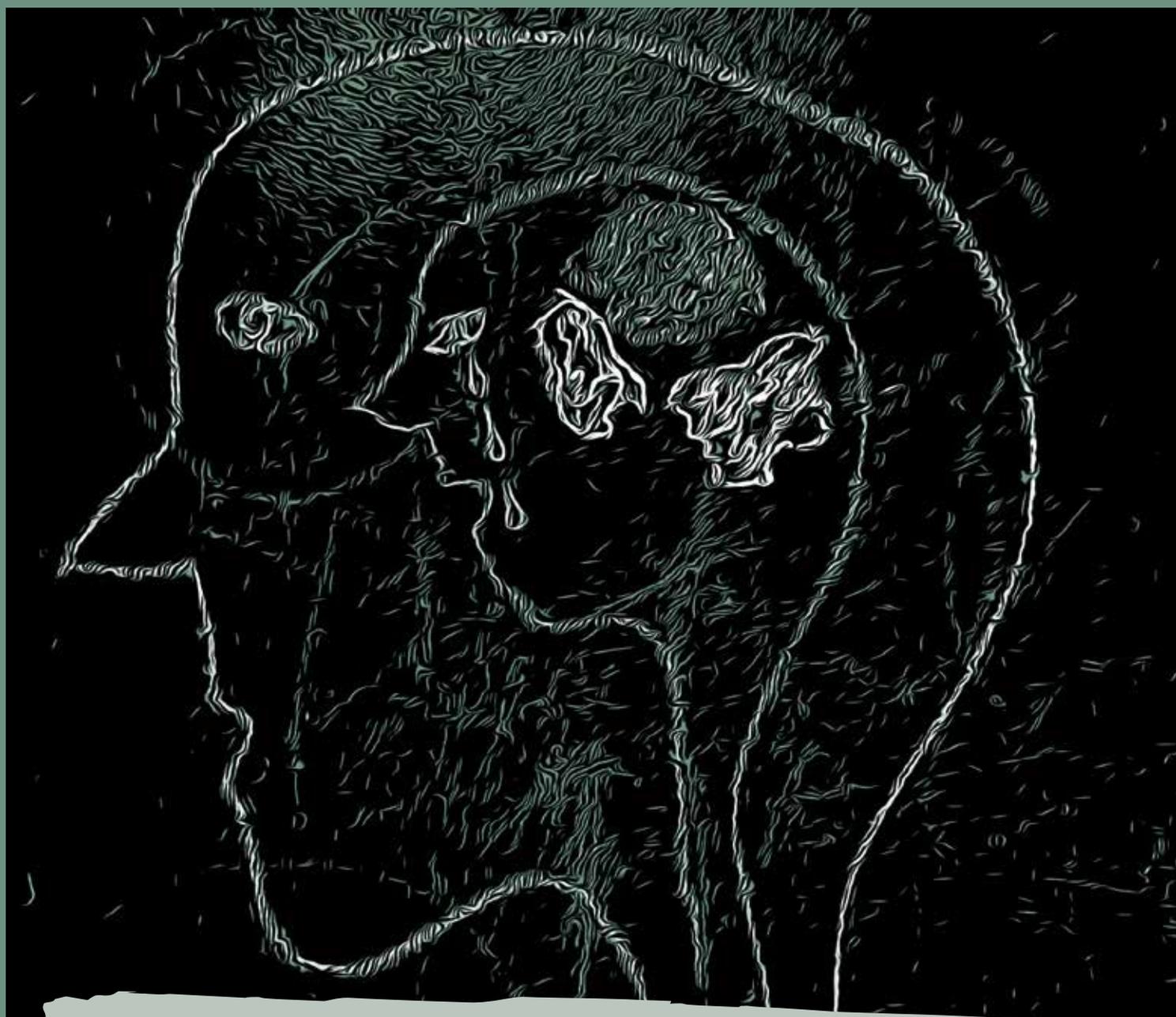




# Cicatrices ocultas: consecuencias de la violencia en la salud mental de la infancia





# Cicatrices ocultas: consecuencias de la violencia en la salud mental de la infancia



Oficina de la Representante Especial del Secretario General sobre la Violencia contra los Niños

Nueva York, 2020



#### Agradecimientos

La Oficina de la Representante Especial del Secretario General sobre la Violencia contra los Niños expresa su más sincero agradecimiento a la profesora Ghizlane Benjelloun, quien ha sido la investigadora principal de este informe y ha contribuido de forma sustancial a su redacción.

