.6% de los adultos estadounidenses se identifican como transgénero. Reconocemos que estos números se basan en informes personales y es posible que no representen a toda la población.

Durante décadas, hemos sabido que las personas LGBTQ+ experimentan una variedad de desigualdades sociales, económicas y de salud, a menudo el resultado de una cultura y de leyes y políticas que los tratan como infrahumanos. Es más probable que luchen contra la pobreza y el aislamiento social. Tienen un mayor riesgo de problemas de salud mental, uso de sustancias y fumar. Las minorías sexuales viven, en promedio, vidas más cortas que los heterosexuales, y los jóvenes LGBTQ+ tienen tres veces más probabilidades de contemplar el suicidio y casi cinco veces más probabilidades de intentar suicidarse.

El análisis actual de las muertes por suicidio durante dos años entre los estadounidenses de 12 a 29 años ofrece una nueva visión de los factores que tienen más probabilidades de contribuir a estas muertes, dijo el autor del estudio Geoffrey Ream, de la Universidad Adelphi en Garden City, Nueva York. “Ya sabíamos, o al menos sospechamos, que las personas más jóvenes son especialmente vulnerables al estrés de revelar su orientación sexual o identidad de género. Esto se debe a que no tienen los recursos psicológicos o la independencia personal para manejar las cosas por sí mismos que tendrán cuando estén mayores”. Los jóvenes de 12 a 14 años que se identifican como LGBTQ+ tienen muchas más probabilidades de morir por suicidio comparado con los jóvenes heterosexuales. El Journal of Adolescence Health informa que el 24% de las muertes por suicidio en el grupo de edad de 12 a 14 fueron jóvenes LGBTQ+ en 2013-2015.

Si bien el estudio de Geoffrey Ream no fue diseñado para demostrar si el estrés de revelar su orientación sexual, identidad de género o vivir como una minoría sexual podría contribuir directamente al suicidio, los resultados muestran diferencias claras en la frecuencia con la que ciertas circunstancias están asociadas con estas muertes para los jóvenes con diferentes identidades sexuales y de género. Los problemas familiares con mayor frecuencia contribuyeron al suicidio entre personas más jóvenes y hombres homosexuales en el estudio.

“No les he revelado a mis padres por razones de seguridad. Si descubrieran que soy gay, me echarían o me obligarían a una terapia de conversión”.

7.11 Juventud en las calles

Casi el 40% de los jóvenes sin hogar se identifican como LGBTQ+, en comparación con el 7% de la población general. Estos jóvenes pueden enfrentar la falta de vivienda por razones relacionadas con sus identidades, como el rechazo familiar, el abuso previo o el abandono, el acoso escolar o la discriminación social y la marginación.

"Si mis padres descubrieran que soy gay, me repudiarían y me echarían."

Los jóvenes sin refugio seguro y apoyo social corren un mayor riesgo de tráfico humano y explotación. Los traficantes explotan sus necesidades y vulnerabilidades para obligarlos al tráfico sexual o laboral. Los jóvenes LGBTQ+ pueden ser traficados por parejas íntimas, familiares, amigos o extraños. Hasta hace poco, las víctimas del tráfico fueron encarceladas, lo que condujo a más abusos y victimización. La coerción y el control que los traficantes mantienen sobre sus víctimas, en combinación con el estigma del sexo comercial, pueden evitar que los jóvenes revelen su situación. Los proveedores de servicios juveniles LGBTQ+ pueden estar en una posición única para reconocer los indicadores de tráfico sexual entre los jóvenes a los que sirven y conectarlos con los servicios que tanto necesitan.

Incluso para quienes no son víctima de la trata, existen muchos obstáculos para la salud y el bienestar. Los jóvenes son extremadamente resilientes y pueden recuperarse de un trauma severo y vivir una vida saludable y plena, si pueden acceder a una vivienda, necesidades básicas de la vida, conexiones con adultos comprensivos y solidarios, y tienen acceso a la educación, el desarrollo de la fuerza laboral y empleo a largo plazo. Dependiendo de lo que experimentó el

o la joven antes de quedarse sin hogar y de su período de tiempo sin hogar, se ha demostrado que se desarrolla una amplia gama de problemas físicos, mentales, emocionales y de comportamiento como resultado de la falta de hogar y existe el riesgo de que los traumas anteriores se exageren.

Los jóvenes LGBTQ+ experimentan lo que todos los jóvenes sin hogar también experimentan, algunos probablemente a tasas más altas.

- Corren un alto riesgo de desarrollar problemas de salud, de comportamiento y emocionales graves y de por vida.
- Sufren de altas tasas de depresión y trastorno de estrés postraumático.
- Es más probable que sean víctimas de explotación sexual y tráfico de personas comparado con jóvenes que no viven en la calle.
- Son más propensos a contraer el VIH y / o ETS debido a la probabilidad de explotación sexual, violación y agresión sexual.
- Tienen tasas más altas de una variedad de síntomas de salud mental, como ansiedad, retrasos en el desarrollo y depresión, lo que aumenta el riesgo de intentos de suicidio.
- Es probable que recurran a actividades ilegales como el robo, el allanamiento de morada y la actividad de pandillas para sobrevivir.
- Las mujeres jóvenes sin hogar tienen cinco veces más probabilidades de quedar embarazadas y muchas más probabilidades de experimentar embarazos múltiples.
- El cincuenta por ciento de los jóvenes sin hogar de 16 años o más abandonan la escuela secundaria y enfrentan obstáculos extraordinarios para tratar de completar su educación. La falta de vivienda se asocia con un 87% más de probabilidad de

abandonar la escuela (el mayor de todos los factores de riesgo estudiados).

Para los jóvenes que pueden conseguir vivienda y servicios, estos resultados negativos pueden mitigarse mediante la provisión de intervenciones apropiadas para los jóvenes, seguridad, vivienda y la conexión con adultos y / o reconexión familiar.

7.12 La juventud LGBTQ y sus familias

Los padres y la familia, la familia de la iglesia, la familia de la escuela y la familia cultural juegan un papel esencial en la promoción de la salud y el bienestar de los adolescentes. Las personas con fuertes enlaces familiares o sociales son generalmente más saludables que los que carecen de una red de apoyo. Es saludable para los jóvenes hacer planes con familiares y amigos que los apoyen, o buscar actividades donde conozcan gente nueva como un club, clase o grupo de apoyo.

La mayoría de los jóvenes LGBTQ + son conscientes de su orientación sexual o identidad de género al comienzo de la adolescencia. Si bien revelar su orientación sexual o identidad de género con sus padres y familiares cercanos es un acontecimiento importante en su desarrollo y de autoafirmación, a menudo está lleno de preocupaciones. Muchos informan que revelar su orientación sexual o identidad de género o ser descubierto por sus familiares es algo extremadamente estresante. El 78% de los jóvenes informaron que no han revelado su orientación sexual o identidad de género con sus padres. El mismo 78% escucha a sus familias hacer comentarios negativos sobre las personas LGBTQ +.

Para muchos jóvenes LGBTQ +, el temor real y percibido al rechazo se ve agravado por los comentarios negativos que escuchan sobre la

comunidad LGBTQ por parte de sus padres, miembros de la familia y la familia de la iglesia. Estas actitudes y creencias negativas pueden hacerlos reacios a revelar su orientación sexual o identidad de género a sus familias.

Los jóvenes LGBTQ + de color a menudo experimentan estrés adicional y efectos adversos para su salud y bienestar como resultado de la intersección de sus identidades. Esto es particularmente cierto para cualquier inmigrante, latinoamericano y afroamericano cuya cultura y / o religión rechaza a aquellos que se identifican como LGBTQ +. Estos grupos culturales en particular tienen fuertes enlaces familiares y para algunos de ellos las relaciones familiares son más importantes que revelar su orientación sexual o identidad de género. El racismo, la hispanofobia y la homofobia combinados producen estrés, miedo, ansiedad y pueden dar lugar a graves problemas de salud mental, incluido el suicidio.

El brindar atención culturalmente receptiva para una persona joven que se identifica como LGBTQ + y afroamericana o latinx significa comprender cómo estas identidades se cruzan para crear complejidades adicionales. El apoyo culturalmente competente para los jóvenes latinos y afroamericanos LGBTQ + para abordar estos desafíos únicos puede generar mejores resultados y mejorar la salud mental y bienestar en general.

7.13 Los adultos mayores LGBTQ

La mayoría de las personas tienen una respuesta fisiológica automática a la discriminación, como un aumento de los niveles de ansiedad, altos niveles de cautela / vigilancia, sudoración y / o aumento de la frecuencia cardíaca. El rechazo puede hacer que se sienta enojado,

avergonzado, asustado o que desee esconderse y mantenerse alejado de otras personas. La depresión no tiene por qué ser parte del envejecimiento, y la depresión no tratada puede aumentar el riesgo de suicidio.

Los estudios han demostrado que los adultos LGBTQ+ sufren de tasas más altas de abuso de alcohol, abuso de drogas, tabaquismo, suicidio y depresión, a menudo debido a los altos niveles de estrés causados por la discriminación sistémica. Para muchos adultos mayores, los sentimientos de depresión o ansiedad pueden expresarse a través de sus cuerpos, tomando la forma de un mayor dolor corporal, dolores de cabeza y fatiga. Si alguien experimenta un aumento de dolor y fatiga, es importante no sólo atribuirlo al envejecimiento normal, sino buscar una evaluación médica.

Acciones a tomar para vivir bien

Conéctese con otros – La falta de relaciones sociales puede tener tanto impacto en la salud física como la presión arterial o incluso el fumar. Encuentre un grupo social o religioso inclusivo donde se sienta bienvenido y seguro y comience a conectarse con otros.

Mueva su cuerpo – Los beneficios del ejercicio sobre la salud mental pueden ser tan poderosos como los medicamentos. Encuentre un grupo para caminar, intente estirarse suavemente o haga ejercicios de respiración profunda.

Pida ayuda – Comuníquese y solicite apoyo, no solo para la salud física y mental, sino también para mantener la independencia y la calidad de vida. Comience llamando al 211 o visite su sitio web en 211.org. 2-1-1

San Diego es un centro de recursos e información que conecta a las personas con los servicios comunitarios, de salud y de desastres a través de un servicio telefónico confidencial gratuito sin estigmas las 24 horas, los 7 días de la semana y una base de datos en línea que se puede buscar. 2-1-1 sirve a toda la población del condado.

Ayude a alguien más – Un estudio de 20 años encontró que el voluntariado se asocia con tasas más bajas de depresión y un mayor bienestar. Encuentre una causa que le interese en www.volunteermatch.org o en justserve.org.

7.14 Dónde encontrar el apoyo para la salud mental

Todos tienen el derecho a estar seguros en la escuela, el hogar y el trabajo. No tiene que aceptar la violencia, las amenazas, el acoso, la intimidación o lenguaje de odio. No importa lo que esté pasando, puede ser útil hablar con un amigo, familiar, consejero escolar, médico u otra persona de confianza. Si no tiene a nadie con quien hablar, hay comunidades en línea y organizaciones locales a las que puede pedir ayuda.

- Si se siente incapaz de quedarse o regresar a su hogar, los servicios como la Línea Directa “National Runaway Safe” (1-800-RUNAWAY or www.1800runaway.org) pueden ayudar a encontrar los recursos y el apoyo necesario para estar a salvo.
- Hable con un consejero entrenado en The Trevor Project (1-866-488-7386 or thetrevorproject.org).
- Busque al movimiento Wellness Recovery Action Plan.
<http://www.mentalhealthrecovery.com/>.
- Encuentre un centro local LGBT en su region.
<http://www.lgbtcenters.org/>

- Llame a la Línea Vital Nacional para la Prevención del Suicidio al 1-800-273-8255.
- Visite la página web de “Conozca las señales” para aprender más: <http://www.suicideispreventable.org/>
- La Línea de Crisis y Acceso de San Diego: 1-888-724-7240.
- Salud Mental America (Mental Health America): <http://www.mentalhealthamerica.net/find-affiliate>
- La Red de Cuidado o Network of Care, ofrece un directorio de servicios de salud mental y uso de sustancias en California: www.networkofcare.org
- SAMHSA, <https://findtreatment.samhsa.gov/locator>

Notas del Capítulo 7

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Capítulo 8. Tratar la resistencia de aceptar el tratamiento de salud mental

8.1 Tratando con la resistencia de aceptar el tratamiento de salud mental

Recuerde, la persona *tiene* una enfermedad; la persona *no es* la enfermedad.

La salud y las enfermedades mentales implican múltiples factores, entre ellos la biología y la neuroquímica, y no son culpa de la persona, la familia o cualquier otra persona. Los líderes religiosos están en una posición única para educar a sus congregaciones sobre la salud mental con el fin de superar el estigma y la vergüenza que con frecuencia están asociadas con la enfermedad mental, y en lugar ofrecer la comprensión y la aceptación.

Reconociendo un problema—La resistencia al tratamiento puede deberse al hecho de que la persona no cree que tiene un problema de salud mental. Ayudar a las personas a comprender que se dispone de un tratamiento eficaz para los problemas que les preocupan es un primer paso importante.

El estigma—Darse cuenta de que para muchas personas el estigma sobre las condiciones de salud mental, que implican estereotipos, prejuicio y discriminación, es una señal que no puede formar parte del tratamiento de la enfermedad en sí. Esto abarca tanto el estigma público (la reacción de la población en general hacia las personas con enfermedades mentales) como el auto-estigma (el prejuicio que

personas con enfermedades mentales se vuelven contra sí mismas). Los líderes religiosos deben saber lo suficiente sobre las condiciones de salud mental para comprender los retos que una persona puede estar enfrentando y ser capaz de tratar la resistencia asociada con el estigma de una manera cómoda.

Experiencias anteriores con la medicación— Las personas pueden haber recibido tratamiento de salud mental anteriormente, pero luego decidir por su propia cuenta dejar de tomar el medicamento. Dejar de tomar el medicamento puede haber sido provocado por efectos secundarios molestos o porque sintieron que ya no lo necesitaban. Enfocar la conversación en cómo estaban funcionando mientras tomaban el medicamento en comparación con su nivel de funcionamiento sin el medicamento puede ser útil para motivar a las personas a que consideren reanudar el tratamiento.

Equipo de apoyo— Un “equipo de apoyo” personal para alguien que se resiste al tratamiento es con frecuencia un recurso valioso. Dicho equipo estaría formado de varias personas de confianza que puedan reaccionar cuando observen que el pensamiento o el comportamiento de la persona está interfiriendo con su capacidad para funcionar. Un equipo de apoyo puede ayudar a la persona a lo largo para que vea la necesidad de reanudar el tratamiento.

Conceptos religiosos— A veces, los conceptos y criterios religiosos pueden ser fuente de resistencia al tratamiento. Las personas pueden “depender de Dios” para la sanación o considerar que el recibir los servicios psiquiátricos es una “falta de fe”. Pueden interpretar sus síntomas como una “maldición” o un “castigo de Dios”. Al participar en la conversación y el consejo, un líder religioso puede positivamente

afirmar que “Dios nos ha dado la capacidad de desarrollar medicamentos que son útiles para mantenernos saludables”.

La desesperación— A veces las personas evitan o interrumpen su tratamiento porque no ven ninguna esperanza en su situación. De hecho, la desesperación puede ser un síntoma importante del mismo trastorno mental. En algunos casos hay historias de fe de la tradición religiosa que ilustran la forma en que las personas han encontrado “un camino a seguir cuando parece que no hay salida” que pueden facilitar la esperanza. Las historias personales de aquellos que han superado momentos de crisis y resistencia pueden también ser eficaces en comunicar una garantía que las personas pueden recuperarse si buscan ayuda que está disponible.

Quizás lo más provechoso es la expresión del líder religioso de su propia confianza en que la persona con problemas puede encontrar la fortaleza para dar el siguiente paso hacia su propia sanación.

Si la resistencia se vuelve extrema y si usted cree que la persona que se resiste al tratamiento puede llegar a herirse a sí misma o alguien más, busque asistencia inmediata; llame al 911 / servicios médicos de emergencia; pregunte si alguien con capacitación en el Equipo de Intervención de Crisis (CIT, por sus siglas en inglés) está disponible. Como líder religioso, usted puede transmitir el mensaje de que cada persona es sagrada, es una persona de valor extremo y es una persona que en definitiva es amada.

8.2 Fortaleciendo la resiliencia y manteniendo el bienestar

Ser resiliente significa que una persona es capaz de superar los retos, los traumas, las amenazas y otras formas de estrés. Buscar ayuda para las condiciones de salud mental puede mejorar la propia capacidad de tomar otras medidas para aumentar el poder de recuperación.

Para fortalecer la capacidad de recuperación, las personas necesitan:

- Establecer conexiones con familiares y amigos.
- Aceptar que el cambio es parte de la vida—algunas metas puede que ya no sean alcanzables como resultado de las situaciones cambiantes.
- Prestar ayuda a los demás.
- Desarrollar metas realistas y tomar pasos pequeños y regulares hacia ellas.
- Buscar el crecimiento en la pérdida.
- Cultivar una opinión positiva de sí mismo.
- Confiar en la intuición.
- Cuidar de sí mismos; no pueden ayudar a los demás si no se sienten bien ellos mismos.
- Impulsar la salud mental al recordar que la mente y el cuerpo están conectados—comer bien, hacer ejercicio, dormir lo suficiente y cuidar de los problemas de salud sin demora.
- Evitar el alcohol y otras drogas.

8.3 Una guía holística para el bienestar integral de la persona

Bienestar significa estar bien en general. Para las personas con condiciones de salud mental y consumo de sustancias, el bienestar no es simplemente la ausencia de enfermedad o del estrés, sino que la presencia de un propósito en la vida, la participación activa en el trabajo y la diversión gratificante, las relaciones felices, un cuerpo y un

ambiente de vida saludable y la felicidad. Incorpora los aspectos mentales, emocionales, físicos, ocupacionales, intelectuales y espirituales de la vida de una persona. Cada aspecto del bienestar puede afectar la calidad de vida en general.

8.4 Acercarse a una persona con un problema urgente de salud mental¹⁷

En muchas ocasiones, los líderes religiosos encuentran personas con problemas de salud mental que necesitaran diferentes formas de abordar el problema. Los líderes religiosos pueden vivir vidas ejemplares de fortaleza y honestidad fomentando un ambiente que demuestra el bienestar espiritual, físico y mental. Esto también incluye buscar ayuda para la salud mental si es necesario. Esto es importante, teniendo en cuenta que los líderes de fe probablemente encuentren personas que sufren de problemas de salud mental y que requerirán diferentes enfoques.

¿Cómo pueden los líderes religiosos brindar un ambiente de bienvenida?

Crear un ambiente de bienvenida es factor clave para ayudar a las personas con problemas de salud mental.

Un par de pasos que se pueden considerar son:

- Aprender acerca de la enfermedad mental y sus estigmas.
- Llevar a cabo talleres, conferencias y sermones que den información y conocimiento de las enfermedades mentales y los

¹⁷ American Psychiatric Association Foundation: *Mental Health: A Guide for Faith Leaders*.

estigmas (invitar a un profesional de salud mental para hacer esto es también una buena opción).

- Repartir una lista de recursos para los servicios de la comunidad.
- Animar a otros líderes religiosos a entrenarse en Primeros Auxilios Mentales y cómo responder apropiadamente.

Los líderes religiosos también pueden visitar personas en el hospital, el hogar, ofrecer oraciones, ofrecer ayuda para el cuidado de los niños o el transporte y establecer contactos para apoyar o grupos de apoyo.

Situaciones que indican referencia inmediata o cuidado preventivo

- Cuando una persona representa un peligro inmediato para sí mismo u otros.
- El comportamiento suicida, agresión grave, automutilación como cortarse o un trastorno alimentario que se ha salido de control.
- Los pensamientos suicidas que esa persona expresa, o sentimientos que miembros de la familia son conscientes que deban señalarse a la atención psiquiátrica inmediata y se debe llamar al 911 para obtener asistencia.

¿Qué evaluar en una persona?

- **Nivel de angustia**— ¿Cuál es el nivel de angustia, ansiedad o sufrimiento que la persona parece estar sintiendo? ¿La persona parece ser capaz de hacer frente o tolerar tal sentimiento? Siempre haga preguntas acerca de los sentimientos de la persona y evalúe las respuestas.

- **Nivel de funcionamiento**— ¿En qué medida la persona parece ser capaz de cuidar de sí mismo? ¿Son capaces de tomar decisiones racionales?
- **Posible peligro**— ¿Pueden los pensamientos y acciones que expresa la persona ser perjudiciales para sí mismo o los demás? ¿Pensamientos de suicidio?