La Oficina de la Representante Especial agradece los valiosos comentarios acerca del informe proporcionados por: Zeinab Hijazi (oficina del UNICEF en Nueva York), Leslie Snider (MHPSS Collaborative, Dinamarca) y Natalie Drew, Alexandra Fleischmann, Brian Ogallo y Chiara Servili (Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias, Organización Mundial de la Salud).

Foto de portada: © Miguel Caldeira

Leyenda: “Sufrimiento oculto: la maldición de la víctima” – Dibujo a tiza

© 2020 Naciones Unidas

Reservados todos los derechos en todo el mundo

Las solicitudes de reproducción de pasajes o fotocopias de esta publicación deben dirigirse a: Copyright Clearance Center (copyright.com).

Todas las demás consultas sobre derechos y licencias, incluidos los derechos subsidiarios, deben dirigirse a:

United Nations Publications,

300 East 42nd Street,

New York, NY 10017, Estados Unidos de América.

Correo electrónico: [publications@un.org](mailto:publications@un.org); sitio web: [un.org/publications](http://un.org/publications)

Idioma: español Número de venta: S.20.I.16

ISBN: 978-92-1-101435-8

## Índice

Resumen.....	iv
1 Introducción.....	1
2 La urgencia de actuar.....	3
3 Las repercusiones de la violencia en la salud mental de la infancia .....	9
4 Entender los factores de riesgo y de protección.....	19
5 Lo que funciona: pruebas de la eficacia de la prevención y la respuesta .....	23
6 Construir un entorno enriquecedor, protector y estimulante para y con los niños .....	29
Notes.....	33

## Resumen

Cada año, más de 1.000 millones de niños, la mitad de la población infantil del planeta, se ven expuestos a la violencia, que se manifiesta de muchas formas y en muchos lugares, en línea o en la vida real, en el hogar, la escuela o la comunidad. Pueden ser el blanco de la violencia, pero también presenciarla, o estar expuestos a ella. A menudo los niños se enfrentan a una “tormenta perfecta” de violencia: cuando confluyen diferentes formas de violencia o cuando una forma de violencia lleva a otra, en lo que pasa a convertirse en un ciclo aterrador.

Está claro que la violencia afecta gravemente a la salud mental de la infancia. La exposición a la violencia suele ser algo traumático y puede evocar respuestas tóxicas al estrés, que causan daños fisiológicos y psicológicos inmediatos y a largo plazo. Entre las consecuencias de la violencia se cuentan la depresión, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno límite de la personalidad, la ansiedad, los trastornos relacionados con el uso indebido de sustancias, los trastornos del sueño y la alimentación, y el suicidio.

La forma en que los niños y las niñas experimentan la violencia al pasar de la primera infancia a la adolescencia determina el impacto acumulativo de la violencia en su salud mental, con variaciones que dependen tanto de la forma de violencia a la que están expuestos como de las consecuencias que acarrearán para su salud mental. Estas consecuencias pueden transmitirse de una generación a otra, especialmente en el caso de los niños cuya infancia se haya caracterizado por la exposición a la violencia de pareja, y de las madres que sufrieron violencia durante su crecimiento.

Los factores de riesgo surgen a nivel individual, en las relaciones y en las comunidades y sociedades y la interacción entre ellos en los distintos niveles es tan importante como la influencia que pueda tener un factor en particular dentro de uno solo de los niveles.