Otras situaciones que requieren consideración son: problemas de desarrollo, disfunción familiar, abuso de drogas y la adicción, graves cambios en el sueño que afectan la función diaria o cuando se ha trabajado con personas con problemas emocionales y de comportamiento por ocho o más sesiones, pero ninguna mejoría se muestra. Si está disponible, un profesional de salud mental puede proporcionar recursos más apropiados para dadas circunstancias.

Características de observación	Ejemplos fuera de contexto
Cognición: La comprensión, la memoria y la concentración.	Se ve confundido/a o desorientado/a. Tiene respuestas inadecuadas a las preguntas.
Influencia/ánimo: Contacto visual, arrebatos emocionales o falta de emoción.	De repente cambia de emociones. Parece triste o deprimido/a o exageradamente feliz.
El habla: Velocidad, estabilidad y el vocabulario.	Habla demasiado rápido o despacio. El tartamudeo, largas pausas entre palabras. El vocabulario no es consistente con la edad.
Lógica: Comprensión de la realidad y la racionalidad.	Parece responder a las voces o visiones. Demuestra tener carreras y/o pensamientos desconectados. Ideas raras.
Apariencia: Higiene y vestimenta.	Mala higiene. Tiembla sin control. Vestimenta no es apropiada para el establecimiento.

¿Cómo acercarse a una persona con una condición de salud mental?

Es importante determinar qué tipo de comportamiento perturbador debe abordarse y desarrollar protocolo sobre cómo manejar la situación durante una reunión comunitaria.

El comportamiento que puede necesitar ser intervenido puede:

- Interferir significativamente con la tarea de recolectar.
- Amenazar con dañarse a sí mismo o a otros.

Los líderes religiosos tendrán que evaluar comportamientos raros de la persona y la apariencia para determinar si la persona tendrá la consejería pastoral y/o una referencia. Este protocolo debería ser abordado con todos en una congregación, con el fin de mantener un ambiente seguro y acogedor para las personas que buscan ayuda. Antes de interactuar con la persona es importante considerar en primer lugar la seguridad de los demás, la persona, usted mismo, y también determinar si la persona tiene un miembro de su familia o amigo para ayudar a calmar a la persona. Líderes laicos pueden estar disponibles para ayudar a la persona durante la recolección o para acompañar o apelar en un entorno más seguro. La persona puede haber perdido la esperanza o la perspectiva, lo cual puede ser un problema espiritual, así como una condición de salud mental, en esta situación el líder de la fe tiene que enseñar su voluntad de estar allí para la persona que lo necesite.

Algunas preguntas para considerar:

- ¿Parece haber abuso de sustancias? ¿Ha sido un problema en el pasado?
- ¿El individuo tiene un arma?

- ¿Hay signos de delirios, alucinaciones o parece mostrar desconfianza y alucinaciones hacia otros?
- ¿La persona parece estar en el borde de perder el control?

La línea de emergencia nacional para prevenir el suicidio: 1800-273-TALK (8255). Tiene consejeros capacitados disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana y tiene referencias a recursos locales.

8.5 Un enfoque holístico desde el punto de vista de un profesor cristiano de psicología y neurociencia¹⁸

La persona que está luchando con una enfermedad mental necesita un enfoque holístico para el tratamiento que va a llevar, este debe de tener en cuenta los tres aspectos de su ser, el cuerpo, la mente y el espíritu. La persona con enfermedad mental necesita tratamiento médico, orientación psicológica, y guía espiritual. Esa es la razón por la cual el cuidado, el consuelo y el apoyo de aquellos en la iglesia son tan importantes. Los estudios han demostrado que el apoyo religioso ofrece los recursos psicológicos que ayudan a la persona a manejar el estrés, los cuales no están disponibles a través del apoyo social más general. De hecho, se ha demostrado que el apoyo religioso puede desempeñar un papel clave en la recuperación de una enfermedad psiquiátrica.

El cuerpo

El primer paso en el largo proceso de la sanación es determinar la naturaleza del problema subyacente. Un buen lugar para comenzar es con el médico de atención primaria (PCP) en sus siglas en inglés. Además, el PCP puede probablemente hacer una referencia a un

¹⁸ Stanford, Matthew S., PhD; *Grace for the afflicted A Clinical and Biblical Perspective on Mental Illness*; Intervarsity Press, 2008.

psicólogo o psiquiatra que evaluará a la persona. Una vez que se ha hecho un diagnóstico, se espera que la persona comience el tratamiento. El tratamiento puede incluir medicamentos y alguna forma de psicoterapia. El tratamiento psiquiátrico es una necesidad física importante que toda persona con una enfermedad tiene, también tienen necesidades diarias como: la nutrición, la vivienda, las finanzas y la familia.

La mente

Los trastornos mentales son a menudo una batalla entre la realidad y los pensamientos negativos o incorrectos que abruman la mente de una persona. Los trastornos mentales se tratan a menudo a través de la psicoterapia, la relación con el terapeuta es de enorme beneficio, pero el estímulo y el apoyo diario son más importantes. Es importante el educarnos a nosotros mismos acerca de los trastornos, saber qué tipos de pensamientos, sentimientos y comportamientos están asociados con la enfermedad. De esta manera podemos ayudar a los retos de la persona y cambiar estos pensamientos y comportamientos negativos cuando se producen. Una de las cosas más simples y efectivas que podemos hacer es estar presente con la persona y escucharla. Hablar de lo que está pasando en su mente puede ser muy terapéutico.

El espíritu

La transformación espiritual sólo es posible por la gracia mediante la fe. El tratamiento de problemas físicos y mentales sin tener en cuenta la necesidad de una persona para la salvación es de poco valor.

Ore por aquellos que luchan con trastornos mentales y ore con ellos. Esté presente con ellos delante del Señor. La oración es una cosa

increíble. Es una oportunidad para interactuar físicamente con el Dios todopoderoso.

Santiago 5: 13-16

- 13 *¿Está alguno entre vosotros afligido? Oren. ¿Esta cualquier persona feliz? canten canciones de alabanza.*
- 14 *¿Está alguno enfermo entre vosotros? Dejar que ellos llamen a los ancianos de la iglesia para que oren por ellos y ungirlos con aceite en el nombre del Señor.*
- 15 *Y la oración de fe salvará al enfermo; el Señor los levantará. Si han pecado, ellos serán perdonados.*
- 16 *Confesaos vuestras ofensas unos a otros, y orad unos por otros para que sean sanados. La oración del justo es poderosa y eficaz”.*

Cada vez que se lucha contra una enfermedad o debilidad es una oportunidad "para que las obras de Dios se manifiesten" (Juan 9: 1-3). Este no es un castigo; es la oportunidad ordenado por Dios para conocerlo más íntimamente.

La psiquiatría y la psicología ofrecen un alivio de los síntomas (lo cual es beneficioso), pero la verdadera esperanza para la recuperación y la curación se encuentran sólo en Cristo.

El reto

Estamos llamados a compartir la Buena Nueva, para hacer discípulos, amarnos unos a otros, para soportar las cargas de los otros, y orad unos por otros. La única diferencia con los trastornos mentales es que estamos tratando con pensamientos, sentimientos y comportamientos en lugar de una enfermedad física o un problema observable.

Las personas diagnosticadas con trastornos mentales a menudo se comportan de manera extraña. Su percepción del mundo y de los que les rodean es muy diferente a la suya y la mía. Ellos tal vez perciben sus intentos de ayudarles como una amenaza. Ellos tal vez niegan que tienen un problema. Por estas razones, la respuesta dentro de la iglesia ha sido una tendencia a apartarse de los enfermos mentales, ya sea categorizándolos como pecadores o ignorando el problema por completo.

Nuestra parte en todo esto es simplemente el mantener nuestro corazón sumiso a la dirección de Dios. Ese es el primer paso para ministrar de manera efectiva a las personas con trastornos mentales. Dios nos ha llamado a "regocijarnos con los que se alegran y llorar con los que lloran" (Romanos 12:15).

La participación del personal pastoral en ministrar a los enfermos mentales en la comunidad es fundamental. Al igual que los pastores y los líderes de la congregación fijan el rumbo de la Iglesia local; así deben desempeñar el mismo papel en el ministerio de la congregación con las enfermedades mentales. Esto se hace simplemente reuniéndose con ellos, acompañándolos y dirigiéndolos a programas, servicios y personas en la iglesia que luego compartiran el cuidado pastoral. El personal pastoral debe pensar seriamente en este tema antes de que alguien busque su ayuda: desarrollar ministerios, buscar consejeros laicos y servicios de la comunidad (por ejemplo, psiquiatras, psicólogos, consejeros cristianos) para que puedan facilitar a la persona un tratamiento eficaz y con la atención centrada en Cristo.

La prevención

Los trastornos mentales son el resultado de una interacción entre la vulnerabilidad biológica y los factores ambientales. Los factores de riesgo tales como los conflictos familiares, abuso físico o sexual, baja autoestima y una perspectiva negativa sobre la vida son comunes a un número de trastornos. Nosotros, en el cuerpo de Cristo, tenemos la oportunidad de ayudar a prevenir o limitar el desarrollo de estos trastornos. Puede que no seamos capaces de hacer mucho al respecto de la biología, pero ciertamente podemos alterar nuestro medio ambiente. Podemos hacer esto haciendo que Cristo sea el foco central de nuestras familias y enseñando a nuestros hijos lo valorados que son a los ojos de Dios.

Características de un ambiente de hogar centrado en Cristo

- En el desarrollo de un hogar centrado en Cristo, los padres deben estar totalmente comprometidos el uno al otro (Mateo 19:6).
- Como padres, debemos ser humildes ante Dios, y reconocer que somos impotentes sin él. (Juan 15: 5; Santiago 4: 6-10).
- Dios nos ha dado una gran responsabilidad como padres y hay que aceptar nuestro papel como guardianes y maestros (Proverbios 22: 6).
- Sea intencional en la enseñanza de sus hijos acerca del Señor (Deuteronomio 6: 6-9) Debemos leer la Biblia y orar con nuestros hijos; tener discusiones familiares sobre la fe.
- Haga que su hogar y su familia sean un refugio seguro. Un "refugio seguro" es un lugar en el que sus hijos son queridos y

aceptados por lo que son, no por lo que realizan. Los niños serán atraídos a ese tipo de ambiente, y tendrán una mejor apreciación por el amor incondicional y la aceptación que se nos ofrece a través de Cristo (Romanos 8: 1-2).

- Ser transparente en su fe. Deje que sus hijos vean a Cristo en su vida. Hay que mostrarles que mientras que la vida de un cristiano puede tener sus altibajos, Cristo es firme en su amor y es un fundamento inamovible sobre la que construimos nuestra vida (Lucas 6: 47-48).

El mejor consejo es simplemente dejar que la gracia sea su guía y recordar que las cosas pequeñas son importantes. Si Dios ha puesto a una persona con enfermedad mental en su vida y usted en la de él o de ella, ¿Cómo va a responder? ¿Va a tratar a esta persona en la forma en que le gustaría ser tratado si estuviera sufriendo? ¿Amarás a esta persona de la manera que Cristo te ama?

Capítulo 9. Bienestar, espiritualidad y salud mental

9.1 Bienestar y espiritualidad

El bienestar espiritual es el proceso de descubrir y cultivarse así mismo en la espiritualidad. Espiritualidad, bienestar espiritual y Fe pueden ser definidos como una creencia en algo y pueden tomar muchas formas y significados diferentes y únicos para cada persona. Muchos factores tales como la fe religiosa, los valores, la ética, los principios, la moral, la actitud y gratitud juegan un papel en la definición de la espiritualidad.

El bienestar espiritual puede convertirse en una creencia religiosa, fortalecerla o no tener nada que ver con la religión. Algunas personas tienen un sistema de creencias religiosas, mientras que otras tienen poco o ninguno. Todos somos diferentes y no debemos juzgar a los demás. Cada uno puede beneficiarse de tener algún tipo de bienestar espiritual en su vida. Independientemente de si cree o no en una fe religiosa particular, siempre hay cosas por aprender sobre sí mismo y el mundo que nos rodea.

El bienestar espiritual es un proceso maravilloso que puede ayudarlo a encontrar el significado y el propósito en su vida. Puede implicar la meditación, la oración, las afirmaciones, o las prácticas espirituales específicas que apoyen su sistema de creencias.

El bienestar espiritual se trata realmente más de nuestras intenciones y de cómo nos vemos y nos tratamos a nosotros mismos. También se trata de cómo vemos y tratamos todo y a todos los que nos rodean.

9.2 Signos del bienestar espiritual

- Desarrollo de un propósito en vida.
- Capacidad de pasar tiempo a solas reflexionando.
- Dedocar tiempo para reflexionar sobre el significado de los acontecimientos de la vida.
- Tener un claro sentido del bien y el mal, y actuar en consecuencia.
- Capacidad de explicar por qué usted cree lo que usted cree.
- El cuidar y el actuar por el bienestar de otros y el medio ambiente.
- Ser capaz de practicar el perdón y la compasión en la vida.

Puede que el bienestar no sea algo en lo que usted piense mucho, sin embargo, el impacto en su vida es inevitable. La base de la espiritualidad es descubrir un sentido de significado en su vida y llegar a saber que usted tiene un propósito que cumplir. Hay muchos factores que juegan un papel importante en la definición de la espiritualidad: fe religiosa, creencias, valores, ética, principios y moral.

Algunos adquieren espiritualidad al crecer en sus relaciones personales con los demás o al estar en paz con la naturaleza. La espiritualidad nos permite encontrar la calma interior y la paz necesaria para superar lo que nos depare la vida, sin importar cuáles sean las creencias de uno o donde se encuentren en su camino espiritual. Si nos ocupamos de nuestro espíritu, seremos capaces de vivir una sensación de paz y propósito, incluso cuando la vida nos da un golpe severo. Un espíritu fuerte nos ayuda a sobrevivir y prosperar con gracia, especialmente cuando uno enfrenta una dificultad.

9.3 La espiritualidad y la salud mental

La espiritualidad y la psiquiatría no parecen tener mucho en común. Pero cada vez hay más conciencia de las formas en que algunos aspectos de la espiritualidad pueden ofrecer beneficios reales para la salud mental.

¿Qué es la espiritualidad?

No hay una sola definición, pero en general, la espiritualidad:

- Es algo que todo el mundo puede experimentar.
- Nos ayuda a encontrar el significado y propósito en las cosas en que valoramos.
- Nos puede traer esperanza y curación en períodos de sufrimiento y pérdida.
- Nos anima a buscar la mejor relación con nosotros mismos, los demás, y lo que hay más allá de la vida.

Todo esto es parte de la experiencia del ser humano, son tan importantes para las personas con discapacidad intelectual u otras afecciones, como la demencia y lesiones cerebrales, como para cualquier otra persona. La espiritualidad a menudo se vuelve más

importante en momentos de estrés emocional, enfermedad física y mental, pérdida, duelo y la proximidad de la muerte.

La atención médica intenta aliviar el dolor y curar, pero una buena atención médica intenta hacer aún más. La espiritualidad pone énfasis en la curación de la persona entera, no solamente la enfermedad física. Considera la vida como un viaje, donde las experiencias malas y buenas pueden ayudar a uno, a desarrollarse y madurar.

¿En qué se diferencia la espiritualidad de la religión?

Las tradiciones religiosas incluyen la espiritualidad individual, que es universal. Pero cada religión tiene su propia veneración, creencias, textos sagrados y tradiciones distintas basados en la comunidad.

La espiritualidad no está necesariamente ligada a ninguna creencia o tradición religiosa en particular. Aunque la cultura y las creencias pueden desempeñar un papel en la espiritualidad, cada persona tiene su propia experiencia única de espiritualidad, puede ser una experiencia personal para cualquiera, con o sin una creencia religiosa. Esta ahí para todos. La espiritualidad también destaca las maneras en que estamos conectados a otra gente y al mundo.

¿Qué es el cuidado de la salud espiritual?

La gente con problemas de salud mental ha dicho que quieren:

- Sentirse seguros.
- Ser tratados con dignidad y respeto.
- Sentir que pertenecen a grupos, ser valorados y confiados.
- Tener tiempo adecuado para expresar sus sentimientos con profesionales de salud mental.

- Alguna actividad significativa como arte creativo, trabajo, o disfrutar de la naturaleza.
- La oportunidad de darle sentido a su vida, incluyendo su enfermedad y sus pérdidas
- Permiso/apoyo para desarrollar su relación con Dios.

Alguien con una creencia religiosa puede necesitar:

- Un tiempo, un lugar y privacidad para poder orar y venerar.
- La oportunidad de explorar preocupaciones o problemas espirituales.
- Tener la seguridad que el psiquiatra respetará su fe.
- A veces: ser ayudado con el perdón.

¿Qué diferencia puede hacer la espiritualidad?

Los pacientes dicen que han ganado:

- Mejor autocontrol, autoestima, y confianza.
- Una recuperación más rápida y fácil (a menudo mediante un duelo saludable por las pérdidas y reconociendo sus puntos fuertes).
- Un nuevo sentido de significado, esperanza, y tranquilidad. Esto les ha permitido aceptar y vivir con sus problemas o de hacer cambios donde sea posible.

Una evaluación espiritual

Esto debe considerarse como parte esencial de cada evaluación de salud mental. La depresión o el abuso de sustancias como las drogas, por ejemplo, pueden ser un reflejo de un vacío espiritual en la vida de una persona. Los profesionales de salud mental también deben poder distinguir entre una crisis espiritual y una enfermedad mental, sobre todo cuando ocurren juntas.

Una manera útil de comenzar esto es: Preguntar a la persona: ¿“Te consideras espiritual o religioso? Si es así, dime ¿cómo?” Otra pregunta útil es, ¿“Qué te da esperanza?” o ¿“Qué te ayuda a continuar cuando la vida es difícil?” Las respuestas a estas preguntas pueden revelar las principales preocupaciones y prácticas espirituales de una persona. A veces, un profesional querrá utilizar un cuestionario. Querrán averiguar:

- ¿Cuáles conocimientos o fuerzas personales tienen, que pueden ser utilizados y animados para ayudar en su camino?
- ¿Qué apoyo puede ofrecer su comunidad de fe?

Es importante un enfoque amable y sin prisas; en el mejor de los casos, explorar problemas espirituales puede ser terapéutico en sí mismo.

Preparando el momento para iniciar el diálogo

¿Cómo es tu vida, de que se trata? ¿Hay algo que te dé un sentido o propósito?

El pasado

El estrés emocional frecuentemente es causado por una pérdida o por la posibilidad de una pérdida. ¿Has sufrido alguna pérdida o duelo importante o has sufrido algún abuso? ¿Cómo te ha afectado eso?

El presente

¿Te sientes parte de tu comunidad y valorado? ¿Te sientes seguro y respetado? ¿Puedes comunicarte de una manera abierta en tu círculo personal? ¿Sientes que hay un aspecto espiritual en tu situación actual? ¿Sería útil consultar con un pastor, un padre u otra persona de tu

comunidad de fe? ¿Qué necesidades debo de entender de tu formación religiosa?

El futuro

¿Qué piensas que va a pasar en las próximas semanas? ¿Y en los próximos meses y años? ¿Está preocupado por la muerte y el morir o por la posibilidad de una vida después de la muerte? ¿Quisieras hablar más de esto con alguien? ¿Cuáles son sus principales miedos sobre el futuro? ¿Sientes necesidad de ser perdonado por algo? ¿Qué te da esperanza?

El próximo paso

¿Qué tipo de ayuda crees funcionaría bien para ti? ¿Cuál es la mejor forma de ayudarlo a conseguirlo? ¿Hay alguien que lo esté cuidando con quien pueda explorar sus problemas o inquietudes?

Las prácticas espirituales

Estas abarcan una amplia gama, desde lo religioso hasta lo no religioso.

Usted puede:

- Pertenecer a una tradición de fe y participar en servicios u otras actividades con otra gente.
- Participar en rituales, prácticas simbólicas y otras formas de veneración.
- Ir a retiros y peregrinaciones.
- Pasar tiempo disfrutando de la naturaleza.
- Hacer actos de compasión (incluyendo el trabajo, especialmente actividades que involucran trabajo en equipo).
- Pasar tiempo en meditación, reflexión profunda, y oración.
- Leer las Escrituras.

- Escuchar y/o tocar música sagrada, incluyendo canciones, himnos, salmos, y cantos devocionales.
- Participar en deportes de equipo u otras actividades que involucren la cooperación y confianza de otras personas.
- Pasar el tiempo leyendo libros y poemas contemplativos.
- Apreciar las artes.
- Ser creativo/a: pintar, esculpir, cocinar, trabajar en el jardín.
- Hacer y mantener buenas relaciones interpersonales con la familia.
- Hacer y mantener relaciones amistosas, especialmente aquellas que te brindan confianza e intimidad.