Urge adoptar más medidas para prevenir la amenaza que supone la violencia para la salud mental de la infancia y darle una respuesta adecuada. Sin embargo, hay grandes deficiencias a la hora de dotar de fondos y de recursos a la atención de salud mental de calidad basada en los derechos y culturalmente adecuada a nivel mundial, a pesar de que la salud mental figura sistemáticamente entre las principales preocupaciones expresadas por los

propios niños. Además, los más jóvenes recurren con menos frecuencia a los servicios de salud mental debido a la estigmatización, a la ineficacia a la hora de detectar sus necesidades y al escaso conocimiento que hay acerca de los servicios que se ofrecen. En consecuencia, pocos niños con problemas de salud mental reciben el apoyo adecuado en el momento oportuno.

### ¿Qué funciona?

Cada vez hay más datos sobre los factores que protegen a la infancia y sobre lo que funciona para responder eficazmente al impacto de la violencia en su salud mental, aunque siguen existiendo muchas lagunas.

Las intervenciones preventivas centradas en la salud mental de la madre, la interacción entre la madre y el bebé, y el juego y la estimulación han tenido beneficios positivos y a largo plazo. Las intervenciones en materia de crianza y bienestar infantil también han demostrado ser cruciales para interrumpir los ciclos tóxicos en los que la violencia y las enfermedades mentales se transmiten de generación en generación. Se ha comprobado la eficacia de los programas de rehabilitación de ámbito comunitario y las actividades de aprendizaje socioemocional en la escuela. Por otro lado, hay recomendaciones basadas en evidencia a las que pueden recurrir los profesionales de la salud mental y otros interlocutores que pueden ayudarlos en el apoyo que dispensan a la salud mental de los niños víctimas de la violencia, en particular en entornos humanitarios.

Los Estados deben ahora llevar a la práctica esos conocimientos, basándose en las normas internacionales de derechos humanos y la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que no pueden alcanzarse si no se adoptan medidas para hacer frente a la violencia en todas sus formas. Se necesita una acción global y coordinada, basada en un enfoque intersectorial y de múltiples partes interesadas.

Las partes interesadas más importantes son los propios niños, que ya están asumiendo un papel de liderazgo en lo que respecta a su salud mental y su bienestar, como puede verse en algunas iniciativas entre pares. Están muy comprometidos con los programas sobre salud mental, tanto en el entorno

virtual como fuera de él. Aun así, luchan por hacer oír su voz y que se tengan en cuenta sus opiniones. Los puntos de vista de los niños y las niñas que tienen experiencia en cuestiones relacionadas con la salud mental y las discapacidades psicosociales deben conformar el diseño, la ejecución y la evaluación de las respuestas.

### ¿Qué hay que hacer?

La acción eficaz comienza con la prevención y la intervención temprana, centrándose en los factores que ponen a los niños en riesgo de violencia y en los que pueden protegerlos dentro de sus familias, sus comunidades y sus sociedades. Esto también exige una atención específica a las necesidades de los niños y las niñas que corren un mayor riesgo de sufrir violencia y problemas de salud mental debido a dónde están y quiénes son.

Los servicios de salud mental deben ampliarse como un componente esencial de la cobertura sanitaria universal. Los servicios de calidad deben prestarse en la comunidad, evitando en lo posible el internamiento y la medicalización, para lo cual es

necesaria una inversión mucho mayor, entre otras cosas para garantizar la idoneidad del número y la distribución de profesionales cualificados. También es necesario invertir más para solucionar la falta de datos sobre la salud mental de la infancia y la escasez de investigaciones al respecto.

Por último, ahora que la comunidad internacional inicia el decenio de acción para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030, deben establecerse marcos de seguimiento y rendición de cuentas para mantener al mundo en el buen camino. Los marcos deben garantizar que se adopten medidas eficaces para promover la salud mental de todos los niños y las niñas, para prevenir la aparición de trastornos mentales entre los que sufren violencia y para proporcionar tratamiento y atención a todos los que lo necesiten.



[FOTO 1: El dibujo de un niño representa una cara con cicatrices y un ojo amoratado. Arnaldo, de 6 años, hizo el dibujo como parte de una sesión de terapia artística en Beautiful Gate, un centro para niños maltratados y abandonados en Lower Crossroads, un barrio de Ciudad del Cabo.

© UNICEF/UNI45252/Pirozzi]

## 1. Introducción

**“No hablar era como tener un cáncer emocional... uno no empieza a curarse hasta que lo cuenta”.**

*Matthew McVarish, superviviente y activista, Escocia<sup>1</sup>.*

En lo que respecta a los daños que causa la violencia en la salud mental infantil, no solo podemos prevenirlos y darles respuesta: es esencial que lo hagamos.

La Convención sobre los Derechos del Niño garantiza el derecho de todos los niños a no ser víctimas de la violencia y a gozar del más alto nivel posible de salud mental. Asimismo, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se compromete a poner fin a todas las formas de violencia y a promover la salud mental y el bienestar. Muchas otras disposiciones, tanto de la Convención como de la Agenda 2030, son cruciales para garantizar que se establezcan las bases para promover y salvaguardar una buena salud mental.

A pesar de estas obligaciones y compromisos, la violencia contra los niños y las niñas sigue teniendo un gran impacto en su salud mental y en su capacidad para aprender, crecer y desarrollar todo su potencial. Los datos de los países de ingreso alto, mediano y bajo no dejan lugar a dudas: las vivencias violentas aumentan el riesgo de daños en la salud mental. Entre las consecuencias se cuentan la depresión, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno límite de la personalidad, la ansiedad, los trastornos relacionados con el uso indebido de sustancias, los trastornos del sueño y la alimentación y el suicidio. Además, la exposición a la violencia en la infancia puede aumentar una amplia gama de psicopatologías en la edad adulta, incluidos los trastornos que afectan al estado de ánimo, los niveles de ansiedad y el comportamiento<sup>2</sup>.

En todo el mundo, entre el 10 y el 20 % de los niños y adolescentes tienen problemas de salud mental. La mitad de las enfermedades mentales aparecen a los 14 años y el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años<sup>3</sup>. Sin embargo, en contraste con la salud física, la salud mental ocupa un lugar relativamente bajo en la lista de prioridades de la agenda política pública, y no recibe suficientes recursos humanos y financieros. Esta situación se agrava cuando las crisis —como el brote de COVID-19 de 2020 y los conflictos prolongados en todo el mundo— crean riesgos adicionales para el bienestar mental de la infancia, al tiempo que socavan la capacidad de respuesta de los servicios de atención sanitaria y social.

Si no se adoptan medidas más contundentes para hacer frente a estos desafíos, no se cumplirán las promesas que se hicieron a la infancia a través de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Agenda 2030. Ahora que la comunidad internacional comienza una década de acción para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030, es imprescindible prestar más atención a la salud mental en las medidas de prevención y respuesta a la violencia contra la infancia.

El objetivo de este informe es apoyar este proceso. Ofrece una visión general de los datos internacionales sobre las diferentes formas en que la violencia perjudica a la salud mental de los niños, destacando la necesidad urgente de actuar. Para ello, el informe tiene en cuenta los diversos entornos y formas de violencia, los distintos efectos de la violencia en el desarrollo y los factores de riesgo y protección más significativos. El informe también destaca las soluciones, reconociendo que, a pesar de las lagunas que sigue habiendo en nuestros conocimientos, hay estrategias eficaces que deberían ponerse en marcha.

### Recuadro 1. Definición de salud mental

La salud mental es un elemento integral y esencial de la salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>4</sup>. Esto quiere decir que la salud mental es mucho más que la simple ausencia de trastornos mentales.

La salud mental es un estado de bienestar en el que una persona se da cuenta de sus propias capacidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y puede contribuir a su comunidad. La salud mental es importante para la capacidad colectiva e individual que tenemos,

como seres humanos, de pensar, sentir emociones, interactuar con los demás, ganarnos la vida y disfrutarla. La promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son, por tanto, vitales para las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo<sup>5</sup>.