Terapias espiritualmente informadas

En los últimos años, ha habido más interés en terapias que incluyen la dimensión espiritual. Además de los programas establecidos de “12 Pasos” para el abuso del alcohol y de sustancias, ahora se están investigando y apoyando activamente nuevos enfoques como la terapia cognitiva basada en la atención plena para tratar el estrés, la ansiedad y la depresión (MBCT), la terapia enfocada en la compasión y la terapia basada en el perdón, estas son terapias muy apoyadas hoy en día.

Valores y habilidades espirituales

Las prácticas espirituales nos pueden ayudar a desarrollar lo mejor de nosotros mismos. Pueden ayudarnos a ser más creativos, pacientes, persistentes, honestos, amables, compasivos, sabios, calmados y alegres. Todas estas forman parte del buen cuidado de la salud.

Las habilidades espirituales incluyen:

- Ser honestos y tener la capacidad de vernos como los demás nos ven.

- Ser capaces de mantenerse enfocados en el presente, estar alerta, sin prisas y atentos.
- Ser capaces de descansar, relajarse y crear un estado de ánimo tranquilo y pacífico.
- Desarrollar un sentido más profundo de empatía para los demás.
- Encontrar la capacidad de perdonar.
- Ser capaces de estar con alguien que esta sufriendo, sin dejar de tener una actitud positiva y de esperanza.
- Aprender a desarrollar mejor juicio, por ejemplo, sabiendo cuando se debe hablar o actuar y, cuando permanecer en silencio o no tomar acción.
- Aprender a dar sin sentirse agotado.
- Ser capaz de llorar o sufrir y después dejarlo ir.

La espiritualidad enfatiza nuestra conexión con la gente y el mundo entero, creando así la idea de “reciprocidad.” Esto quiere decir que él que da y él que recibe, ambos se benefician de algo que ocurre. En otras palabras, cuando una persona ayuda a otra, éste se ayuda a sí mismo. Mucha de la gente que da cuidado a los otros desarrollan habilidades espirituales y valores con el tiempo, como resultado de su dedicación a los que cuidan. Los que reciben el cuidado, en su turno, pueden frecuentemente ayudar también a otros que están sufriendo.

¿Cómo empezar?

La espiritualidad es algo profundamente personal. Trate de descubrir lo que da mejores resultados para usted.

Una rutina diaria de tres partes puede ser muy útil:

- Un tiempo de tranquilidad regular (para orar, reflexionar o meditar).
- El estudio de materiales religiosos o espirituales.

- El hacer amistades de apoyo con otra gente que tiene objetivos y aspiraciones espirituales y/o religiosos similares.

Puede encontrar información sobre prácticas y tradiciones espirituales de una gran variedad de organizaciones religiosas. Las actividades seculares están cada vez más disponibles y son populares hoy en día. Por ejemplo, muchas terapias complementarias tienen un elemento espiritual u holístico que no forma parte de ninguna religión en particular. El Internet—y especialmente las librerías que se encuentran en el Internet—las páginas amarillas locales, tiendas de alimentos saludables y las librerías en general son buenos lugares para buscar.

El papel del cuidado pastoral / capellanía

Los tiempos han cambiado. La capellanía de un hospital ahora involucra el clero y otros pastores de muchas fes, denominaciones y organizaciones humanistas. Los capellanes (también llamados asesores espirituales) se van incrementando y forman parte de los equipos que proveen cuidado dentro y fuera de los hospitales.

Una capellanía moderna de salud mental o un departamento de atención espiritual debería:

- Llevarse bien con el clero y las comunidades locales de fe.
- Proveer información sobre grupos religiosos locales, sus tradiciones y prácticas.
- Reconocer que, en algunas circunstancias, para una persona enfocarse en creencias y actividades religiosas puede ser poco servicial o aún perjudicial.
- Trabajar bien con el equipo de salud mental para que las necesidades espirituales de la gente puedan ser reconocidas y apoyadas.

- Asegurarse de que los pacientes estén bien informados de la ayuda disponible en los departamentos de atención espiritual.

La educación y las investigaciones

Existe ahora bastante evidencia indicando que las personas que son parte de una comunidad de fe o que tienen creencias religiosas o espirituales, disfrutan de mejor salud mental. Por lo tanto, la relevancia de la espiritualidad ahora se reconoce en cursos para los estudiantes y profesionales que proveen cuidado de salud mental.

9.4 Distinguir entre los problemas religiosos o espirituales de la enfermedad mental¹⁹

Una persona puede expresar ya sea a un médico o más probablemente a un líder de fe una experiencia de recibir un mensaje de "Dios", castigo por el pecado, un llamado a una "gran causa santa", la posesión por "malos espíritus" o la persecución por una convicción "espiritual". Es importante distinguir si estos son síntomas de un trastorno mental (por ejemplo, delirios, alucinaciones auditivas o visuales y paranoia), angustiantes experiencias de un problema religioso o espiritual, o ambos.

Algunas enfermedades mentales que pueden tener síntomas con un contenido religioso o espiritual incluyen trastornos psicóticos (por ejemplo, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo), trastornos del estado de ánimo (por ejemplo, depresión mayor, trastornos bipolares) y trastornos por uso de sustancias, entre otros.

¹⁹ Reimpreso con permiso de *Mental Health: A Guide for Faith Leaders* (Copyright ©2016). American Psychiatric Association Foundation. Todos los derechos reservados.

Además, para una persona de fe, tener una enfermedad mental puede ser visto como una preocupación o problema espiritual, al igual que lo sería tener cáncer o un ataque al corazón.

Las necesidades clínicas y las preocupaciones espirituales están con frecuencia inextricablemente entrelazadas entre las personas de fe. Las personas de fe que tienen una condición de salud mental pueden sufrir de preocupaciones espirituales angustiantes (por ejemplo, ¿Me ha abandonado Dios? ¿Por qué no me cura Dios? ¿Será que tomar la medicación es evidencia de una falta de fe?). También pueden expresar su angustia en un término espiritual parecido a un Problema Religioso o Espiritual descrito en el DSM-5 que no es un problema de salud mental (por ejemplo, sus oraciones no parecen ser contestadas, la posesión de un espíritu maligno, la ansiedad sobre un pecado imperdonable, y así sucesivamente).

Al tratar con personas que muestran tanto preocupaciones espirituales como mentales:

- Reúnase con la persona y/o su familia para evaluar las necesidades y los problemas por los que están pasando. Los líderes religiosos deben tener clara la diferencia entre el apoyo religioso / espiritual y el tratamiento clínico profesional.
- Consulte las políticas y normas para el cuidado y la consejería pastoral adoptadas por su denominación o grupo de fe. Éstas por lo general definen los límites de los clérigos y los feligreses con respecto a cómo se debe practicar el cuidado pastoral.
- Tome nota particular de los problemas o las preocupaciones que requieran cuidado médico urgente. Por ejemplo, el intento de suicidio o comportamiento suicida, el desánimo, los impulsos de autolesión o de perjudicar a otros. La referencia inmediata a un

profesional clínico es crítica cuando surgen estas preocupaciones o problemas. La persona debe estar segura de que usted la ayudará con el apoyo y la asistencia espiritual.

- Cuidadosamente preste atención al lenguaje que la persona usa con usted como líder religioso para describir su angustia. Tenga en cuenta que las condiciones de salud mental a veces se expresan como preocupaciones religiosas o espirituales tales como cometer un pecado “imperdonable”, indecisión vocacional, problemas familiares y angustia que sus oraciones no sean contestadas. Reconozca que existen diferencias culturales en la comprensión de la salud mental frente a cuestiones religiosas o espirituales.
- Resista entender prematuramente una situación compleja como si fuera totalmente relacionada a la religión o la espiritualidad. Cuando los problemas de salud mental no son fácilmente evidentes, un líder religioso puede decidir apropiadamente ofrecer asesoría religiosa u orientación espiritual. Si después de 4 a 6 sesiones, los problemas aún persisten y el congregante demuestra un sentido de desesperación y su angustia no disminuye o hay áreas adicionales de disfunción en su vida, debe referirse a un profesional clínico para diagnósticos adicionales, evaluación y tratamiento con el apoyo continuo de usted.

9.5 La enfermedad mental y los medicamentos vs. las luchas espirituales y la consejería bíblica²⁰

Una parte del sistema cristiano de creencias dice que Dios cambia todo, y que, debido a que Cristo vive en nosotros, todo lo que está en

²⁰ By *Christianity Today*, Ed Stetzer

nuestros corazones y mentes debe ser arreglado. Pero eso no quiere decir que, de vez en cuando, no necesitamos ayuda médica y ayuda de nuestra comunidad para lograr esas cosas.

Uno podría preguntarse por qué no podemos simplemente leer suficientes Escrituras u orar suficientemente. ¿Por qué eso no puede curarnos? Porque la realidad es que, en algunos casos, existen causas físicas, químicas o fisiológicas. Sí, orar puede ayudarnos, y sí, Dios cura de maneras milagrosas. Pero frecuentemente, el orar más y el tener más fe, no son los únicos remedios para la enfermedad mental. Existen luchas espirituales. La gente si, experimenta períodos de oscuridad espiritual, y todas las personas de fe reconocen eso. No está perfectamente delineado, pero hay una diferencia entre una lucha espiritual y una enfermedad mental física. Están relacionadas, pero no son lo mismo.

Cuando se trata de luchas espirituales o luchas personales (lo que alguna gente llama “épocas de tristeza”), la consejería basada en la fe (lo que llamamos consejería bíblica) puede ser una herramienta muy útil. Pero, a la misma vez, las luchas personales y espirituales no son iguales a la enfermedad mental. Y, es más y más importante que identifiquemos la diferencia entre ellas.

Si yo estoy sufriendo con la pena, con el pecado, o con cualquier cantidad de problemas, tener acceso a gente que pueden darme ánimo—o aún mejor, consejeros que vienen de tradiciones cristianas es maravilloso. Pero hay una diferencia entre eso, entre este tipo de problemas y la enfermedad mental, que es una realidad fisiológica.

No avergonzaríamos a nadie por contraer un virus. Entonces, ¿Por qué avergonzamos a alguien por tener un desequilibrio químico que le hace

luchar toda la vida con la depresión? Muy frecuentemente, existe la expectativa, porque nosotros realmente creemos que, como el Apóstol Pablo escribe a los Filipenses: “Todo lo puedo en Cristo, que fortalece.” Pero esto no quiere decir que no necesitamos el apoyo de la comunidad también para lograr estas cosas. Y no quiere decir que no necesitamos ayuda médica para lograr estas cosas. Los cristianos tienen que romper el estigma y la vergüenza de la enfermedad mental.

Bibliografía

1. Anandarajah, G. & Hight, E. (2001). Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. *American Family Physician*, 63:81– 92.
2. Cook C. C. H. (2013). *Controversies on the Place of Spirituality and Religion in Psychiatric Practice*. In Cook C. C. H. (Ed.). *Spirituality, Theology and Mental Health*, London, SCM, 1-19.
3. Cook, C. C. H. (2009). *Substance Misuse*. In Cook, C., Powell, A., & Sims, A. (Eds). *Spirituality and Psychiatry*, pp 139-168. RCPsych Publications.
4. Craigie, F. C. (2008). *Positive Spirituality in Health Care*. Minneapolis, Mill City.
5. Culliford, L. (2009). Teaching Spirituality and Healthcare to 3rd Year Medical Students. *The Clinical Teacher*, 6(1):22-27.
6. Culliford, L. (2007). Taking a Spiritual History. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13:212-219.
7. Culliford, L. (2002). Spirituality and Clinical Care. *British Medical Journal*, 325:1434-5.
8. Eagger, S. (2005). A Guide to the Assessment of Spiritual Concerns in Mental Healthcare.
9. Faulkner, A. (1997). *Knowing our own minds*. London: Mental Health Foundation.

10. Gilbert, P. (2009). Introducing Compassion-focused Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15:199-208.
11. Gilbert, P., & Nicholls, V. (2003). *Inspiring Hope: Recognizing the Importance of Spirituality in a Whole Person Approach to Mental Health*. London: National Institute for Mental Health, England.
12. Koenig, H., McCullough, M., & Larson, D. (2011). *Handbook of Religion and Health*. Oxford: Oxford University Press.
13. Neely, D., & Minford, E. (2009). FAITH: Spiritual History-taking Made Easy. *Clinical Teacher*, 6:181-185.
14. Swinton, J. (2002). Spirituality and the Lives of People with Learning Disabilities. *The Tizard Learning Disability Review*, 7(4): 29-35.
15. World Health Organization. (1998). *WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs: Report on WHO Consultation*. Geneva: WHO.

Notas del Capítulo 9

Capítulo 10. El trauma y la espiritualidad

- Se estima que el 89.7% de las personas han vivido al menos un evento traumático.
- Se ha reportado que la exposición a traumas para las personas que viven sin hogar es del 90% o más, el 97% de las mujeres sin hogar con enfermedad mental severa ha sufrido de abuso físico y sexual severo; el 87% ha sufrido este abuso tanto en la infancia como en la adultez.
- Los índices actuales de trastorno de estrés postraumático en personas con enfermedades mentales graves oscilan entre el 29 y 43%.
- En los Estados Unidos, una mujer es golpeada cada 15 segundos, una violación forzada ocurre cada 6 minutos. Lo que contribuye a la persistencia de problemas de salud física, mental y de adicción.
- La experiencia de trauma de una persona impacta en todas las áreas del funcionamiento humano: físico, mental, conductual, social y espiritual.

10.1 ¿Qué es el trauma?

El trauma ocurre cuando una persona se ve abrumada por un evento, una serie de eventos o un conjunto de circunstancias que se viven de

manera dañina física o emocionalmente o que amenaza la vida y la persona experimenta miedo, horror y / o impotencia intensos. El estrés extremo abruma la capacidad de la persona para afrontarlo. Lo que contribuye a la persistencia de condiciones de salud física como diabetes, enfermedades cardíacas, cáncer y presión arterial alta; problemas de salud mental y adicciones. La experiencia de trauma de una persona impacta cada área del funcionamiento humano, mental, físico, social, emocional o bienestar espiritual. El trauma causa efectos a corto y largo plazo, afecta las respuestas de afrontamiento, las relaciones o las tareas de desarrollo.

De acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, 5ta. edición (DSM-5), el evento traumático es aquel en el que una persona experimenta (es testigo o se enfrenta):

- Muerte real o amenazada
- Lesiones graves, violencia sexual
- Amenaza a la integridad física de sí mismo u otro

10.2 Las tres E's del trauma: Evento(s), Experiencia(s) y Efecto

Eventos

Los eventos y circunstancias pueden incluir la amenaza real o extrema de daño físico o psicológico (es decir, desastres naturales, violencia, etc.) o la negligencia grave y potencialmente mortal para un niño que pone en peligro el desarrollo saludable. Los sentimientos de humillación, culpa, vergüenza, traición o silenciamiento a menudo configuran la experiencia del evento. La forma en que se experimenta el evento puede estar relacionada con una variedad de factores, incluidas las creencias culturales de la persona o la etapa de desarrollo de la

persona (es decir, una persona puede comprender y experimentar los eventos de manera diferente a los cinco, quince o cincuenta años). No es el evento lo que determina si algo es traumático para alguien, sino la experiencia individual del evento y el significado que le dan.

Los posibles eventos traumáticos provienen de:

- **Abuso:** violencia emocional, sexual, física, doméstica, presenciar violencia, intimidación, ciberacoso, institucional.
- **Pérdida:** Muerte, abandono, negligencia, separación, desastre natural, accidentes, terrorismo, guerra.
- **Estresores crónicos:** pobreza, racismo, procedimiento médico invasivo, trauma comunitario, trauma histórico, un miembro de la familia con trastorno por abuso de sustancias.

Los eventos traumáticos son:

- Súbitos, inesperados y extremos.
- Usualmente involucran daño físico o amenaza de vida percibida (la investigación muestra que la percepción de “amenazas de vida” son predictores poderosos del impacto del trauma).
- Las personas viven estos eventos como fuera de su control.

Experiencia

La experiencia individual de estos eventos o circunstancias ayuda a determinar si es un evento traumático. Un evento particular puede ser experimentado como traumático para una persona y no para otra. La forma en que la persona la califica, le asigna significado y se vea perturbado física y psicológicamente por un evento contribuirá a que se experimente o no como traumático.

Efectos

Los efectos traumáticos, que pueden variar desde hipervigilancia o un estado constante de excitación, hasta adormecimiento o evitación, pueden eventualmente desgastar a una persona, física, mental y emocionalmente. Los sobrevivientes de trauma también han resaltado el impacto de estos eventos en las creencias espirituales y la capacidad de dar sentido a estas experiencias. Los ejemplos de efectos adversos incluyen la incapacidad de una persona para hacer frente al estrés y las tensiones normales de la vida diaria; confiar y beneficiarse de las relaciones; gestionar procesos cognitivos, como la memoria, la atención, el pensamiento; regular el comportamiento; o controlar la expresión de las emociones.

El trauma individual ocurre en un contexto de comunidad, ya sea que la comunidad se defina geográficamente como en los vecindarios; virtualmente como en una identidad, etnia o experiencia compartida; u organizacionalmente, como en un lugar de trabajo, aprendizaje o alabanza. La forma en que una comunidad responde al trauma individual sienta las bases para el impacto del evento, la experiencia y el efecto traumático.

10.3 Tipos de trauma

Hay tres clasificaciones principales de trauma:

El trauma agudo (Tipo I) resulta de la exposición a un solo evento abrumador.

- Ejemplos: violación, muerte de un ser querido, desastre natural.
- Características: recuerdos detallados, presagios, hipervigilancia, respuesta exagerada de sobresalto, percepciones erróneas o reacciones exageradas.

El trauma complejo (Tipo II) resulta de la exposición prolongada a situaciones traumáticas.

- Ejemplos: exposición prolongada a la violencia o la intimidación, negligencia profunda, serie de mudanzas del hogar.
- Características: negación y entumecimiento psicológico, disociación, ira, aislamiento social, sensación de futuro acortado, ideación suicida, vergüenza tóxica, desapego, comportamiento autodestructivo, insomnio, problemas de memoria, miedo.

El trauma transverso (Tipo III) resulta de un solo evento traumático que es lo suficientemente devastador como para tener efectos duraderos.

- Ejemplos: tiroteo escolar con víctimas masivas, accidente automovilístico con víctimas mortales, desplazamiento de refugiados.
- Características: luto perpetuo o depresión, dolor crónico, problemas de concentración, trastornos del sueño, irritabilidad.

Señales de respuestas al trauma

Comportamiento: explotar cuando se corrige, pelear cuando se le critica o molesta, resistir transiciones o cambios, muy protector del espacio personal, comportamiento imprudente o autodestructivo, con frecuencia buscar atención, volver a comportamientos más jóvenes.

Emocional / físico: pesadillas o problemas para dormir, sensibilidad al ruido o al tacto, miedo a separarse de la familia, dificultad para confiar en los demás, sentirse muy triste, enojado, asustado; cambios emocionales, problemas médicos inexplicables.

Psicológico: confunde lo que es seguro y lo que es peligroso, problemas para enfocarse o concentrarse, dificultad para imaginar el futuro.

Consecuencias a largo plazo del trauma no abordado

Enfermedad y discapacidad	Problemas sociales serios
- Cardiopatía isquémica - Cáncer - Enfermedad pulmonar crónica - Enfisema crónico - Asma - Enfermedad hepática - Fractura esquelética - Mala salud autoevaluada - Enfermedad de transmisión sexual - VIH / SIDA	- Carencia de hogar - Prostitución - Delincuencia, violencia, criminal - Incapacidad para sostener el empleo - Revictimización: violación, violencia - Capacidad comprometida para ser padres - Alteraciones negativas en autopercepciones y relaciones con otros - Sistemas alterados de significado

10.4 Los impactos del trauma

Nadie es inmune al impacto del trauma. El trauma afecta a la persona, a las familias y a las comunidades al interrumpir el desarrollo saludable que afecta negativamente las relaciones y contribuye a problemas de salud mental, incluido el abuso de sustancias, la violencia doméstica y el abuso infantil. Todos pagan el precio cuando una comunidad produce generaciones múltiples de personas con trauma no tratado por un aumento de la delincuencia, la pérdida de salarios y una amenaza a la estabilidad de la familia.

Los impactos del trauma también pueden considerarse en un continuo:
Estrés traumático ----- TEPT ----- TEPT retrasado ----- TEPT complejo

- **Estrés traumático** – Una persona puede tener una respuesta de estrés traumático a un evento traumático, pero no desarrollar un trastorno de estrés postraumático (TEPT). Una respuesta de estrés traumático puede incluir una reacción involuntaria a una situación que se haya vivido como altamente estresante, pero el cuerpo puede regularse con bastante rapidez después del evento estresante. Por ejemplo, tener un procedimiento médico que puede desencadenar una respuesta de estrés significativa pero que no interfiere significativamente en la calidad de vida de la persona.
- **PTSD (trastorno de estrés postraumático)** – El trastorno de estrés postraumático es una respuesta intrusiva más significativa a un evento traumático. Esto incluiría la experiencia continua de: 1) revivir los eventos traumáticos, 2) evitar los recordatorios del evento y 3) aumento de la excitación como resultado del evento. Estos tres factores son relevantes en el diagnóstico formal de TEPT. Los síntomas son continuos y se convierten en el principio organizador de la vida de la persona. Interfieren significativamente con la calidad de vida de la persona y pueden ser muy debilitantes.
- **Trastorno de estrés postraumático retrasado** – El trastorno por estrés postraumático tardío incluiría todos los síntomas y experiencias enumerados anteriormente en la respuesta de TEPT, pero lo que es relevante para esta respuesta / impacto es que los síntomas pueden ocurrir mucho más tarde después de que haya ocurrido el evento traumático. Esto puede ser muy confuso y aterrador para las personas que experimentan un evento traumático

y meses o incluso años más tarde comienzan a desarrollar síntomas de una respuesta de TEPT. La epigenética sugiere que el trauma puede transmitirse genéticamente de generaciones pasadas, lo que significa que una respuesta traumática podría ser un trauma que uno nunca experimentó.

- **Trastorno de estrés postraumático complejo** – Esta se considera la forma más severa de TEPT. Está directamente relacionado con el trauma que ocurrió y se experimentó a una edad temprana en el desarrollo. El trauma fue crónico y continuo. El trauma habría tenido un impacto directo en el desarrollo del cerebro, así como en el proceso de apego. El trauma en sí involucraba a una persona en una relación cercana (es decir, padre, cuidador, persona en una posición de autoridad). Esta experiencia traumática es profundamente perturbadora ya que puede afectar la capacidad de la persona para formar relaciones saludables a lo largo de la vida.

Los efectos de estar traumatizado son muy individuales y las personas que han sufrido un trauma se ven afectadas física, emocional, conductual, cognitiva, espiritual, neurobiológica y relacionamente. La persona puede experimentar aspectos en cada una de estas áreas o solo una o dos.

- **Físico** – Alcoholismo y abuso de alcohol, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), depresión, muerte fetal, calidad de vida relacionada con la salud, uso de drogas ilícitas, cardiopatía isquémica (DHI), enfermedad hepática, violencia, múltiples parejas sexuales, enfermedades de transmisión sexual (ETS), fumar, intentos de suicidio, embarazos no deseados, inicio temprano del fumar, inicio temprano de la actividad sexual, embarazo

adolescente, trastornos del sueño, trastornos alimentarios, sistema inmunodeficiente, enfermedad cardiovascular, ciclo vida más corta.

- **Emocional** – Depresión, sentimientos de desesperación e impotencia, culpa, vergüenza, autoculpabilidad, odio a sí mismo, sentirse dañado, sentirse como una persona "mala", ansiedad, vulnerabilidad extrema, ataques de pánico, temor, comportamientos compulsivos y obsesivos, sentirse fuera de control, irritabilidad, ira y resentimiento, entumecimiento emocional, pensamientos aterradores, dificultades en las relaciones, preocupación excesiva.
- **Conductual** – Autolesiones como cortarse, abuso de sustancias, abuso de alcohol, apuestas, conductas autodestructivas, aislamiento, elección de amigos que pueden ser poco saludables, conducta suicida, agresión, control deficiente de los impulsos.
- **Cognitivo** – Fallas de memoria, especialmente sobre el trauma, pérdida de tiempo, sentirse abrumado y sobrecargado de recuerdos del trauma, dificultad para tomar decisiones, disminución de la capacidad de concentración, sensación de distracción, abandono de la rutina normal, pensamientos suicidas.
- **Espiritual** – Sentir que la vida tiene poco propósito y significado, cuestionar la presencia de un poder mayor que nosotros, cuestionar el propósito de uno, cuestionar "¿quién soy yo?", "¿a dónde voy?", "¿realmente importo?", pensamientos de ser malvado, especialmente cuando el clero perpetra abusos, sentirse desconectado del mundo que nos rodea, sentir que, además de la persona, toda la raza o cultura es mala.

- **Neurobiológico** – Una sobreproducción de hormonas del estrés que, cuando se activan, no vuelven a la normalidad pero pueden durar horas o días como se identifica a continuación: nervioso, tembloroso, respuesta de sobresalto exagerada, el sistema de alarma en el cerebro permanece "encendido"; crear dificultad para entender las caras y señales sociales; malinterpretar el comportamiento o los eventos de otras personas como amenazantes, dificultad para dormir y la necesidad de evitar situaciones que se perciben como aterradoras, parte del sistema cerebral cambia al hacerse más pequeños o más grandes de lo que se supone que son, respuesta de lucha, huida, congelación (que puede verse diferente de persona a persona), las respuestas son involuntarias.
- **Relacional** – Dificultad para sentir amor, confianza en las relaciones, disminución del interés en la actividad sexual, distanciamiento emocional de los demás, las relaciones pueden caracterizarse por ira y desconfianza, incapaz de mantener relaciones, dificultades con la crianza de los hijos.

Efectos del trauma en niños

Los niños que han sufrido traumas se ven afectados en las siguientes áreas:

- Apego
- Desarrollo físico y psicológico

Cuando un/a niño/a traumatizado no hace frente a un trauma de manera saludable, el/la niño/a puede ser propenso a:

- Abuso de sustancias
- Problemas de salud mental (como depresión y suicidio)
- Promiscuidad
- Comportamiento criminal

¿Qué es el estrés traumático infantil?

Un evento traumático puede afectar la forma en que los niños se ven a sí mismos, el mundo que los rodea y su futuro. Un niño o una niña que está traumatizado/a puede ser incapaz de confiar en los demás, puede no sentirse seguro/a y tener dificultades para manejar los cambios en la vida. En la primera infancia, el trauma puede reducir el tamaño de la corteza cerebral, que es responsable de funciones complejas como el lenguaje y la memoria.

Estudio ACE (eventos adversos en la infancia) 2010 – Cuanto mayor sea el puntaje ACE, mayor será la probabilidad de: problemas emocionales graves y persistentes, conductas de riesgo para la salud, problemas sociales graves, enfermedad y discapacidad en adultos, salud de alto riesgo, salud conductual, servicio correccional y social costos y baja esperanza de vida.

Otros contribuyentes del estrés son – Pobreza, discriminación, separaciones de cuidadores y miembros de la familia, cambios de lugar frecuentes (o mudanzas frecuentes), problemas en la escuela / trabajo, problemas de inmigración.

10.5 Respuesta de supervivencia de lucha, huida o inmovilización

Los adultos, niños y jóvenes suelen reaccionar ante un evento traumático con una respuesta de supervivencia de lucha, huida o inmovilización. Los niños y los jóvenes a menudo no entienden cómo funcionan sus cuerpos ni la forma en que responden o continúan respondiendo. Su capacidad para aprender, dormir y hacer conexiones con otros puede verse afectada ya que la mayoría de su atención y

energía se enfoca en sus respuestas de supervivencia en curso. Los niños y los jóvenes a menudo se sienten confundidos y a veces avergonzados por sus respuestas. Ayudar a identificar y explicar estas respuestas, y comenzar a desarrollar control sobre ellas, puede ayudar a un niño o adulto a comprender su experiencia.

- **Lucha** – Llanto, manos en puños, deseo de golpear, rasgar, mandíbula flexionada / apretada, rechinar los dientes, gruñir, pelea en los ojos, mirada con furia, pelea en la voz, deseo de pisotear, patear, aplastar con las piernas, los pies, sentimientos de ira / furia, sentimientos homicidas / suicidas, nudos en el estómago / náuseas, ardor estomacal, metáforas como bombas, volcanes en erupción.
- **Huida** – Piernas inquietas, pies / entumecimiento en las piernas, ansiedad / respiración superficial, ojos grandes / rápidos, movimiento de piernas / pies, inquietud notificada u observada, sensación de estar atrapado, tenso, sensación de estar apresurado en la vida, de una actividad a otra, ejercicio excesivo.
- **Inmovilización** – Sentirse atrapado en alguna parte del cuerpo, sentirse frío / congelado, entumecido, piel pálida, sensación de rigidez, pesadez, contener la respiración / respiración restringida, sensación de temor, latidos cardíacos, disminución de la frecuencia cardíaca (a veces puede aumentar).

Los niños con estrés tóxico viven gran parte de sus vidas en modo de lucha, huida o congelamiento (inmovilización). Responden al mundo como un lugar de peligro constante. Con sus cerebros sobrecargados de hormonas del estrés y sin poder funcionar adecuadamente, no pueden concentrarse en el aprendizaje. Se retrasan en la escuela, no desarrollan

relaciones saludables con sus compañeros o crean problemas con los maestros y directores porque no pueden confiar en los adultos. Algunos niños hacen los tres. Con la desesperación, la culpa y la frustración picoteando sus mentes a menudo encuentran consuelo en la comida, el alcohol, el tabaco, las metanfetaminas, el sexo inapropiado, los deportes de alto riesgo y / o el trabajo y el exceso de logros. No consideran estos métodos de afrontamiento como problemas; consciente o inconscientemente, los usan como soluciones para escapar de la depresión, la ansiedad, la ira, el miedo y la vergüenza.

Cultura y trauma

Al evaluar el historial de trauma de un cliente, la cultura puede influir en cómo el cliente y su familia percibieron el trauma de niño y cómo reaccionaron ante el trauma. La cultura también da forma al proceso de sanación después del trauma y la pérdida en forma de rituales y prácticas de sanación.

Algunas cosas a considerar al evaluar la historia del trauma y la influencia cultural incluyen:

- Cómo se comunica el cliente (y la familia).
- Cómo responde el cliente (y la familia) al trauma (vergüenza, culpa, culpa, negación, aceptación)
- Cualquier estrés o vulnerabilidad que el cliente y / o la familia experimente debido a su cultura (discriminación, estereotipos, pobreza, menos acceso a los recursos).
- Cómo se siente el cliente (y la familia) sobre las intervenciones relacionadas con el trauma.

"Nunca se puede exagerar la importancia de la cultura en cualquier relación".

Trauma intergeneracional

El trauma intergeneracional puede afectar negativamente a las familias, como resultado de:

- Emociones y pensamientos no resueltos sobre un evento traumático.
- Patrones de comportamiento negativos repetidos, incluidas las creencias sobre la crianza de los hijos.
- Abuso de sustancias no tratadas / mal tratadas o enfermedad mental grave.
- Mala relación de padre-hijo y apego emocional.
- Pérdida de seguridad (emocional, física, financiera, equidad).
- Las respuestas traumáticas aprendidas o las adaptaciones para sobrevivir ahora pueden interferir cuando las situaciones y las relaciones son seguras.
- Actitud de satisfecho con la forma en que las cosas están dentro de la familia.

Como ejemplos están los casos: nativos americanos, afroamericanos, latinos.

10.6 Atención informada sobre el trauma (TIC)

Atención informada sobre el trauma (TIC por sus siglas en inglés) es una estructura organizacional y un marco de tratamiento que implica comprender, reconocer y responder a los efectos de todo tipo de trauma. La atención informada sobre traumas también enfatiza la seguridad física, filológica y emocional tanto para los consumidores como para los proveedores, y ayuda a los sobrevivientes a reconstruir un sentido de control y empoderamiento. La atención informada sobre el trauma cambia el enfoque de "¿Qué le pasa?" a "¿Qué le pasó?"

La clave es: la comprensión de la experiencia traumática, tener empatía, compasión y apoyo para la persona.

Lo que significa estar informado sobre el trauma

No significa tratar el trauma. Significa:

- Reconocer el alto nivel de trauma entre aquellos a quienes sirve.
- Practicar el autocuidado.
- Mirar a la persona completa, no solo al comportamiento.
- Comprender el papel que juega la victimización en la vida de los sobrevivientes de trauma.
- Comprender que los comportamientos que se están observando pueden haberlos protegido en el pasado.
- Estar enfocado en el presente y dirigido a aumentar la seguridad.

"Síntomas" del trauma como adaptaciones

Es útil pensar en todos los "síntomas" del trauma como adaptaciones. Los síntomas representan el intento de los clientes de lidiar de la mejor manera posible con sentimientos abrumadores. Cuando vemos "síntomas" en un sobreviviente de un trauma, siempre es importante preguntarse: ¿para qué sirve este comportamiento? Cada síntoma ayudó al sobreviviente a hacer frente en algún momento del pasado y todavía está en el presente, de alguna manera. Como humanos somos criaturas increíblemente adaptativas. Si ayudamos al sobreviviente a explorar cómo los comportamientos son una adaptación, podemos ayudarlo a aprender a sustituirlos por un comportamiento menos problemático.

Los síntomas son adaptaciones:

Beber = automedicación

Cortar = liberación de presión

Aislar = evitar el miedo

Agresión = protegerse

¿Cómo proporcionamos TIC?

- **Escuchar:** ¿Qué le está diciendo el sobreviviente? ¿Qué no dice el sobreviviente? ¿Cómo lo dice el sobreviviente?
- **Informar:** ¿Qué información tiene usted que pueda ayudar? ¿Qué pasará después en el proceso? ¿Por qué es importante que tengan la información? ¿Cómo pueden ayudar sus servicios?

Lo mejor que pueda y dentro de las limitaciones de tiempo dadas:

- Evite las categorizaciones.
- Déjelos contar su historia.
- De tiempo y espacio para contar su historia.
- Deje que el sobreviviente dirija.
- Respete su voz y sus decisiones.
- Reconozca el nivel de comodidad del sobreviviente.
- Proporcione interacciones de calidad y escuche activamente.
- Evite la revictimización.
- Aprecie que muchos comportamientos problemáticos comenzaron como intentos comprensibles de darle frente.
- Esfuércese por maximizar las opciones para el sobreviviente y el control sobre el proceso de sanación.
- Busque ser culturalmente competente.
- Comprenda a cada sobreviviente en el contexto de experiencias de vida y antecedentes culturales.

Las cuatro R's de la atención informada por trauma (TIC)

1. **Darse cuenta** del impacto generalizado del trauma y comprender los posibles caminos para la recuperación.
2. **Reconozca** los signos y síntomas de trauma en clientes, familias, personal y otros en su esfera personal.

3. **Responda** al integrar completamente el conocimiento sobre el trauma en las políticas, procedimientos y prácticas.
4. **Resista la retraumatización** de los niños y de los adultos que los cuidan. Lo hace al escuchar más, ver más y aprender más.

10.7 El tratamiento psicológico para el trauma

Para sanar del trauma psicológico y emocional, se deben resolver los sentimientos y recuerdos desagradables que se han evitado durante mucho tiempo, descargar la energía reprimida de "lucha o huida", aprender a regular las emociones fuertes y reconstruir su capacidad de confiar en otras personas. Un especialista en trauma puede usar una variedad de enfoques terapéuticos diferentes en su tratamiento.

La experiencia somática se centra en las sensaciones corporales, en lugar de los pensamientos y recuerdos sobre el evento traumático. Al concentrarse en lo que está sucediendo en su cuerpo, puede liberar la energía reprimida relacionada con el trauma a través de temblores, llanto y otras formas de liberación física. La razón para hacer esto es restaurar el ciclo normal del sistema nervioso entre el estado de alerta y el descanso. Para volver a alinear el sistema nervioso autónomo y aliviar la angustia emocional y corporal, la experiencia somática alienta a liberar la energía destructiva y aprender nuevas habilidades para promover la autorregulación.

Los enfoques de la terapia centrada en el trauma – implican recordar recuerdos angustiantes con el apoyo del terapeuta. Esta confrontación "segura" con la experiencia traumática tiene como objetivo hacer que los recuerdos sean menos atemorizantes. El terapeuta también le brinda al paciente herramientas y consejos para procesar la experiencia traumática. El objetivo es comprender y procesar lo que sucedió, y

luego encontrar una manera de lidiar mejor con eso. Esto le da al paciente la oportunidad de darse cuenta de que recordar y pensar sobre el evento traumático no es tan aterrador como pensaban.

Terapia cognitivo-conductual (TCC) – ayuda a procesar y evaluar pensamientos y sentimientos sobre un trauma. El objetivo de la TCC es aprender a cambiar su forma de ver e interpretar las experiencias, los comportamientos y los sentimientos. Por ejemplo, podría intentar cambiar la forma en que se enfrentan las regresiones: recuerdos vívidos que de repente abruman y no se pueden reprimir. El terapeuta ayudará a identificar e interrumpir los pensamientos y las creencias negativas y reemplazarlos con alternativas más precisas, productivas y positivas.

Terapia psicodinámica – La terapia psicodinámica es una combinación de varios métodos basados en el psicoanálisis. Al igual que la TCC, implica revisar y hablar gradualmente sobre las experiencias traumáticas. El terapeuta ayuda al paciente a comprender cómo los eventos traumáticos pasados están afectando su comportamiento actual. El objetivo de este tipo de terapia es identificar y cambiar los pensamientos, sentimientos y patrones de relación que actualmente están causando problemas.

Desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR) – Incorpora elementos de terapia cognitivo-conductual con movimientos oculares u otras formas de estimulación rítmica izquierda-derecha que pueden "descongelar" recuerdos traumáticos. Esta técnica sigue un plan establecido en ocho fases de tratamiento. En una de las fases, el terapeuta mueve un dedo constantemente de un lado a otro frente al paciente. El paciente sigue el dedo en movimiento con los ojos mientras se concentra en un recuerdo traumático. En lugar

de (o además de) usar un dedo en movimiento, el terapeuta puede usar sonidos rítmicos o tocar, por ejemplo, la muñeca del paciente. Se cree que los movimientos oculares o el tacto rítmico pueden ayudar a las personas a procesar la información y reducir el miedo asociado con los recuerdos traumáticos.

Terapia de reducción de incidentes traumáticos (TIR, por sus siglas en inglés) – puede considerarse como un tipo de técnica de exposición. Su objetivo es ayudar a los clientes a ser más conscientes de un evento traumático para desensibilizarlos, lo que lleva al cliente a desidentificarse con los pensamientos, emociones y otras experiencias internas resultantes del trauma. El cliente comienza a ver el trauma y las experiencias internas como algo separado de sí mismo. Esto puede ocurrir con sólo una sesión, o puede tomar cinco o más sesiones, dependiendo de la gravedad del trauma y cuántos traumas se están abordando.

Una sesión de terapia de reducción de incidentes traumáticos generalmente dura entre una y dos horas. Durante la TIR, el cliente se siente seguro y a salvo en la sesión que comienza con una evaluación para determinar cuál será el resultado ideal. Luego, mientras el terapeuta escucha sin distracciones, interjecciones o juicios, el cliente vuelve a contar y vuelve a experimentar el trauma hasta su finalización, luego lo hace una y otra vez. Durante el recuento, los clientes examinan cómo interactúan sus emociones y comportamientos y cómo el trauma los ha afectado a ellos y a las personas en sus vidas.

10.8 Crecimiento después del trauma

El crecimiento postraumático (PTG, por sus siglas en inglés) es una teoría que explica el tipo de transformación que sigue después del

trauma. Fue desarrollado por los psicólogos Richard Tedeschi, PhD, y Lawrence Calhoun, PhD, a mediados de la década de 1990, y sostiene que las personas que sufren luchas psicológicas después de la adversidad a menudo pueden ver un crecimiento positivo posteriormente.

El crecimiento postraumático se define como la “experiencia del individuo cuyo desarrollo, al menos en algunas áreas, ha superado lo que estaba presente antes de que ocurriera el conflicto con las crisis. El individuo no sólo ha sobrevivido, sino que ha experimentado cambios que se consideran importantes y que van más allá del orden establecido” (Tedeschi y Calhoun, 2004). Las personas han descrito cambios profundos en su opinión de las "relaciones, cómo se ven a sí mismas y su filosofía de vida (Joseph y Linley, 2006). La investigación sugiere que entre el 30-70% de las personas que vivieron un trauma también informan cambios positivos y crecimiento que surge de la experiencia traumática (Joseph y Butler, 2010). Es esencial tener en cuenta que el crecimiento postraumático no es un resultado directo del trauma, sino que está relacionado con la forma en que la persona lucha como resultado del trauma (Tedeschi y Calhoun, 2004).

Parece que hay dos características que hacen que algunos tengan más probabilidades de experimentar PTG, dice Tedeschi: apertura a la experiencia y extraversión. Esto se debe a que las personas que son más abiertas tienen más probabilidades de reconsiderar sus sistemas de creencias, dice Tedeschi, y los extrovertidos tienen más probabilidades de ser más activos en su respuesta al trauma y buscar conexiones con otros.