Los problemas de salud mental se dan en un continuo que va desde el malestar leve y limitado en el tiempo hasta los trastornos crónicos, progresivos y gravemente discapacitantes<sup>6</sup>. El término discapacidades psicosociales hace referencia a aquellos casos de diagnóstico o percepción de trastorno mental o deficiencia intelectual, que también pueden ser causados por el estigma, la discriminación y la exclusión<sup>7</sup>.



FOTO 2: Un niño sostiene un papel con una "cara fruncida" amarilla delante de sus ojos en un centro de atención a la infancia gestionado por Precious Jewels Ministry, una ONG local que apoya a los niños afectados por el sida en Manila (Filipinas). En este ejercicio, los niños juegan con varias expresiones faciales para revelar sus estados de ánimo.

## 2. La urgencia de actuar

### Prevalencia, formas y entornos de la violencia contra la infancia

Cada año, 1.000 millones de niños, la mitad de la población infantil del mundo, son víctimas de la violencia. Ningún país es inmune; ningún niño es inmune. A la luz de las pruebas cada vez más contundentes sobre la prevalencia de la violencia contra la infancia, sabemos que es una violación grave de los derechos (recuadro 2).

Además, la violencia se da en múltiples entornos, como el hogar, la escuela, la comunidad o el lugar de trabajo y dentro de instituciones como centros de detención y orfanatos, así como en el mundo virtual. Las diferentes formas de violencia están interrelacionadas, ya que sus orígenes son comunes. Pueden darse juntas y una forma puede llevar a otra, creando un proceso continuo de violencia para los niños.

#### Recuadro 2.

##### Violencia contra la infancia: vistazo a las cifras

- Cada siete minutos, un adolescente muere en el mundo a causa de un acto de violencia<sup>8</sup>.
- Según los datos correspondientes a 24 países, la violencia sexual en la infancia oscila entre el 8 % y el 31 % en el caso de las niñas y entre el 3 % y el 17 % en el de los niños<sup>9</sup>.
- Se calcula que en el mundo, en un momento dado, hay unas 750.000 personas intentando contactar con niños en línea con fines sexuales<sup>10</sup>.
- Hoy, los niños representan el 30 % de las víctimas de la trata<sup>11</sup>.
- Los niños con discapacidad tienen casi cuatro veces más probabilidades de sufrir violencia que otros niños<sup>12</sup>. También hay pruebas de que los niños con discapacidades mentales o intelectuales se enfrentan a una mayor prevalencia y riesgo de violencia que los niños con otros tipos de discapacidad<sup>13</sup>.
- Casi un tercio de los niños y niñas de entre 11 y 15 años han sufrido el acoso de sus compañeros al menos una vez en el último mes<sup>14</sup>.
- Cerca de 300 millones de niños de 2 a 4 años en todo el mundo son habitualmente víctimas de algún tipo de disciplina violenta por parte de sus cuidadores<sup>15</sup>.
- En todo el mundo, 1 de cada 4 niños menores de 5 años (176 millones) viven con una madre que es víctima de violencia de pareja<sup>16</sup>.
- Se calcula que, a nivel mundial, el maltrato emocional afecta a más de uno de cada tres niños<sup>17</sup>.
- Se calcula que la prevalencia global de la violencia física es de alrededor del 20 %, y la prevalencia de la violencia sexual ronda el 9 % en las relaciones románticas entre los jóvenes de 13 a 18 años<sup>18</sup>.

**Los niños sufren muchas formas diferentes de violencia.** Entre ellas se encuentran la violencia física, psicológica y sexual, así como el abandono, la explotación, la venta, la trata y las prácticas nocivas (como la mutilación genital femenina).

**“... O desde su casa, por ejemplo, en la escuela, hay unos niños que de su casa traen eso; los papás se insultan y se golpean y todo eso... Se lo memorizan, el niño va pensando que eso igual está bien porque desde la casa inicia eso, llegan a la escuela y ahí se desquitan los niños”.**

*Alexa (nombre ficticio), 12 años, México<sup>19</sup>*

**Cuando la violencia interpersonal pasa de un entorno a otro, se produce lo que se conoce como polivictimización<sup>20</sup>.** Un niño que sufre maltrato en casa o en la escuela, por ejemplo, tiene más probabilidades de ser víctima de la violencia en la comunidad en general. La rapidez de la penetración de Internet y de la telefonía móvil ha añadido otro entorno “virtual” en el que se produce la violencia, y los nuevos datos señalan un solapamiento entre la victimización fuera de línea y en línea y la perpetración de la violencia<sup>21</sup>. Los estudios realizados han destacado no solo la naturaleza interconectada de los diferentes tipos de victimización, sino también la forma en que el impacto acumulativo puede perjudicar gravemente el desarrollo del niño<sup>22</sup>.

Además de experimentar la violencia directamente, **los niños pueden ser testigos de la violencia** entre otras personas, como en situaciones de violencia doméstica, acoso escolar o violencia de bandas en la comunidad. Por otro lado, los niños pueden estar expuestos a material violento a través de los medios de comunicación o de Internet.

Aunque todos los niños pueden ser víctimas de la violencia, **algunos corren mayor riesgo**, por ejemplo, los que viven en modalidades alternativas de cuidado, los niños sin identidad legal, los que viven o trabajan en la calle, los niños con discapacidad, los niños en situación de pobreza, los que pertenecen a minorías étnicas, religiosas o lingüísticas, los niños y niñas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero, y los niños que viven como migrantes, refugiados o desplazados internos<sup>23</sup>. Diferentes factores pueden cruzarse entre sí, magnificando el riesgo de violencia y los desafíos para la salud mental de la infancia.

Es esencial reconocer **la dimensión de género** de la violencia contra la infancia. Los estereotipos basados en el género, los desequilibrios de poder, las desigualdades y la discriminación crean diferentes riesgos para los niños. Las niñas, por ejemplo, son especialmente vulnerables a la violencia sexual, la violencia de pareja y toda una serie de prácticas nocivas. Los niños tienen más probabilidades de ser víctimas de homicidios y otras formas de violencia en la comunidad.

Ser víctima de maltrato infantil puede **aumentar el riesgo en el futuro** de convertirse en víctima o autor de actos de violencia sexual, violencia juvenil, violencia autoinfligida y violencia de pareja. Los niños que son testigos de casos de violencia de pareja contra su madre o madrastra también tienen más probabilidades de sufrir este tipo de violencia en el futuro, como víctimas además de como agresores<sup>24</sup>.

**En los contextos humanitarios, los niños son extremadamente vulnerables a la violencia.** Las guerras, los desastres climáticos y los brotes de enfermedades, como la pandemia de COVID-19 de 2020 (recuadro 3), pueden provocar el colapso de los sistemas sociales, la separación de los niños de sus cuidadores y el daño o la destrucción de entornos que antes eran seguros.

En la actualidad, uno de cada cuatro niños vive en un país afectado por un conflicto o un desastre. Casi 50 millones de niños han tenido que huir de sus hogares a causa de la violencia, la pobreza o los desastres naturales<sup>25</sup>. En la medida en que esas crisis proliferan, el número de niños y niñas que se tornan vulnerables a la violencia en todas las formas es mayor que nunca<sup>26</sup>.

**Recuadro 3.****La pandemia de COVID-19 y la salud mental de la infancia**

La pandemia de COVID-19, que continúa en el momento de preparar este informe, tiene importantes implicaciones para la salud mental de la infancia. Las medidas de confinamiento, el estrés adicional que sufren las familias y la interrupción de los ya limitados servicios de protección de la infancia han agravado la vulnerabilidad de los niños ante diversas formas de violencia, como la violencia y el abuso dentro del círculo de confianza (un círculo que incluye a cuidadores y otros familiares), la violencia de género y la explotación sexual, tanto en el entorno virtual como fuera de él. La situación se agrava por la falta de acceso de los niños a sus amigos de escuela, a los profesores, los trabajadores sociales y a otros espacios seguros. El impacto negativo de esta violencia en la salud mental de la infancia se suma a la ansiedad, el miedo, la inseguridad y el aislamiento provocados en general por la pandemia<sup>27</sup>.