Signos de crecimiento postraumático

Para evaluar si alguien ha logrado crecer después de un trauma y en qué medida, los psicólogos usan una variedad de escalas de autoinforme. Uno desarrollado por Tedeschi y Calhoun es el Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI) (Journal of Traumatic Stress, 1996).

Busca respuestas positivas en cinco áreas:

- Apreciación de la vida
- Relaciones con los demás
- Nuevas posibilidades en la vida
- Fortaleza personal
- Cambio espiritual

Crecimiento traumático y espiritualidad

Hay personas que dicen tener una sensación de fortaleza personal más intensa, un aumento en su espiritualidad, sus relaciones personales mejoran, sienten un mayor aprecio por la vida y la realización de posibilidades nuevas en sus vidas. La espiritualidad es muy interesante ya que es un proceso y a la misma vez un resultado para el crecimiento. Con eso quiero decir que es un resultado o un estado final, pero también es una de las herramientas que ayuda a cultivar el crecimiento. El crecimiento postraumático se ha reportado en una serie de traumas como en los problemas de salud física, los accidentes, durante la pérdida de un ser querido, el abuso, el desamparo y en el combate. Veteranos de guerra dieron las siguientes declaraciones sobre su crecimiento postraumático. Relataron que sintieron un cambio que pasó de estar conscientes o familiarizados con su Dios a un nivel nuevo de entendimiento, experiencia y confianza. Relataron que la espiritualidad era una herramienta que desarrollaron a través de la confianza, la

práctica y la fe. Y sintieron una diferencia entre el saber sobre la religión y el sentir la experiencia directamente.

Los veteranos confirman que no sólo sintieron una espiritualidad más intensa, sino que también pudieron depender y confiar en que su espiritualidad los apoyaría. Explicaron que su vínculo con la iglesia y el apoyo de los demás contribuyeron a su crecimiento.

Will relató la forma en que la fortaleza de su fe le ayudó en su crecimiento:

“Confié en mi fe. Sabía que mi fe era justa...es solamente lo que yo creo. Es una pregunta muy difícil de explicar, pero yo diría que para el crecimiento hay que confiar mucho en la fe. Supe que podría superar muchas cosas si me aferraba a lo que creo y resultó ser la verdad sólida.”

10.9 Resiliencia

El término resiliencia significa la capacidad de una persona para superar la adversidad y continuar su desarrollo normal.

“En el contexto de la exposición a adversidades significativas, la resiliencia es tanto la capacidad de las personas de navegar hacia los recursos psicológicos, sociales, culturales y físicos que sostienen su bienestar, como su capacidad individual y colectiva para negociar que estos recursos sean provistos de maneras culturalmente significativas”.

Dr. Michael Unger

Algunas formas en que los psicólogos pueden ayudar a sus clientes a desarrollar resiliencia son:

- **Animelos** a tener o desarrollar relaciones de apoyo.
- **Ayude a crear narrativas** de sus vidas para ayudarlos a aumentar su sentido de identidad y control.
- **Organice talleres de capacitación** para maestros y otras personas que puedan transmitir habilidades de resiliencia, haciendo hincapié en cómo las personas necesitan aprender a ser flexibles y asumir riesgos.
- **Enseñe técnicas de atención plena**, como la respiración concentrada. Enseñe a niños en riesgo en la escuela primaria las técnicas de respiración que podrían usar si enfrentaran una situación en la que se sintieran enojados o heridos. "Los niños que son más resistentes son capaces de llegar a cero" en la escala de excitación.
- **Explique** que no hay respuesta a "¿Por qué a mí?" pero en vez de eso, pregúntense: "¿Qué pasos puedo tomar para enfrentar la situación de manera efectiva?"
- **Enseñe a los padres a tomar una pausa** antes de apresurarse a resolver los problemas de sus hijos. En cambio, los padres deben escuchar cómo sus hijos solucionarán el problema, ofreciendo, cuando se indique, preguntas que brinden orientación.
- **Diga a la gente** que los errores o los contratiempos son experiencias de las cuales se puede aprender, no ser derrotados.

Factores protectores que respaldan la resiliencia:

- Presencia confiable de un padre o cuidador positivo, cariñoso y protector.
- Sentido de seguridad en el hogar, la escuela, la comunidad.
- Desarrollo cognitivo / habilidades de resolución de problemas.

- Autorregulación
- Habilidad para adaptarse a las cosas, como recreación física, relajación, escuchar música, escribir (poesía, cuentos y en un diario).
- Talento o habilidad (arte, música, deportes, académicos)
- Creencias espirituales / culturales.
- Ambiente estable y acogedor
- Autoeficacia

La diferencia entre resiliencia y crecimiento postraumático (PTG) es que resiliencia implica la capacidad de recuperarse más fácilmente del trauma y volver rápidamente al estado normal de ser. Es probable que alguien que haya alcanzado el PTG sea resiliente cuando ocurra un trauma futuro, pero se puede enseñar una mentalidad de resiliencia antes de que ocurra el trauma. "La mayoría de las personas tiene el potencial de ser resilientes si existen sistemas básicos de adaptación y factores protectores como el apoyo comunitario y familiar", dice Teresa LaFromboise, PhD, de la Escuela de Postgrado de Educación de la Universidad de Stanford. Alguien que ya es resiliente cuando se produce un trauma no experimentará PTG porque una persona resiliente no es sacudida hasta el núcleo por un evento y no tiene que buscar un nuevo sistema de creencias, explica Tedeschi. Las personas menos resilientes, por otro lado, pueden sufrir angustia y confusión al tratar de comprender por qué les sucedió algo terrible y qué significa para su visión del mundo.

10.10 ¿Qué es la espiritualidad?

La espiritualidad es una experiencia personal con muchas definiciones. La espiritualidad podría definirse como "un sistema de creencias interno que proporcionan a una persona significado y propósito en la

vida, un sentido de lo sagrado de la vida y una visión para el mejoramiento del mundo." Otras definiciones hacen hincapié en "una conexión con aquello que trasciende al yo." La conexión puede ser con Dios, un poder superior, una energía universal, lo sagrado o con la naturaleza.

Los investigadores en el campo de la espiritualidad han sugerido tres **dimensiones útiles para pensar acerca de la propia espiritualidad:**

1. Creencias
2. Las prácticas espirituales
3. Las experiencias espirituales

Actualmente en los Estados Unidos, las encuestas de opinión muestran constantemente que la mayoría de las personas respaldan la creencia en Dios o en un poder superior. En una encuesta de Gallup 2017 el 89% de los encuestados indicó que creía en Dios, mientras que sólo el 10 por ciento declaró que no creía en Dios. Muchas de estas personas describirían la religión o la espiritualidad como la fuente más importante de fortaleza y dirección para sus vidas. Debido a que la espiritualidad juega un papel tan importante y central en la vida de muchas personas, es probable que sea afectada por el trauma y a su vez afecte a la reacción del sobreviviente al trauma.

Históricamente, ha habido diferencias entre las creencias de los científicos y los profesionales de la salud y las de la población general. Por ejemplo, un estudio indicó que sólo el 66% de los psicólogos informan una "creencia en Dios." Estas diferencias de punto de vista pueden contribuir a la falta de investigación sobre la espiritualidad. Las creencias y experiencias de formación de los profesionales también

pueden influir en la forma en que se incorpora la espiritualidad a la terapia.

La relación del trauma con la espiritualidad

La evidencia sugiere que el trauma puede producir efectos tanto positivos como negativos sobre las experiencias espirituales y percepciones de las personas. Por ejemplo, la depresión y la soledad pueden provocar sentimientos de abandono y pérdida de la fe en Dios.

Estos efectos pueden cambiar a medida que pasa el tiempo y una persona se aleja más de la fase aguda de recuperación del trauma. En el lado positivo, algunas personas experimentan una mayor apreciación de la vida, mayor percepción de cercanía a Dios, mayor sentido de propósito en la vida, y una mejoraría en el bienestar espiritual, incluso después de eventos devastadores como los desastres y violaciones. Para otros, el trauma puede estar asociado con la pérdida de la fe, la disminución de la participación en actividades religiosas o espirituales, cambios en las creencias, sentimientos de ser abandonados o castigados por Dios y pérdida de significado y propósito en la vida.

Los aspectos de la espiritualidad están asociados con resultados positivos, incluso cuando los sobrevivientes del trauma desarrollan problemas psiquiátricos tales como Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), Trauma Sexual Militar (TSM) o depresión. La investigación también indica que la espiritualidad a menudo se asocia con niveles mas bajos de síntomas y problemas clínicos en algunas poblaciones que sufren de trauma. Por ejemplo, la ira, la rabia y el deseo de venganza después de un trauma pueden ser atenuadas por el perdón, creencias espirituales, o las prácticas espirituales.

Se han hecho sugerencias sobre las vías por las que la espiritualidad puede afectar la trayectoria de recuperación para los sobrevivientes de eventos traumáticos.

La espiritualidad puede ayudar a mejorar los resultados postraumáticos a través de:

1. Reducción de los riesgos de comportamiento a través de estilos de vida religiosos saludables (por ejemplo, beber o fumar menos).
2. Ampliación del apoyo social a través de la participación en las comunidades espirituales.
3. Mejora de las habilidades de afrontar retos y formas útiles de entender el trauma que dan como resultado darles un significado.
4. Los mecanismos fisiológicos tales como la activación de la "respuesta de relajación" a través de la oración o la meditación.
5. Los sentimientos de aislamiento, la soledad y la depresión relacionados con el dolor y la pérdida pueden reducirse con el apoyo social de una comunidad espiritual. Ser parte de una comunidad espiritual coloca sobrevivientes entre las personas afectivas que pueden proporcionar el aliento y apoyo emocional, así como un posible apoyo en forma de asistencia física o incluso financiera en tiempos de problemas.

¿Cuáles son las cuestiones que más a menudo se relacionan con la espiritualidad?

Dar sentido a la experiencia traumática

Las creencias espirituales pueden influir en la capacidad del sobreviviente para darle sentido a la experiencia del trauma. A su vez, el significado de la experiencia puede tener un impacto importante en los síntomas y el funcionamiento del sobreviviente. Varios estudios han indicado que los pensamientos negativos o atribuciones acerca de Dios, como "Dios me ha abandonado" y "Dios me está castigando", o estar enojado con Dios están asociados con una serie de malos resultados clínicos. La investigación sugiere que estos tipos de pensamientos pueden estar asociados con una peor salud física y mental y un mayor uso de sustancias. Un estudio de veteranos en tratamiento por TEPT y TSM encontró que los aspectos religiosos negativos y la falta de perdón se asociaron con peores síntomas de TEPT (Trastorno por estrés postraumático), TSM y depresión.

La recuperación del sentido de la vida se puede lograr mediante cambios en la forma de pensar, la participación en actividades significativas o por medio de rituales experimentados como parte de la participación religiosa o espiritual. Algunos investigadores han sugerido que los eventos traumáticos con frecuencia desafían las creencias fundamentales acerca de la seguridad, la autoestima y el sentido de la vida. Para las personas cuyos valores fundamentales son espiritualmente importantes, los eventos traumáticos pueden dar lugar a preguntas sobre la naturaleza fundamental de la relación entre el creador y la humanidad. Los sobrevivientes pueden cuestionar su creencia en un Dios amoroso y todopoderoso, cuando los inocentes son objeto de victimización traumática. De esta manera, las experiencias

traumáticas pueden llegar a ser un punto de partida para la discusión de las muchas formas en que los sobrevivientes definen lo que es tener "fe".

La culpa y le daño moral

Además, en ciertos tipos de eventos traumáticos, como la guerra, una persona puede ser tanto víctima como perpetrador del trauma. Por ejemplo, un soldado durante su servicio en zona de guerra pudiera estar expuesto a la lesión y la muerte de los demás, ser herido a sí mismo y participar en la matanza del enemigo. También es posible que dos elementos centrales de la visión del mundo de una persona, por ejemplo, el patriotismo y la fe, estén en conflicto, creando dudas e incertidumbre sobre el curso de acción correcto. Estas experiencias a veces pueden conducir a preguntas espirituales y morales difíciles y de larga duración. El resultado puede ser la pérdida de la fe, el aumento de la culpa y la auto-culpa, el alejamiento de los demás y de Dios. Las personas pueden experimentar una desconexión entre las creencias con las que se criaron, sus expectativas sobre cómo sería el servicio militar y sus experiencias reales en la zona de guerra.

El duelo y la pérdida

El duelo y la pérdida pueden ser cuestiones importantes que los sobrevivientes deben afrontar después de las secuelas de trauma. En la sociedad de Estados Unidos, la espiritualidad se utiliza frecuentemente para hacer frente a la muerte y la pérdida traumática. Los investigadores observaron después de los ataques terroristas del 9/11 que el 90% de los encuestados informaron haber recurrido a "la oración, religión o sentimientos espirituales" como un mecanismo de defensa. En general, la investigación sugiere que hay una asociación positiva entre la espiritualidad y la recuperación del duelo para los

sobrevivientes de una pérdida traumática. Los investigadores sugieren que para muchos la espiritualidad proporciona un marco a través del cual los sobrevivientes pueden "dar sentido" a la pérdida. Además, los sobrevivientes pueden beneficiarse de las relaciones de apoyo a menudo proporcionados por las comunidades espirituales.

Sugerencias para los profesionales del cuidado pastoral

- **Aprenda sobre el trauma, TEPT y TSM**— Proporcionar orientación espiritual después de un evento traumático puede ser un reto. Los profesionales del cuidado pastoral deben estar al día con lo último en investigación y tratamientos para el trastorno de estrés postraumático y el trauma sexual militar. Esto incluye información sobre lo que es normal y los signos a observar que indican problemas más serios como trastorno de estrés postraumático y TSM. El estar bien informado acerca de los efectos del trauma permite a los proveedores brindar un mejor servicio a quienes buscan atención. Los profesionales del cuidado pastoral pueden derivar a aquellos que están lidiando con un trauma a un terapeuta que esté capacitado y comprenda el tratamiento de TEPT y TSM.
- **Colabore y refiera a los proveedores de atención de la salud mental**—Si alguien bajo el cuidado pastoral tiene una historia de exposición al trauma y parece que tiene problemas, tenga en cuenta que él o ella se debe referir a un proveedor de atención de la salud mental. Consulte dónde puede obtener ayuda para el trastorno de estrés postraumático y TSM.
<http://www.ptsd.va.gov/public/where-to-get-help.asp>. Es

especialmente importante obtener ayuda si el sobreviviente tiene tendencias suicidas.

Sugerencias para los profesionales de la salud mental

- **Evalúe las creencias y las necesidades espirituales**— En función de sus creencias, los supervivientes del trauma pueden beneficiarse al agregar una dimensión espiritual en su recuperación. Se ha sugerido una breve evaluación del impacto del trauma en la espiritualidad y el papel que la espiritualidad podría desempeñar en la recuperación después de desastres. Estas preguntas son probablemente un punto de partida útil para los sobrevivientes de otros tipos de trauma también.
 - ¿Está usted afiliado a una comunidad religiosa o espiritual?
 - ¿Se ve como una persona religiosa o espiritual? Si es así, ¿de qué manera?
 - ¿El evento traumático ha afectado su religiosidad y de ser así, de qué manera?
 - ¿Su religión o la espiritualidad ha estado involucrada en la manera en que ha hecho frente a este evento? Si es así, ¿de qué manera?
 - Los proveedores interesados en evaluar estos problemas de manera más sistemática pueden utilizar un breve cuestionario de medida de múltiples dominios de la religión y la espiritualidad que fue creado por el Instituto Nacional de Salud.

- **Colabore y refiera a los profesionales del cuidado pastoral**— La espiritualidad puede afectar a una serie de síntomas

importantes de TEPT y TSM. Los proveedores de atención de salud mental pueden consultar con un profesional del cuidado pastoral sobre las mejores formas de incorporar las creencias y prácticas espirituales de supervivencia en el tratamiento. Como alternativa, podría alentar al sobreviviente a que consulte directamente con un profesional del cuidado pastoral.

Para los clientes con trastorno de estrés postraumático y TSM, su espiritualidad podría afectar a cuestiones clínicas importantes, tales como:

- **El aislamiento y retraimiento social**— Definir la espiritualidad como una conexión con lo sagrado y alentar a los sobrevivientes de trauma a buscar comunidades saludables de apoyo puede contrarrestar directamente estos síntomas.
- **La culpa y la vergüenza**— Aunque no forma parte de los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático, la culpa y la vergüenza son reconocidos como problemas clínicos importantes. La espiritualidad puede dar lugar al auto-perdón y un énfasis en la compasión hacia uno mismo.
- **La ira y la irritabilidad**— Creencias y prácticas relacionadas con el perdón pueden hacer frente a la ira y actitudes hostiles crónicas que conducen al aislamiento social y las malas relaciones con los demás.
- **Híper vigilancia, ansiedad y excitación fisiológica**— Las prácticas espirituales dirigidas hacia el interior, tales

como la atención plena, la meditación y la oración pueden ayudar a reducir la hipervigilancia.

- **Acortar la perspectiva del futuro y la pérdida de interés en actividades**—El redescubrimiento del significado y propósito de la vida puede tener un enorme impacto en estos síntomas.

La investigación sugiere que para muchos sobrevivientes de trauma, la espiritualidad puede ser un recurso que puede asociarse con la resiliencia y recuperación. Sin embargo, para algunos, las circunstancias del trauma pueden llevar al cuestionamiento de creencias importantes y previamente sostenidas. Esto puede conducir a una lucha espiritual o incluso a la pérdida de la fe. Es importante ayudar a los profesionales a sentirse cómodos preguntando cómo la espiritualidad ha sido afectada por el trauma, qué papel juega la espiritualidad dentro del proceso de recuperación después del trauma y ayudar a conectar a la persona con los servicios espirituales apropiados.

10.11 Perspectiva espiritual cristiana

Las Escrituras enseñan cinco principios importantes sobre el trauma y el sufrimiento:

- Dios está presente y en control de nuestro sufrimiento.
- Dios es bueno y se preocupa por nosotros.
- El sufrimiento es una oportunidad para estar más cerca de Dios.
- Jesús entiende nuestro sufrimiento.
- Nuestra identidad, quiénes somos, no está definida por eventos traumáticos o sufrimiento, sino que se basa en Cristo.

Primero, Dios está presente y en control de nuestro sufrimiento. A menudo nos sentimos más alejados de Dios en tiempos de gran sufrimiento y dolor. Desde nuestra limitada perspectiva humana, el dolor y el sufrimiento parecen contrarios a nuestra idea de un Dios soberano. El sufrimiento no debe hacernos cuestionar la soberanía de Dios. Dios es soberano, a pesar de nuestras circunstancias. Él creó todas las cosas y controla todas las cosas. Dios está en control de nuestras circunstancias.

Segundo, Dios nos ama, y ese amor es evidente en nuestra historia redentora. Él es paciente y amable. Dios es realmente bueno y anhela estar en una relación cada vez más profunda con nosotros. En Santiago 1: 2, se nos dice que "consideremos todo gozo" cuando pasamos por tiempos difíciles. Debemos entender que las pruebas o los tiempos difíciles en nuestras vidas son oportunidades que Dios permite para reconocer nuestra necesidad de depender completamente de Él (Juan 15: 5).

La tercera verdad que estamos llamados a reconocer es que a través de nuestras pruebas y sufrimiento tenemos la oportunidad de acercarnos a Dios. Durante los tiempos fáciles, a menudo nos volvemos autosuficientes, olvidando nuestra necesidad de Dios. Es en los tiempos difíciles, cuando se prueba nuestra fe, que reconocemos nuestra necesidad de depender completamente de Él. Santiago nos dice que perseverar en los tiempos difíciles desarrolla una fe madura y completa (Santiago 1: 4). El sufrimiento es un proceso necesario del progreso. Acércate a Él durante los momentos difíciles y sométete al Espíritu Santo dentro de nosotros; Él se acerca a nosotros, y la intimidad de nuestra relación crece (Gálatas 4: 6).

Una cuarta verdad es que no adoramos a un Dios inaccesible.

Adoramos a un Dios que sabe lo que es ser humano. Jesús sabe lo que es sufrir. Sólo piense en la vida de Jesús por un momento. No vivió un sólo evento traumático durante su tiempo en la tierra: toda su vida estuvo llena de sufrimiento. Podemos consolarnos con el hecho de que Dios puede relacionarse con nosotros en nuestro nivel; Él entiende lo que es sufrir.

Finalmente, nuestra identidad se basa en Cristo. Dios no lo ve como una víctima. Él lo ve como su hijo. ¡Nos sentamos a la diestra del Padre! ¡Tenemos su justicia! No debemos permitir que la tragedia o las circunstancias definan quiénes somos o cómo vivimos. Tenemos Su propia vida dentro de nosotros y debemos elegir vivir de esa verdad.

La Iglesia puede ayudar, pero ¿cómo?

La Iglesia está en una posición estupenda para ayudar a los sobrevivientes de trauma a encontrar el camino de regreso a la comunidad. Simplemente no sabemos cómo.

Las iglesias deben ser:

- Lugares para crecer, sanar y cambiar.
- El lugar más seguro para ser nosotros mismos, sin importar lo que sea.
- El mejor lugar para recuperarse de una tragedia.
- Lugares que promueven "no juzgar" o menospreciar a los demás.

Las iglesias seguras:

- Proteger a los vulnerables.
- Se dan la bienvenida y se aceptan
- Peticiona la oración
- No usa habladurías

- Desalienta las camarillas (grupos cerrados)
- Considera el impacto de nuestras palabras

La seguridad suena como:

- "¿Le gustaría unirse a nosotros?"
- "Le creo".
- "Lamento lo que le pasó".
- Puede oírse como. . . silencio.

La seguridad NO suena como:

- "¿Qué llevaba puesto?"
- "Es un chico; probablemente le haya gustado".
- "¿Por qué no peleaste? ¿O corriste?"
- Cuidado con las trivialidades eclesíásticas

¿Cómo nos conectamos con personas que ni siquiera levantan la mano y piden ayuda?

Invite a las personas a espacios de sanación:

- Estudios bíblicos
- Ministerios de apoyo
- Talleres de trabajo
- Celebre la recuperación
- Reuniones NAMI
- Grupo de la alianza Grace

Recursos:

<https://www.traumainformedcare.chcs.org/>

<https://www.acesconnection.com/>

<https://www.helpguide.org/?s=trauma>

<https://store.samhsa.gov/system/files/sma15-4912.pdf>

<https://www.parentcenterhub.org/trauma-informed-care/>
<http://www.traumainformedcareproject.org/>
<http://www.yourlifeyourvoice.org/Pages/home.aspx>
<http://trauma-recovery.ca/1>
<https://www.emdr.com/what-is-emdr/>
<https://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/trauma-informed>
<https://mentalhealthgateway.org/>

Notas del Capítulo 10

Capítulo 11. La fe y la espiritualidad

11.1 Principios y valores en la salud mental y espiritual de las personas

La finalidad de este documento no busca que pastores o líderes de comunidades religiosas vengan a ser psicólogos, psiquiatras o profesionales del sistema de atención la salud mental del condado o sus agencias. Más bien es ayudarlos en su labor pastoral hacia aquellos que sufren de alguna enfermedad mental. También queremos hacer manifiesto a los profesionales de la salud mental los principios y valores espirituales que rigen en la consejería pastoral en una comunidad de fe.

La creciente necesidad de atención a personas con problemas de salud mental ha generado un diálogo entre aquellas entidades que trabajan en este campo y las comunidades de fe. En respuesta a este diálogo hemos elaborado este documento.

11.2 Principios fundamentales en la vida espiritual y la consejería bíblica

1. *El ser humano es una creación de Dios, hecho a imagen y semejanza de su creador.* El ser humano fue hecho con una capacidad mental y espiritual singular que lo distingue de cualquier otra criatura.
 - a. ²⁶ Entonces dijo Dios: "Hagamos al hombre a nuestra imagen, conforme a nuestra semejanza..."²⁷ Y creó Dios al

hombre a su imagen, a imagen de Dios lo creó; varón y hembra los creó. Génesis 1:26a, 27.

- b. ³¹ Y vio Dios todo cuanto había hecho, y era bueno en gran manera. Génesis 1:31.
 - c. ⁴ digo: "¿Qué es el hombre para que tengas de él memoria, y el hijo del hombre para que lo visites?". ⁵ Lo has hecho poco menor que los ángeles y lo coronaste de gloria y de honra. Salmos 8:4-5.
2. *El hombre falló en cumplir para lo cual fue creado.* Esto quiere decir en la cultura hispana con raíces en el cristianismo, que aunque el hombre y la mujer fueron creados a imagen y semejanza de Dios, en su desobediencia a Dios se alejaron de su creador, su relación de uno con el otro y con la creación se dañó y continúa deteriorándose hasta el día de hoy. Esto se dio en sus inicios en el contexto de una vida en la cual tenían todo y había perfecta armonía.
- a. ⁹ Pero Jehová Dios llamó al hombre y le preguntó: ¿Dónde estás? ¹⁰ Él respondió: *Oí tu voz en el huerto y tuve miedo, porque estaba desnudo; por eso me escondí.* Génesis 3:9-10.
 - b. ¹¹ Entonces Dios le preguntó: ¿Quién te enseñó que estabas desnudo? ¿Acaso has comido del árbol del cual yo te mandé que no comieras? ¹² El hombre le respondió: *La mujer que me diste por compañera me dio del árbol y yo comí.* ¹³ Entonces Jehová Dios dijo a la mujer: ¿Qué es lo

que has hecho? Ella respondió: *La serpiente me engañó y comí*. Génesis 3:11-13.

3. *Dios es soberano creador*. No importa lo que el hombre haga, Dios no cambia en su amor por su creación y por la humanidad en particular. Su amor no depende de las acciones del ser humano.
 - a. ¹⁶ "De tal manera amó Dios al mundo, que ha dado a su Hijo unigénito, para que todo aquel que en él cree no se pierda, sino que tenga vida eterna. Juan 3:16.
 - b. ³ Jehová se me manifestó hace ya mucho tiempo, diciendo: "Con amor eterno te he amado; por eso, te prolongué mi misericordia. Jeremías 31:3.
4. *Dios es amor*, y en su amor ha determinado rescatar a su creación humana. Esto se desarrolla desde los tiempos primitivos de la Creación para restaurar por amor la imagen suya en el ser humano. Este amor de Dios no depende de lo que el ser humano haga o deshaga, el amor de Dios es infinito, infalible, e inerrante.
 - a. ⁹ En toda angustia de ellos él fue angustiado, y el ángel de su faz los salvó; en su amor y en su clemencia los redimió, los trajo y los levantó todos los días de la antigüedad. Isaías 63:9.
 - b. ³ Confortará mi alma. Me guiará por sendas de justicia por amor de su nombre. Salmo 23:3.

- c. ³⁵ Porque yo ampararé a esta ciudad para salvarla, por amor a mí mismo. Isaías 37:35^a.

- 5. *Dios tiene un plan histórico de redención y restauración.* En este marco del plan Histórico de Dios de Salvación, tenemos que hablar de dos Adans, el viejo y el nuevo. El Viejo Adán, quien falló en obediencia y trajo con ello condenación y miseria a la raza humana, cuando vivía en su contexto de belleza y perfección. El segundo Adán con su obediencia trae redención y bienestar al ser humano, viviendo en un contexto de un Mundo ya en deterioro y caos.
 - a. ²² Así como en Adán todos mueren, también en Cristo todos serán vivificados. ⁴⁵ Así también está escrito: "Fue hecho el primer hombre, Adán, alma viviente"; el postrer Adán, espíritu que da vida. 1 Corintios 15:22, 45.

- 6. *Disciplinas espirituales.* La pastoral bíblica requiere disciplinas espirituales que son de gran beneficio para todos. La consejería pastoral bíblica como su nombre lo dice está fundamentada en la Biblia. De ahí sacamos las disciplinas. Cuando hablamos de estos principios espirituales y las disciplinas, tenemos que tomar en cuenta que nuestra sociedad en general busca soluciones a sus problemas de la manera fácil y práctica, pero sin un compromiso serio de fondo a estos principios y valores.
 - a. ¹¹ Es verdad que ninguna disciplina al presente parece ser causa de gozo, sino de tristeza; pero después da fruto apacible de justicia a los que por medio de ella han sido ejercitados. ¹² Por eso, levantad las manos caídas y las

rodillas paralizadas, ¹³ y haced sendas derechas para vuestros pies, para que lo cojo no se salga del camino, sino que sea sanado. Hebreos 12:11-13.

7. La salud mental y espiritual de cada persona es algo serio y no debe tomarse a la ligera, sino con la seriedad que esta merece, dedicándosele el tiempo necesario para su completa sanidad y restauración.
8. La persona con problema de salud mental debe ser tratada con la dignidad de alguien que lleva la imagen de Dios.
 - a. Jehová, tú me has examinado y conocido. ² Tú has conocido mi sentarme y mi levantarme. Has entendido desde lejos mis pensamientos. ³ Has escudriñado mi andar y mi reposo, y todos mis caminos te son conocidos, ⁴ pues aún no está la palabra en mi lengua y ya tú, Jehová, la sabes toda. ⁵ Detrás y delante me rodeaste, y sobre mí pusiste tu mano. ⁶ Tal conocimiento es demasiado maravilloso para mí; ¡alto es, no lo puedo comprender! ⁷ ¿A dónde me iré de tu espíritu? ¿Y a dónde huiré de tu presencia? ⁸ Si subiera a los cielos, allí estás tú; y si en el sol hiciera mi estrado, allí tú estás. ⁹ Si tomara las alas del alba y habitará en el extremo del mar, ¹⁰ aun allí me guiará tu mano y me asirá tu diestra. ¹¹ Si dijera: "Ciertamente las tinieblas me encubrirán", aun la noche resplandecerá alrededor de mí. ¹² Aun las tinieblas no encubren de ti, y la noche resplandece como el día; ¡lo mismo te son las tinieblas que la luz! ¹³ Tú formaste mis entrañas; me hiciste en el vientre de mi madre. ¹⁴ Te alabaré, porque

formidables y maravillosas son tus obras; estoy maravillado y mi alma lo sabe muy bien. ¹⁵ No fue encubierto de ti mi cuerpo, aunque en oculto fui formado y entretejido en lo más profundo de la tierra. ¹⁶ Mi embrión vieron tus ojos, y en tu libro estaban escritas todas aquellas cosas que fueron luego formadas, sin faltar ni una de ellas. ¹⁷ ¡Cuán preciosos, Dios me son tus pensamientos! ¡Cuán grande es la suma de ellos! Salmo 139:1-17.

9. La restauración total de una persona mentalmente enferma es de interés divino y debe serlo de la comunidad cristiana.
 - a. “Más que nunca, pienso en el don que tienen las personas con alguna discapacidad o enfermedad mental para crear tal comunidad. Su debilidad es la fuerza de Dios; su dependencia es la invitación de Dios a crear vínculos de amor y sostén; su pobreza es una de las formas en que Dios nos acerca las bienaventuranzas del Reino.” Henry Nouwen, “The Gulf between East and West”, New Oxford Review May 1994.
10. Como una comunidad de Fe en un Dios que ha hablado de diferentes maneras a través de la historia, creemos que La Biblia es la regla de Fe y conducta para nuestro diario vivir.
11. La Biblia es un libro rico en ejemplos reales, de las cuales podemos aprender para ayudar aquellos con problemas de salud mental o de conducta.

- a. El Rey Saúl y sus arrebatos de Ira.
- b. Zaqueo y la Autoestima.
- c. Caín y Abel, y la Violencia en la familia.

11.3 Valores fundamentales en la vida espiritual y la consejería bíblica

En la consejería bíblica pastoral a personas con enfermedades mentales se busca ayudarles a fortalecer los siguientes valores en su vida personal, familiar y social, las cuales serán claves en la forma que ellos enfrentan su enfermedad.

Amor, El amor que existía antes de que cualquier amor humano nos tocara, es el amor de Dios. Este amor de Dios es evidente en los textos sagrados. Es un amor incondicional. El saber que somos aceptados tal y como somos, por un Dios amoroso, puede sanar nuestros quebrantos y liberarnos para vivir nuestras vidas con mayor plenitud. Las personas con trastornos mentales están tan absortas en los síntomas de su enfermedad, que comúnmente sienten una gran culpa y vergüenza, y se sienten poco merecedores del amor de Dios. Quienes convivimos con ellos, ya sea que seamos sus familiares, sus amigos, o sus líderes espirituales, podemos ser instrumentos de este amor incondicional de Dios, brindando consuelo a estas personas y asegurándoles que no se encuentran solos en los momentos de oscuridad personal que experimentan.

Y si tuviese toda profecía y entendiese todos los misterios y toda ciencia, y si tuviese toda la fe, de tal manera que trasladase los montes, y no tengo amor nada soy. 1 Corintios 13:2.

dice: Y ahora permanecen la fe, la esperanza y el amor, estos tres; pero el mayor de ellos es el amor. 1 Corintios 13:13.

Fe, ¡La fe en Dios nos llena de esperanza! La Fe en un Dios que viene a redimirnos nos ayuda a ver hacia el futuro con un carácter firme. Es pues la certeza de lo que se espera, la convicción de lo que no se ve. Heb 11:1.

Esperanza,¹³ Y el Dios de la esperanza os llene de todo gozo y paz en la fe, para que abundéis en esperanza por el poder del Espíritu Santo. Romanos 15:13. ⁵ En Dios solamente reposa mi alma, porque de él viene mi esperanza. Salmo 62:5. ⁵ porque tú, Señor Jehová, eres mi esperanza, seguridad mía desde mi juventud. Salmo 71:5. ³ Y no solo esto, sino que también nos gloriamos en las tribulaciones, sabiendo que la tribulación produce paciencia; ⁴ y la paciencia, prueba; y la prueba, esperanza; ⁵ y la esperanza no nos defrauda, porque el amor de Dios ha sido derramado en nuestros corazones por el Espíritu Santo que nos fue dado. Romanos 5:3-5.

Gozo, La esperanza capacita al creyente para poder alegrarse en medio del sufrimiento. No estén tristes, pues el gozo del Señor es nuestra fortaleza. Nehemías 8:10.

Paz, La Paz es esencial en nuestra vida diaria. Una Paz verdadera es la que inicia cuando Dios está en Paz con nosotros. San Agustín decía, “nos hallamos a nosotros mismos hasta que no nos encontramos con nuestro Creador”. Ese encuentro con nuestro Dios nos guía a una reconciliación con los que nos rodean. El concepto de Paz es el Shalom que incluye esos rasgos de bienestar y plenitud, vivir y disfrutar una paz interior que se

manifiesta en nuestra vida. *Mi paz os dejo, mi paz os doy*, no como el mundo la da. No se turbe vuestro corazón ni tenga miedo. Juan 14:27.

Paciencia, La carta a los Hebreos dice, “Esta esperanza mantiene firme y segura a nuestra alma, igual que el ancla mantiene firme al barco” (Heb. 6,19). La esperanza no es lineal, algo que sólo podemos esperar que suceda en el futuro. La esperanza no es simplemente un pensamiento positivo de que las cosas van a salir bien. La esperanza no es un escape. No está vinculada a ninguna doctrina religiosa o dogma, pero surge de los más profundo de nuestro ser.

El escuchar las historias de triunfo de nuestra tradición de fe, o historias de personas de la vida real que han perseverado a pesar de sus luchas personales, nos puede dar esperanza. Podemos compararlas con nuestros tiempos oscuros y constatar que nosotros también hemos perseverado. Esto nos dará esperanza cuando enfrentemos una nueva crisis. Louisa May Alcott lo describe así: “No tengo miedo a las tormentas, porque he ido aprendiendo a navegar mi barco”.

Un rol muy particular que pueden desempeñar las comunidades de fe es el de ser recipientes de esperanza para todos aquellos que se encuentran atribulados. Estas comunidades nos pueden recordar que Dios no se rinde ni nos abandona. Es el contar con el amor y el apoyo de otras personas lo que nos da la fuerza para no claudicar, aun cuando el futuro luce sombrío.

La esperanza está fundamentada en el amor inquebrantable de Dios, que ha estado a nuestro lado en el pasado, está actuando en el presente, y seguirá actuando con nosotros en el futuro. Dios se hace presente ahí donde está nuestro dolor, y hacer brotar desde ahí nuestra transformación. Creer en el futuro con esperanza, puede ser una decisión consciente de fe, viviendo cada día en una actitud de expectación positiva sobre lo que vendrá.

Mansedumbre, La mansedumbre no implica debilidad. Aun mas, la mansedumbre es el hogar de una fuerza tranquila que confunde a los que la consideran una debilidad. Bienaventurados los mansos, porque ellos recibirán la tierra por heredad. Mateo 5:5.

Templanza, ¡El alcanzar una madurez que nos ayude a ser ecuanímes cuando se requiere templanza! No es fácil, pero sigamos esa frase romana antigua, “la perseverancia romana nunca firmaría la paz con la derrota”. Porque no nos ha dado un espíritu de Temor, sino de Poder, Amor y *Dominio propio*. 2 Timoteo 1:7.

11.4 Las diferencias de roles entre la consejería pastoral y los principios y valores de la terapia

La consejería pastoral es un término que tiene significados diferentes dependiendo de su contexto. Muchos lo consideran la guía espiritual o bíblica que ofrece el pastor de una iglesia, principalmente para los miembros de la congregación, pero también, a veces, a miembros que no son de la iglesia pero que buscan ayuda espiritual durante periodos de crisis o incertidumbre. En este contexto específico, la consejería pastoral es una parte habitual y muy frecuente del trabajo – por

ejemplo, parte de “cuidar a su rebaño” – de cualquier miembro del clero. No obstante, como regla general este tipo de “terapia” pastoral no debe de ser interpretado como psicoterapia formal ni como asesoramiento sobre la salud mental.

La consejería pastoral también se refiere a una forma especializada de psicoterapia o terapia que ofrecen los profesionales de la salud mental con licencia y con capacitación formal en la orientación pastoral (que es el objetivo principal de este artículo). Además de su formación en psicología u otra disciplina correspondiente, estos consejeros profesionales están capacitados profundamente en formación de posgrado en la teología y la religión.

Esto les permite tratar las cuestiones psicoespirituales, así como también los problemas de salud mental, con lo que muchas personas luchan. También les da una calificación y una perspectiva única que muchos consejeros y terapeutas seculares carecen.

Aunque los términos “consejería pastoral” y “psicoterapia pastoral” se usan indistintamente, algunos prefieren establecer una distinción entre los dos. Esto se debe principalmente al hecho que la consejería, como regla general, es usualmente un método de corto plazo enfocado en las soluciones para abordar un problema. Por otra parte, la psicoterapia normalmente implica una relación más profunda y prolongada entre el terapeuta y su cliente. (Esta distinción no pretende disminuir ninguno de los términos, ni que uno sea superior o más importante que el otro.)

En muchos sentidos, la consejería pastoral es muy similar a los métodos de consejería tradicional y secular que se usan en la psicoterapia. Sin embargo, hay varias cosas que lo distinguen y que lo hacen único en su propio derecho.

Éstos incluyen:

- La gran mayoría de consejeros pastorales creen en el Dios de la Biblia o algún otro poder superior / divino.
- Los temas espirituales, la fe y las creencias personales desempeñan un papel destacado en el proceso de asesoramiento; los consejeros pastorales ayudan a utilizar las creencias para resolver y/o superar los retos de la vida.
- Los consejeros pastorales tienen una sólida formación en la teología u otras disciplinas relacionadas, y están capacitados para manejar asuntos relacionados con la fe y la espiritualidad.

La consejería pastoral difiere de otras formas de terapia y asesoramiento en otras maneras significativas. Por ejemplo, no es raro que los consejeros pastorales fomenten la oración y la utilicen durante la sesión en una manera terapéutica (dependiendo del cliente). También pueden animar a sus clientes a establecer una conexión (o fortalecer la que ya tienen) con su comunidad religiosa. Cabe señalar que el papel del consejero pastoral no incluye la predicación, ni juzgar, ni avergonzar, ni culpar (por ejemplo, “estás sufriendo porque has pecado” o “Dios te está castigando”), ni faltar al respeto a las creencias de su cliente. Al igual que cualquier otro terapeuta y consejero de salud mental, se espera que ellos creen un ambiente seguro y comprensivo para sus clientes; uno que incluya el apoyo verdadero, la empatía, la compasión y la sensibilidad a las necesidades y preocupaciones de sus clientes.

11.5 Ventajas de asistir a una comunidad de fe

Las comunidades de fe tienen en su centro de creencias y valores; El Amor, la Fe y la Esperanza. Estos tres valores son esenciales y fundamentales en la vida de la comunidad. Se distinguen por tener un sentido de familia. Ellos se preocupan por los demás, teniendo cuidado de uno a otro y animándonos unos a otros.

Y él respondió: "Amarás al Señor tu Dios con todo tu corazón y con toda tu alma y con todas tus fuerzas y con toda tu mente, y a tu prójimo como a ti mismo." Lucas 10:27

Un lugar en el que una persona con bajo estado de ánimo, encuentra una razón de ser y continuar con fuerza y entusiasmo. Donde la viuda, el huérfano y los extranjeros encuentran un hogar cálido. Un lugar para aquellos que están cansados y que buscan un descanso estimulante y tonificante.