World Vision International llevó a cabo una consulta entre niños y jóvenes entre 8 y 18 años de 13 países

en la que les preguntó sobre sus conocimientos, experiencias y percepciones de la crisis de COVID-19; entre las conclusiones que surgieron están las siguientes:

- el 71 % de los niños y jóvenes dijeron que se sentían aislados y solos desde el cierre de las escuelas. También señalaron que esto afectaba negativamente su aprendizaje y sus rutinas cotidianas, y que aumentaba su sensación de aislamiento y desesperación.
- El 91 % de los encuestados dijeron que sentían angustia emocional y mencionaron su preocupación ante, por ejemplo, sentimientos de ansiedad, ira e inquietud debido a la incertidumbre sobre la duración de la crisis y la manera como afrontar el aislamiento.
- El 75 % de los niños y jóvenes reconocieron que lidiar con las restricciones de distanciamiento físico y social era un reto emocional<sup>28</sup>.

A pesar de ser muy frecuente, **la violencia contra la infancia suele estar oculta, no se ve o no se denuncia**. El miedo, el estigma y la aceptación social de la violencia hacen que solo una pequeña proporción de los niños afectados denuncie sus experiencias<sup>29</sup>. La “invisibilidad” de esta violencia se ve agravada por la falta de mecanismos adecuados de denuncia y notificación que tengan en cuenta las necesidades de la infancia, y por la falta de una recopilación de datos adecuada.

Además de un **devastador coste humano, la violencia tiene un enorme impacto económico**. Se calcula que el coste económico mundial de la violencia contra los niños se cifra en torno a los 7 billones de dólares<sup>30</sup>. Solo en los Estados Unidos de América, la carga económica total durante toda la vida vinculada a los casos confirmados de maltrato infantil ocurridos en un año fue de 428.000 millones de dólares en 2015<sup>31</sup>. En la región de Asia Oriental y el Pacífico, se calcula que el impacto económico de algunas de las consecuencias del maltrato infantil para la salud está entre el 1,4 % y el 2,5 % del producto interno bruto (PIB) anual de la región<sup>32</sup>.

**MENSAJES CLAVE**

- Cada año, más de 1.000 millones de niños y niñas son víctimas de la violencia.
- Los niños y las niñas se enfrentan a la violencia que adopta muchas formas y se da en muchos lugares, tanto en el entorno virtual como fuera de él.
- La violencia suele existir en un continuo: diferentes formas pueden darse juntas y una forma puede llevar a otra.
- Los niños pueden ser el objetivo de la violencia, pero también presenciarla, o estar expuestos a ella.
- Algunos niños corren un mayor riesgo de sufrir violencia.
- Ser víctima de la violencia en la infancia está relacionado con el riesgo de serlo en la edad adulta.
- La violencia contra los niños suele estar oculta y no se denuncia.
- Además de un devastador coste humano, la violencia tiene un enorme impacto económico.

## La crisis mundial de la salud mental no es una prioridad en la agenda política pública

La violencia tiene consecuencias a largo plazo durante la infancia, en la edad adulta, entre generaciones y para la sociedad en general<sup>33</sup>, entre las que están el **grave impacto en la salud mental de los niños y las niñas**.

Sin embargo, menos de la mitad de los Estados Miembros de las Naciones Unidas cuentan con un plan o una estrategia para la salud mental de la infancia y la adolescencia<sup>34</sup>. La Comisión Lancet sobre salud mental global y desarrollo sostenible descubrió que los servicios de salud mental suelen ser de peor calidad que los servicios de salud física. También se constató la lastimosa escasez de inversión gubernamental y ayuda al desarrollo en lo relativo a la salud mental<sup>35</sup>. Los fondos destinados a la salud mental suelen estar mal orientados y se dedican de manera desproporcionada a las consecuencias de las enfermedades mentales crónicas en lugar de dedicarse a la intervención temprana y a la prevención, donde la rentabilidad sería mucho mayor. La falta de respuesta colectiva a esta crisis sanitaria mundial supone una pérdida enorme de capacidad humana y un sufrimiento generalizado que podría evitarse<sup>36</sup>.