Los que somos fuertes debemos soportar las flaquezas de los débiles, y no agradarnos a nosotros mismos. "Cada uno de nosotros agrade a su prójimo para el bien, para edificación". Romanos 15: 1-2.

Un lugar donde está la empatía con los otros. Se sufre con los que sufren y se alegran con los que se gozan. Es uno de los más bellos llamados de Dios, estar ahí para los demás.

"Alégrense con los que se gozan; llorad con los que lloran". Romanos 12:15.

Con las expresiones regulares de amor, como ser comunidades inclusivas, lo que significa que los que asisten son bienvenidos e invitados a una comunión en el Señor.

A través de sus diversos ministerios / grupos de niños, jóvenes, mujeres, hombres, están invitados a formar parte de la familia de Dios y caminar juntos con Él. En este camino de Dios con las personas comunes y corrientes, Dios hace cosas extraordinarias e impactantes.

La mayoría de estas comunidades ofrecen diversas actividades tales como retiros, clases de escuela dominical, grupos de estudio de la Biblia, talleres, etc., para cada edad o grupo de personas. Cada una de estas actividades están dirigidas a fortalecer la fe, la esperanza y el amor de sus miembros y simpatizantes.

“Y consideremos cómo estimularnos unos a otros al amor y a las buenas obras” Hebreos 10:24.

Las iglesias pequeñas son importantes en el sentido de las manifestaciones y los lazos de amor que son muy fuertes, hay una comunión más fuerte. Las iglesias grandes tienen probablemente más servicios y mayor diversidad. En las iglesias grandes hay departamentos de servicios de asesoramiento bíblicos e incluso en algunos casos que tienen sus propios terapeutas profesionales acreditados por el estado. La comunidad de fe es una comunidad terapéutica, una recuperación de la comunidad, la comunidad restauradora.

La espiritualidad no es un asunto personal, sino que tiene su realización en la comunidad de Dios. Esto va en contra de la tendencia actual, donde un creciente individualismo egoísta desprecia la vida comunitaria y se sumerge en una soledad peligrosa a un ritmo de vida carente de los valores familiares y morales, al involucrarse en decepciones, frustraciones, reveses de la vida y otras situaciones adversas, no tiene amortiguamiento en su caída. Por lo tanto, la

importancia de vivir en una comunidad de fe es esencial para cada persona. Debemos encontrar una comunidad de Fe cerca de la casa de la persona que lo necesita.

Pregunta por los ministerios que esta comunidad tiene. En caso de que no tengan un ministerio de interés para la persona, busque en otra comunidad de fe que no está lejos de casa.

“Porque habéis sido llamados a la libertad, hermanos.

Solamente que no uséis la libertad como ocasión para la carne, sino servíos por amor los unos a los otros” Gálatas 5:13

Notas del Capítulo 11

Capítulo 12. El uso de la fe y la espiritualidad como parte de la recuperación

12.1 El uso de la fe y la espiritualidad como parte de la recuperación

La comunidad cristiana tiene un papel muy importante en el proceso de la recuperación para la persona y para las familias. El apoyo de la fe puede ayudar a la gente a experimentar la vida abundante ofrecida por Cristo.

El contenido de este capítulo:

- 1) ¿Porque la enfermedad mental no es solamente una cuestión del espíritu?
- 2) Respuesta apropiada de las iglesias.
- 3) ¿Dónde está Dios en el proceso?
- 4) Brindar apoyo espiritual.

12.2 ¿Por qué la enfermedad mental no es solamente una cuestión de espíritu?

La enfermedad mental afecta el cuerpo, la mente y el espíritu (Mateo 22:37- Ama el Señor tu Dios con todo tu corazón, con todo tu ser y toda tu mente”).

Según la Biblia, toda la humanidad es distinta del resto de la creación, incluyendo los animales, en el sentido de que el ser humano se ha hecho a la imagen de Dios. Como Dios es un tripartito -- Padre, Hijo, y el Espíritu Santo – así también el hombre es tripartito – cuerpo, alma, y espíritu.

El hombre está hecho de materia física, el cuerpo, que se puede ver y tocar. Pero el hombre está también hecho de aspectos intangibles – lo que incluye el alma, el espíritu, la mente, las emociones, la conciencia, etc. Estas características sin materia existen más allá de la vida física del cuerpo humano y son, por lo tanto, eternas.

*Estos aspectos intangibles– el espíritu, el alma, el corazón, la mente y las emociones – son los aspectos que hacen la personalidad completa. La Biblia lo hace claro, que el alma y el espíritu son los elementos primarios intangibles de la humanidad, mientras que el cuerpo es el recipiente físico que los contiene sobre esta tierra.*²¹

La enfermedad mental es una condición médica compleja que se presenta con una variedad de síntomas que impiden que una persona funcione normalmente. La enfermedad mental afecta el cuerpo, la mente y el espíritu. Abordar y tratar las enfermedades mentales desde esta comprensión holística ha demostrado ser la manera más efectiva para ayudar la gente a recuperarse.

Hasta el 80% de la gente tratada por depresión muestran una mejora en sus síntomas, generalmente dentro de las cuatro a seis semanas posteriores al inicio de un tratamiento médico, de psicoterapia, y/o participación en grupos de apoyo. (Instituto Nacional de la Sanidad, 1998).

El cuerpo

Hay un componente fisiológico de la enfermedad que afecta al cerebro, un órgano del cuerpo. Al igual que la diabetes, que resulta cuando el páncreas no funciona como debe, la enfermedad mental es una función

²¹ <http://www1.cbn.com/questions/what-are-the-three-parts-of-man>

del cerebro que resulta cuando el cerebro no funciona como debe. Debido al hecho de que el cerebro es un órgano, necesita tratamiento físico, lo que incluye: medicamentos, nutrición, ejercicio, sueño y descanso adecuados, así como relajación.

¿Es apropiado que los cristianos tomen medicamentos psicotrópicos?

Es interesante anotar que el uso de medicamentos psicotrópicos se disputa bastante entre los líderes cristianos, mientras los medicamentos para cualquier cantidad de otras enfermedades y condiciones no se disputan.

Aunque va en contra de una creencia popular, las pastillas antidepresivas no son “pastillas de la felicidad.” Si una persona que no sufre de depresión tomara antidepresivos, esta persona no se sentiría más feliz en seis semanas. Al contrario, ellos sufrirían muchos de los efectos negativos del medicamento: náuseas, temblores, boca seca, cansancio, falta de energía sexual, aumento de peso, insomnio, etc.

Ahora, veamos lo que pasa en el cuerpo de alguien que tiene diabetes, comparado con alguien que tiene una enfermedad mental.

Cuando una persona tiene diabetes, el cuerpo no hace suficiente insulina o no puede utilizar su propia insulina como debería. Esto causa un aumento de azúcar en la sangre. La diabetes puede causar complicaciones de salud graves, como enfermedades de corazón, ceguera, insuficiencia renal y amputaciones de las extremidades inferiores.

Cuando alguien tiene una enfermedad mental, la base biológica es una reducción en los niveles de neurotransmisores como la serotonina, la norepinefrina, y/o la dopamina en el sistema nervioso central.

Los antidepresivos pueden aumentar la concentración de varios neurotransmisores en el cerebro.

Los antipsicóticos pueden alterar el efecto de ciertas sustancias químicas en el cerebro, llamadas dopamina, serotonina, noradrenalina y acetilcolina. Estos productos químicos tienen el efecto de cambiar el comportamiento, el humor y las emociones de la persona. La dopamina es la principal sustancia química sobre la que tienen efecto estos medicamentos.

Las enfermedades mentales no tratadas pueden tener consecuencias devastadoras no solo en la vida del paciente, sino también en la vida de sus familiares y amigos.

La mente

La mente también se ve afectada cuando alguien lucha con un trastorno mental, que se puede experimentar como una batalla terrible y psicológica entre la realidad y los pensamientos negativos que pueden ser intolerables para la persona. Una falla en la función cognitiva y pensamientos distorsionados pueden llevar a comportamientos inusuales y/o problemáticos. Entre estos comportamientos están: el letargo, el aislamiento, cambio de humor extremo, el gasto excesivo de dinero y la hipersexualidad.

Patrones de pensamiento distorsionados identificados por el Dr. David Burns (distorsiones cognitivas):

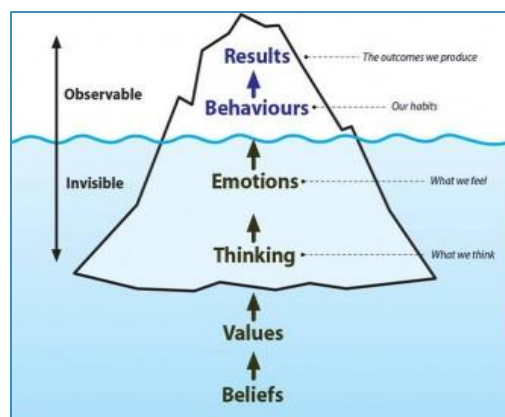
1. **Pensamientos de todo-o-nada:** Uno ve los eventos de la vida en términos blanco o negro. Si su desempeño en el trabajo no llega a ser perfecto, se ve a sí mismo como un fracaso total.

2. **Sobregeneralización.** Uno ve un solo evento negativo como un modelo destinado a repetirse sin fin.
3. **Filtro Mental.** Uno se enfoca en una derrota y se concentra en esa exclusivamente, así que la vista de la realidad se convierte en algo muy oscuro, como la gota de tinta que colorea todo el vaso de agua.
4. **Descalificar lo positivo.** La persona descarta las experiencias positivas insistiendo en que “no cuentan para nada” por una razón u otra. De esta manera, la persona puede mantener una creencia negativa que se contradice con sus experiencias cotidianas.
5. **Saltar a conclusiones.** Uno hace una interpretación negativa, aunque no hay hechos definitivos para apoyar esta conclusión.
6. **Leer la mente de los demás.** Uno decide arbitrariamente que alguien está reaccionando de forma negativa hacia él y no se molesta en verificar su idea irracional.
7. **El error del adivino.** La persona anticipa que los eventos van a terminar mal, con la certeza que la predicción es un hecho ya establecido.
8. **Magnificación (catastrofización) o minimización.** Uno exagera la importancia de algo (por ejemplo, un error que él ha hecho, o un logro de otra persona), o la persona minimiza ciertos eventos hasta que aparezcan triviales (por ejemplo, tus propias

cualidades positivas o las imperfecciones de otra persona). A esto también se le llama el “truco binocular.”

9. **Racionalización emocional.** Uno asume que sus emociones negativas reflejan necesariamente cómo son las cosas en la realidad: “Es lo que yo siento, por lo tanto, debe ser verdad.”
10. **Los “Deberías.”** Uno trata de motivarse con dichos que empiezan con “Yo debería. . .” o “Yo no debería. . .” Por ejemplo, “Yo debería ser castigado” por algo que quizás uno ni siquiera ha hecho todavía. Los “Debos” también presentan problemas, por ejemplo: “Debo hacer esto” o “No debo hacer lo otro.” La consecuencia emocional de todo esto es la sensación de culpabilidad. Y cuando uno dirige tales declaraciones a los demás, se siente enojo, frustración y resentimiento.
11. **Etiquetar o etiquetar incorrectamente.** Esto es una forma extrema de generalizar en exceso. En vez de describir un error que uno hace, la persona se “etiqueta” o se nombra algo negativo, por ejemplo: “Soy un perdedor total.” Cuando el comportamiento de otra persona lo afecta negativamente, le pone una etiqueta negativa, es “Un estúpido.” Etiquetar incorrectamente quiere decir que la persona describe un evento con palabras muy “coloreadas” y llenas de emoción.
12. **Personalización.** Uno se ve como la causa de algún evento externo negativo, cuando, de hecho, uno no es la persona responsable.

La combinación de psicoterapia y medicamentos producen los mejores resultados para quienes sufren de enfermedad mental. El diagrama (en este documento) ilustra el procesamiento y el resultado del mismo. En la raíz de nuestros pensamientos se encuentran creencias y valores establecidos a una edad muy temprana. Están arraigados en nuestra familia de origen, cultura y entorno. Cada pensamiento que tenemos se filtra a través de nuestras creencias y valores fundamentales. A su vez, nuestros pensamientos impulsan nuestras emociones y nuestras emociones impulsan nuestro comportamiento.



El espíritu

Aunque los desórdenes mentales no son el resultado de una falla espiritual, el espíritu de una persona se ve profundamente afectado por la enfermedad. Un concepto distorsionado de quien es Dios puede llevar a una crisis de fe, mientras que la lucha constante con pensamientos negativos puede llevar a un agotamiento espiritual.

Los pensamientos negativos forman lo que uno cree de Dios y la persona con una enfermedad mental empieza a creer que la enfermedad es culpa suya, o que Dios debe estar enojado con él/ella. El poder asegurarse de que Dios esté presente para ellos y que el pecado no sea la causa de enfermedad mental (igual que no es la causa de cáncer o de problemas del corazón) es esencial en el proceso de ayudar a una persona encontrar el camino a la recuperación.

¡La Biblia tiene mucho que decir sobre nuestra salud mental!

- Filipenses 4:8 se refiere frecuentemente como la receta de Dios para la buena salud mental. “Por último, hermanos, consideren bien todo lo verdadero, todo lo respetable, todo lo justo, todo lo puro, todo lo amable, todo lo digno de admiración, en fin, todo lo que sea excelente o merezca elogio.”
- 2 Corintios 10:5 “Destruimos argumentos y toda altivez que se levanta contra el conocimiento de Dios, y llevamos cautivo todo pensamiento para que se someta a Cristo.”

La verdad es, que la mayoría de la gente no piensa nunca en sus pensamientos. La manera en que decidimos pensar y las cosas que decidimos creer, afectan profundamente la calidad de nuestra vida aquí en esta tierra. Cuando alguien está sufriendo de enfermedad mental, el órgano que procesa los pensamientos no está funcionando correctamente. Habiendo sido creados en la imagen de Dios, Dios nos ha dado habilidad creativa. Esa habilidad incluye el desarrollo de tratamientos médicos para afectar la sanidad de nuestros cuerpos enfermos.

12.3 La analogía de la computadora

La mente del ser humano es una supercomputadora: compleja, bio-eléctrica, intrincada. Es igual a una computadora, nuestras mentes tienen el hardware y el software.

El hardware es el componente físico, la estructura. La computadora incluye el disco duro, la tarjeta de video, la tarjeta de red, el procesador,

etc. En nuestra computadora mental, el disco duro es el cerebro, con todos sus mil millones de neuronas y neurotransmisores.

El software de una computadora incluye su sistema operacional (una estructura de reglas que dirige su funcionamiento) y otros programas instalados para hacer una variedad de tareas. El sistema operacional del cerebro humano se instala durante la infancia y se actualiza constantemente. La programación incluye: lenguaje, creencias, valores, moral y entendimiento espiritual.

Las computadoras tienen el hardware y el software, pero no pueden funcionar sin un recurso de energía. Para el cerebro, la sangre es la fuente de energía que trae la sustancia nutritiva y que se lleva los desechos. Para los cristianos, el Espíritu Santo es el flujo de energía que ayuda a reparar cualquier falla en el software de nuestra mente inculcando la verdad, corrigiendo malentendidos y actualizado con esperanza.

12.4 La respuesta apropiada de la Iglesia

Hay varios estudios que muestran que el primer lugar donde mucha gente con problemas de salud mental va por ayuda no es: un familiar, un amigo, un compañero de trabajo o un profesional médico, sino a un pastor o un sacerdote. Y con demasiada frecuencia, en lugar de recibir consuelo y apoyo, lo que encuentran es juicio negativo, vergüenza y la incompreensión.

Jesús nos dio un modelo de ponerse del lado de la persona que sufre, amándolos tal como eran. El modelo que nos dio Jesús es uno de compasión, gracia, piedad; no de juicio.

¿Qué pasaría si en lugar de juicio y vergüenza, las personas con enfermedades mentales pudieran encontrar apoyo y aliento? Las personas podrían dejar de esconderse en su vergüenza y salir a la luz para buscar tratamiento y recuperarse. Uno de los sufrimientos más profundos de las personas con problemas mentales, es que creen que no son amados. ¿Imagínese el cambio y la curación que podrían ocurrir si encontraran el amor y la gracia de Dios?

Cuando encuentran el camino a la recuperación rodeados por la gracia de Dios no solamente se podrán curar sino también su curación incluirá la capacidad de ayudar a otras personas que están en el mismo camino. Tendrán el deseo de ayudar, apoyar y amar con la ayuda, el apoyo y el amor que se les mostró, como está ilustrado en 2 Cor. 1:2-3 “Gracia y paz a vosotros, de Dios nuestro Padre y del Señor Jesucristo. Bendito sea el Dios y Padre de nuestro Señor Jesucristo, Padre de misericordias y Dios de toda consolación”

El papel de la comunidad de fe es apoyar a la gente con enfermedad mental, no de “repararlos.” Poder proveer apoyo y estructura ayudara a esta gente a recuperar sus vidas y reconstruir sus familias.

¿Dónde está Dios en ese proceso para ellos?

Los que luchan con enfermedades mentales muchas veces no ven a Dios como el Padre que ama, apoya y, en última instancia, como la fuente de curación que desean. Lo que piensen acerca de lo que Dios siente por ellos y su enfermedad mental tendrá un efecto directo en la forma en que integren su fe en el proceso de recuperación. Ver a Dios como un Dios de perdón es clave.

Si ven a Dios a favor de ellos y no contra ellos – como un Padre lleno de amor para ellos y no un castigador, podrán integrar la gracia de Dios en su proceso de recuperación.

La Biblia es la verdad de Dios, una herramienta poderosa para la recuperación; sin embargo, cuando uno está trabajando con alguien con una enfermedad mental, es importante siempre recordar que su enfermedad distorsiona sus pensamientos. Por lo tanto, utilizar Las Escrituras de amor, esperanza y consuelo permitirá conectarse con ellos al nivel del corazón.

Por ejemplo:

- Juan 16:33 “Yo les he dicho estas cosas para que en mí hallen paz. En este mundo afrontarán aflicciones, pero ¡anímense! Yo he vencido al mundo.”
- Salmo 34:8 “Prueben y vean que el SEÑOR es bueno; dichosos los que en Él se refugian.”
- Mateo 11:28 “Vengan a mí todos ustedes que están cansados y agobiados, y yo les daré descanso.”
- Salmo 46:1 “Dios es nuestro amparo y nuestra fortaleza, nuestra ayuda segura en momentos de angustia.”

Notas del Capítulo 12

[illegible]

Capítulo 13. Ayudar a las familias a encontrar fortaleza y esperanza

Introducción

Cuando alguien vive con una enfermedad mental, toda la familia es afectada.

Los objetivos educativos para este capítulo son:

- 1) Explorar cómo la enfermedad mental afecta a los miembros de la familia.
- 2) Educar a familiares y amigos sobre la enfermedad mental.
- 3) Ayuda dentro de la Iglesia.
- 4) Conectar a las familias con los recursos de la comunidad.

13.1 El impacto de la enfermedad mental sobre los miembros de la familia

Se ha dicho que la enfermedad no es un diagnóstico individual sino un diagnóstico de familia.

El estrés crónico que los miembros de una familia experimentan, además de las demandas prácticas del cuidar a su pariente, impactan sus vidas cotidianas, su salud, sus relaciones sociales y familiares, su trabajo y su situación financiera. Los miembros de la familia frecuentemente tienen vergüenza y/o han sufrido mucho por el comportamiento difícil a veces incomprensible de la persona enferma. Mucha gente se siente enojada también con las circunstancias y aun con la persona que ha estado diagnosticada.

La enfermedad mental altera la dinámica de la familia, esto pasa muy a menudo. El efecto del cambio que pasa en la familia tiene dos aspectos, emocional y práctico. El costo emocional incluye una verdadera montaña rusa de emociones como vergüenza, culpabilidad, aislamiento, ira y pena. Las consecuencias son también prácticas cuando un miembro de la familia se convierte en cuidador, aunque sea solamente tiempo parcial. La relación que sea: padre, esposo, hermano o hijo—está cambiada por la enfermedad.

Los padres frecuentemente luchan con sentimientos de culpabilidad, porque se echan la culpa por la enfermedad de su hijo. En los niños más pequeños, la mayoría de las personas no comprenden bien las enfermedades mentales y personas fuera de la familia pueden pensar que los padres de un niño con enfermedad mental son simplemente malos padres, indisciplinados, etc. Los juicios indirectos pueden hacerse cuando la gente quiere encontrar o echar la culpa a alguien por el comportamiento inusual o extraño de un niño.

Cuando el hijo tiene más de 18 años, el sistema social se resiste a involucrar a los padres en el proceso de recuperación. A medida que el niño con enfermedad mental exige más atención de los padres, estos padres también tienen que reconocer como el problema afecta a los otros miembros de la familia y ocuparse de sus otros hijos. Se preguntan si su hijo va a poder conseguir trabajo un día, vivir solo o casarse. En un modo de supervivencia constante, los padres sufren por la pérdida de las esperanzas y sueños que tenían para su hijo, así como sus propios sueños para la vida después de los hijos, la futura jubilación (frecuentemente comprometida por este problema en la familia) y la experiencia de ser abuelos.

Los esposos experimentan la pérdida de su compañero de matrimonio, porque los síntomas de la enfermedad cambian profundamente la persona que aman, hasta el alma. Las consecuencias pueden incluir: problemas financieros, pérdida de trabajo, distancia sexual y aislamiento social. Encuentran que están manejando varios papeles, muchas veces están funcionando como padre soltero, lo que lleva a agotamiento físico y un estado emocional muy reducido. El resentimiento crece dentro de la incertidumbre constante. En el medio de todo este caos, siguen sufriendo por la pérdida de cómo imaginaban sería su futuro juntos como una pareja.

Los hermanos de la persona enferma se encuentran confundidos, enojados, tristes, con miedo y estrés. El cambio de comportamiento de sus hermanos o hermanas los avergüenza mientras también tienen miedo por su propio bienestar. Celosos por toda la atención que recibe su hermano enfermo, su resentimiento crece por el hecho de que su familia no se parece a otras familias. Y encima de todo esto, viven con el miedo de que ellos también pueden algún día tener una enfermedad mental.

Los niños experimentan una variedad de reacciones y emociones, cuando un padre u otro familiar tiene un diagnóstico de enfermedad mental. El miedo y la confusión sobre cambios que no entienden son lo que experimentan más que todo. Se sienten aislados y solos. La comunicación es vital, y es importante que los niños tengan el permiso y la libertad de poder hablar de sus emociones...y también saber que sus sentimientos son normales.

El vivir dentro de una familia, donde uno o mas miembros viven con una enfermedad mental tendrá un efecto de largo plazo sobre esta

gente. Si se maneja bien, la familia se une para enfrentar la enfermedad. Las consecuencias positivas pueden llevar a una situación en que la familia – y las personas – descubren sus fuerzas únicas. Algunos de los resultados pueden ser: un buen sentido de autosuficiencia, una actitud de no-juicio y más compasión y cuidado para los demás.

Los hijos adultos nos reportan que, teniendo que vivir con un padre que tiene enfermedad mental ha hecho que se convirtieran en mejores personas, en personas más fuertes. Su experiencia, viviendo con un padre con enfermedad mental, les ha ayudado a desarrollar más empatía y compasión, más tolerancia y comprensión, actitudes más saludables, y una mejor apreciación para la vida.

13.2 Educando las familias sobre la enfermedad mental²²

Los miembros de una familia pueden ser un recurso invaluable para las personas que tienen enfermedades mentales graves.

Educarlos sobre las enfermedades mentales mejorará sus habilidades para manejar y apoyar más efectivamente a la persona de la familia que sufre, durante su diagnóstico y su recuperación. ¿En qué otra enfermedad no se informa a la familia sobre como cuidar al enfermo?

“Cuando alguien es diagnosticado con una enfermedad mental crónica, como la diabetes o una enfermedad en el corazón, el doctor típicamente no solo se esfuerza por educar al enfermo acerca de su enfermedad, pero también a la familia acerca del cuidado y tratamiento que se debe

²² <https://www.nami.org/Learn-More/Fact-Sheet-Library>

de llevar. Históricamente este no ha sido el caso con severas enfermedades mentales”.

Como líder espiritual, usted puede empezar el proceso educacional consigo mismo y luego extenderlo a su congregación, a través de sus sermones, estudios bíblicos y grupos de apoyo.

Busque oportunidades para invitar a oradores que han tenido experiencia con enfermedades mentales y la recuperación de ella. Planifique seminarios o cursos para educar a los miembros de su congregación sobre los varios aspectos de la enfermedad mental.

Las escuelas secundarias y preparatorias se enfrentan a una crisis de salud mental en un nivel nunca antes visto. Involucre a los jóvenes y trate de crear un ambiente de transparencia, donde los estudiantes puedan expresar sus emociones libremente, sin tener miedo de vergüenza o juicio.

Reconozca los 10 síntomas más comunes de advertencia

1. La persona se siente muy triste y aislado por más de dos semanas.
2. La persona hace un intento serio por dañarse a sí mismo, matarse o hace planes para hacerlo.
3. Comportamiento extremo, fuera de control y arriesgado.
4. La persona experimenta miedo o pavor sin ninguna razón obvia o comprensible.
5. La persona no come, usa laxantes para perder peso, pierde o gana mucho peso en poco tiempo.
6. La persona ve, escucha o cree cosas que no son reales.

7. La persona utiliza la droga y/o el alcohol repetida y excesivamente.
8. Cambios drásticos en humor, comportamiento, personalidad y/o hábitos de sueño.
9. Dificultad severa en concentrarse o en la capacidad de quedarse tranquila; agitación extrema.
10. Miedo o preocupaciones intensos que interfieren con la capacidad de hacer actividades diarias.

Conocer estas señales de advertencia lo ayudará a estar más pendiente cuando un miembro de la congregación o comunidad acuda a usted pidiendo ayuda para un ser querido cuyo comportamiento no es del todo correcto.

Ayude a los miembros de la familia a saber cómo comenzar una conversación:

- “Me preocupa oírte hablar así. Hablemos con alguien sobre esto.”
- “He visto últimamente que tu comportamiento ha estado muy diferente de la forma en que te comportas regularmente. ¿Pasa algo?”
- “He observado que has estado (comiendo más, comiendo menos, durmiendo más, etc.). ¿Está todo bien?”

Los beneficios de la educación y participación familiar

Varios estudios han demostrado que la participación de la familia en estas situaciones genera beneficios significativos, tanto a la persona como al sistema de salud.

Algunos de esos beneficios incluyen:

- Menos incidencia de hospitalización y recaída
- Mejor adherencia a tratamientos
- Más éxitos en recuperación
- Reducción en los costos al sistema de salud y de tratamientos para adicción

La enfermedad mental es una condición crónica que, por lo general, no se puede curar, sino controlar, como otras enfermedades o condiciones crónicas. Ayudando a los parientes a entender que un miembro de su familia está luchando con un problema biológico les dará mejor posibilidad de manejar sus expectativas y sus niveles de estrés.

Aprender que la recuperación es un proceso los libera de la presión de tratar de “arreglar” a su ser querido o la situación. La educación sobre la enfermedad mental promueve la aceptación y renueva la esperanza para una recuperación exitosa.

La importancia del cuidado personal para los miembros de la familia

Vivir con un miembro de la familia que tiene dificultades de salud mental requiere mucho tiempo, energía y esfuerzo, sobre todo en períodos de inestabilidad. Con mucha frecuencia, los que cuidan a la persona enferma dedican todas sus energías físicas y psicológicas / emocionales al enfermo, y por lo tanto tienden a desatender sus necesidades personales. El agotamiento físico y emocional son comunes. Es importante que aprendan a cuidarse a sí mismos física, emocional, y espiritualmente.

Las señales de agotamiento incluyen: cansancio, nutrición inadecuada, desatención al ejercicio, agitación y falta de claridad cognitiva. Es importante que los que cuidan a la gente enferma descansen suficientemente, hagan ejercicio físico, y coman bien. Todo esto es vital para el mantenimiento de su fuerza física.

Aún más común que el agotamiento físico es el cansancio emocional, porque los cuidadores a menudo luchan con sentimientos de aislamiento y soledad. El desánimo los abruma y encuentran que es muy difícil, si no imposible, experimentar la felicidad. Es por esto, que es tan importante que mantengan conexiones con parientes y amigos y que hagan un esfuerzo para participar en actividades que les traigan alegría. Las familias suelen sentirse culpables de hacer cosas divertidas para ellos mismos cuando su ser querido está luchando, pero tienen que “rellenar sus tanques” emocionales y espirituales para poder dar amor y buen cuidado al que está enfermo.

Los signos de agotamiento espirituales incluyen desánimo y frustración con Dios, su relación con Dios se vuelve distante y embotada. Es comprensible perder la esperanza cuando se consumen por la naturaleza implacable de problemas de salud mental de una persona. Dios puede ser difícil de encontrar y entender. Estar conectado a una familia de la iglesia compasiva que cuida, traerá consuelo en estos tiempos difíciles. Rodearse de miembros de su fe pacientes, amables y comprensivos les dará el apoyo que necesitan para edificarse espiritualmente. Centrándose en la recarga espiritual inspirará y animará a perseverar y recuperar la esperanza.

13.3 Ayudando dentro de la iglesia

La Iglesia con Propósito (1995) de Rick Warren enumera cinco propósitos de la iglesia:

- Compañerismo
- Discipulado
- Rendir culto (Adoración)
- Ministerio
- Evangelización

Según Greg Laurie, la iglesia existe por 3 razones:

- 1) Para traer la Gloria a Dios
- 2) Para la edificación de los Santos
- 3) Para la evangelización del mundo

¡Ayudando a familias con necesidades de salud mental puede lograr todos estos retos! Traemos la Gloria a Dios cuando obedecemos su mandamiento de amarnos unos a otros sin vergüenza ni juicio. Él no nos dijo de juzgar a los demás, sino: amarlos. La manera en que la iglesia responde a la enfermedad mental edifica a los Santos y les enseña cómo responder . . . y hace que esa respuesta alcance a la comunidad y ayude a los miembros de la comunidad a lograr la 3era razón de ser de la iglesia: para llevar el amor de Dios hasta los fines del mundo. Todo lo que hacemos como el Cuerpo de Dios es una reflexión de Cristo y su llamado a amar a nuestro prójimo.

Todo el mundo necesita experimentar el amor y apoyo en algún nivel. Puesto que la vida cristiana puede ser difícil y enfrenta muchos obstáculos en el camino, Dios diseñó la iglesia para ser una asamblea de creyentes que se amarían uno al otro y también se darían apoyo físico y

espiritual. Cuando la enfermedad mental ataca a una familia, la necesidad para amor y apoyo es más grande que nunca.

Las personas de fe confían unas en otras en tiempos de angustia y necesidad. Si bien el gobierno ofrece algunos medios de asistencia, la iglesia está llamada a cuidar personalmente a los viudos, huérfanos, los que están sin hogar, enfermos mentales y todos los que tienen necesidades específicas dentro de la congregación.

El apoyo más importante que una iglesia puede ofrecer es el de actuar como una congregación de cuidado y compasión. Educar a su iglesia sobre las enfermedades mentales acabará con el estigma y la vergüenza, creará una comunidad segura, sin juicio, para las familias que luchan con problemas de enfermedad mental. No solamente podrán compartir sus luchas, sino que la gente dentro de la iglesia aprenderá como apoyarlos mejor en su momento de necesidad.

Debido a que la enfermedad mental es una dolencia como cualquier otra, estas familias necesitan el mismo apoyo que las familias con otro tipo de dolencia o situación grave o urgente. Tienen necesidades físicas, financieras, y espirituales. La iglesia responde con una abundancia de cuidado y comida cuando alguien tiene cáncer, problemas de corazón, o cirugías. Las familias siempre reciben una gran cantidad de comida, llamada, visitas, y todo tipo de oferta para ayudarlas.

Cuando el problema es de salud mental, la respuesta muchas veces es el silencio total, una falta de respuesta. Por esta razón, la enfermedad mental se ha llamado “la enfermedad sin cazuela.” Cuando su congregación responde con amor y cuidado a una familia que enfrenta

una enfermedad mental, ¡estará ofreciendo un regalo de aceptación, gracia y amor que va mucho más allá de la tarjeta o la cacerola!

Un congregante escogido para ayudar con los problemas de salud mental

Considere la idea de escoger a alguien en su congregación que puede actuar como un ayudante especial en períodos de crisis y para problemas continuos de necesidades de este tipo. Quizás ya tengan un ministerio con alguien que puede tomar este papel naturalmente. Si no, posiblemente se puede crear esta posición para un miembro del personal o para un voluntario. La mayoría de las personas que han pasado por las tormentas de la salud mental buscan oportunidades para ayudar a los demás.

En este esfuerzo, estará ayudando en dos tipos de situaciones:

- La primera crisis de salud mental
- La segunda – o continua – crisis mental

Primera crisis de salud mental

Para los que están teniendo su primera experiencia con una crisis de salud mental, habrá sin duda mucha confusión. Típicamente, la gente no sabe qué hacer o dónde ir por ayuda, o aun lo que necesitan en cuanto la ayuda. Frecuentemente, el mundo de la psiquiatría les es completamente extraño y nisiquiera conocen el diagnóstico básico: depresión mayor, trastorno bipolar, esquizoafectivo, esquizofrenia, etc. No entienden por qué su ser querido está detenida por un “5150” y es muy probable que no saben nada de medicamentos psicotrópicos y mucho menos habrán tenido alguna experiencia con un hospital psiquiátrico.

El hospital psiquiátrico puede ser tan intimidante para las familias como es para la persona que está recibiendo el tratamiento ahí. Un hospital psiquiátrico no se parece en absoluto a un hospital “normal.” Si la persona presenta un peligro a sí mismo, no podrá tener, por ejemplo, agujetas en sus zapatos o aun un cepillo de dientes en su posesión. Cualquier cosa que puede considerarse un arma se les será quitada. Este tipo de lugar puede añadir aún más ansiedad a una familia que ya ha estado traumatizada por los eventos que llevaron a la hospitalización.

Además, es posible que la persona con los problemas mentales está enojada y con miedo por estar en un hospital psiquiátrico. Hay bastante resistencia a la idea de recibir un diagnóstico de enfermedad mental – y es muy diferente de una enfermedad física como el cáncer o la diabetes, porque en estos casos, hay exámenes o pruebas médicas que pueden proporcionar diagnósticos bastante rápidos. Un profesional de enfermedad mental puede hacer un cierto número de cosas durante una evaluación preliminar y un examen físico, para eliminar posibles causas médicas/físicas para explicar los síntomas. Pero más allá de esto, el diagnóstico depende sobre todo de lo que dice el paciente, la experiencia del doctor y las definiciones encontradas en el DSM-V, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, que enumera criterios que incluyen sentimientos, síntomas y comportamientos durante un período de tiempo que una persona debe cumplir para entonces recibir un diagnóstico oficial de una enfermedad mental.

Es muy probable que un doctor recete algún medicamento al paciente para ayudar con sus síntomas y su familiar recibirá también una recomendación por un profesional de salud mental, como un psiquiatra y/o un psicólogo.

El sistema de atención de la salud mental puede causar mucha confusión y frustración, es un verdadero laberinto. Está gobernado por lo que las compañías de seguros consideran que califican para la cobertura y lo que no califican para cobertura. A veces, el cuidado necesario está limitado a una lista restringida de profesionales dentro de una cierta red de seguros determinada.

Las familias que se encuentran en esta situación necesitan no solamente excelente apoyo emocional, sino también apoyo práctico con cosas como: comidas, citas médicas, transportación, tareas en el hogar, y otras responsabilidades cotidianas.

Segunda o continúa crisis de salud mental

Después de la primera crisis de salud mental, la mayoría de la gente ora para que nunca más vayan a tener que enfrentar eso nuevamente. Desafortunadamente, mucha gente lo experimenta repetidamente.

En el caso de la enfermedad mental severa, una persona puede experimentar varias hospitalizaciones y recaídas durante su camino a una esperada estabilización de síntomas. El diagnóstico y el tratamiento de enfermedad mental no es una ciencia exacta. Los medicamentos afectan a cada persona de una manera distinta y un medicamento que ayuda mucho a una persona puede ser completamente inútil para otra. Además, los efectos secundarios graves de muchos medicamentos pueden causar muchos problemas, incluido el cumplimiento.

En la depresión, es muy común que una persona tenga una experiencia positiva al principio con algún medicamento y deje de tomarlo, pero volverá a tener problemas terribles por no continuar el tratamiento.

Esto puede causar un ciclo de crisis para los parientes y crear un ambiente de miedo e incertidumbre.

Este tipo de situación cíclica requiere que la iglesia sea un lugar de apoyo continuo. Y no puede ser la responsabilidad sola del líder espiritual; más bien, es una llamada del Cuerpo de Cristo para todos en la congregación a unirse y ayudar a los suyos.

Las condiciones de salud mental pueden causar aislamiento para las personas y familias. La iglesia puede y debe crear una cultura de aceptación y autenticidad. Estadísticamente, 1 persona sobre 4 en cualquier iglesia está teniendo una dificultad de salud mental. Esta es una porción muy grande de los que entran en las puertas de su iglesia y que están sufriendo por este problema, o para sí mismo o para alguien que aman. Incluya oraciones para condiciones de salud mental, igual como las oraciones para otros problemas médicos/físicos durante servicios y reuniones de oración. Este tipo de inclusión ayudará mucho a crear un ambiente de seguridad y a llevar una vida espiritual más auténtica.

Los Grupos de Apoyo de Salud Mental para familias y seres queridos con enfermedades mentales están creciendo en las comunidades cristianas. Estos grupos proveen entendimiento espiritual, materiales tipo psico-educacionales y también proveen oportunidades para que las familias puedan conectarse y compartir sus experiencias. Hacer que estos grupos estén disponibles en su iglesia dice mucho a su congregación sobre el valor que le da al ayudar a los que viven con enfermedad mental.

Una organización que ha creado un plan de estudios para este tipo de grupos es el Mental Health Grace Alliance.

El Grupo de Gracia Familiar incluye lecciones sobre cómo comunicar más efectivamente, reconstruir límites saludables, resolver crisis y solucionar problemas y comprender la diferencia entre el permitir y el empoderar a los demás. A medida que el grupo habla de estos temas, aprenden sobre los diferentes desórdenes mentales, el impacto que está teniendo sobre sus familias y como mostrar la gracia de Dios al miembro de su familiar que está sufriendo. Y aún más importante, estas familias encuentran un lugar sano y seguro donde pueden estar juntas, compartir sus luchas, interactuar con su fe y buscar la gracia de Dios en la comunidad.

13.4 Conectando a las familias con los recursos

- NAMI: National Alliance on Mental Illness provee educación sobre la salud mental a familias: apoyo de Familia-a-Familia y apoyo a familias a través de grupos de apoyo. Recursos y materiales disponibles en el sitio web: <http://nami.org> and <http://namisd.org>
- Establezca una lista de referencias profesionales que pueden ayudar: las familias también necesitan profesionales para ayudarlos a navegar la enfermedad de la personal que aman.
- Mental Heath Grace Alliance: Es una organización que tiene como su misión el proveer fuerza de salud mental, recuperación y transformación a todos que lo necesitan, donde sea, cuando sea. Los recursos y materiales están disponibles en su página web, <http://mentalhealthgracealliance.org>.
- CAHM (Community Alliance for Healthy Minds) es un grupo local sin fines de lucro que tiene una reunión anual sobre la

Salud Mental con una variedad de presentaciones sobre asuntos de salud mental. Es un recurso excelente para familias y para los que viven con enfermedad mental. La entrada es siempre gratis. Website de CAHM: <http://carhmsd.org/>

Lectura sugerida

- Grace for the Afflicted: A Clinical and Biblical Perspective on Mental Illness por Matthew S. Stanford.
- Troubled Minds: Mental Illness and the Church's Mission por Amy Simpson.
- Blue Genes por Paul Meier M.D., Todd Clements M.D., Jean-Luc Bertrand D.M.D.
- When Someone You Love Suffers from Depression or Mental Illness por Cecil Murphey.
- Boundaries por John Townsend y Henry Cloud.
- Setting Boundaries® with Your Adult Children: Six Steps to Hope and Healing for Struggling Parents por Allison Botke.

Recursos adicionales

- "Mental Health: A Guide for Faith Leaders"; PDF gratis de American Psychiatric Association:
<https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/apa-releases-new-resources-on-mental-health-for-faith-leaders>. O disponible en: https://www.appi.org/Mental_Health.
- Hope for Mental Health Starter Kit available from Saddleback Church, \$69.00 at <http://store.pastors.com/products/hope-for-mental-health-starter-kit>.

Eventos

- CAHM Mental Health Forum, at California State University at San Marcos. <https://www.cahmsd.org/>
- The Gathering on Mental Health at Saddleback Church. <http://saddleback.com/event/20635544469/the-gathering-on-mental-health-and-the-church>

Notas del Capítulo 13