El hecho de que no se dé prioridad a la salud mental de la infancia y la adolescencia se refleja también en la escasa cobertura mundial de los datos sobre

### Recuadro 4.

#### Es menos probable que los niños y los jóvenes recurran a los servicios de salud mental

Los jóvenes acceden a los servicios de salud mental con menos frecuencia que cualquier otro grupo etario. Esta falta de acceso es el resultado combinado de la infradetección de los problemas de salud mental de los jóvenes, de su escaso conocimiento de los servicios y de su reticencia a buscar ayuda, así como de unos marcos políticos que no priorizan sus necesidades de salud mental<sup>37</sup>. Según una estimación, cerca del 70 % de los niños y adolescentes con trastornos de salud mental no reciben un tratamiento adecuado en el momento oportuno<sup>38</sup>. Los trastornos mentales a una edad temprana pueden derivar en casos de discriminación, estigma y exclusión y llegar incluso a limitar el acceso a los servicios sociales, educativos y sanitarios.

la prevalencia de los trastornos mentales en este grupo de población. En un examen se descubrió que, de 187 países, 124 no disponían de datos sobre ningún trastorno. A falta de estrategias específicas para remediar la escasez de datos, la cobertura deficiente tanto en los países de ingresos altos como en los de ingresos bajos y medianos seguirá siguiendo un obstáculo para la promoción de la salud mental de la infancia y la adolescencia. Esa escasez de datos también seguirá entorpeciendo la planificación y asignación de los escasos recursos disponibles para la salud mental de los niños y adolescentes<sup>39</sup>.

En ese contexto, es **urgente prestar más atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia a la hora de responder a la violencia contra los niños**.

**Actuar pronto en el curso de la vida de un niño es crucial** para prevenir problemas de salud mental más adelante, dado que la mayoría de los trastornos de salud mental en la vida adulta tienen sus raíces en la infancia. Los cambios neurológicos durante los períodos enormemente delicados de la infancia y la adolescencia pueden afectar de manera positiva o negativa al cerebro en desarrollo.

La salud mental también es una **preocupación importante para los propios niños**. En su informe titulado *Voices of children and young people: child helpline data for 2017 & 2018*, Child Helpline International señala que las dos preocupaciones más importantes de los niños que llamaban a su teléfono de asistencia estaban relacionadas, por una parte, con los malos tratos y la violencia y, por otra, con la salud mental<sup>40</sup>. En el primer caso, lo que más les preocupaba era el maltrato físico y emocional; en cuanto al segundo, hablaban de ideas suicidas, miedo y ansiedad, en particular. El informe se basa en los datos procedentes de los teléfonos de asistencia a la infancia de 84 países y territorios de todo el mundo, lo que evidencia el alcance mundial de las conclusiones.

Al igual que ocurre con la violencia contra la infancia en general, **los costos económicos de las enfermedades mentales son considerables**. En 2011, el Foro Económico Mundial descubrió que las enfermedades mentales representaban el 35 % de la carga económica mundial de las enfermedades no transmisibles: más que el cáncer, la diabetes y las cardiopatías. El Foro estimó que en 2030 los problemas de salud mental costarían al mundo 16 billones de dólares en pérdidas de producción económica al año<sup>41</sup>.

## KEY MESSAGES

- Violence against children is linked to a wide range of mental health problems. These include anxiety, depression, suicidal thoughts, post-traumatic stress disorder, substance misuse, aggressive behaviour and impaired cognitive functioning.
- The quality of mental health services is, routinely, worse than for physical health.
- There is not enough funding for mental health, and the funds that are currently available are rarely allocated in the best way.
- There is a lack of data on child and adolescent mental health.
- Most children with mental health conditions do not receive the right interventions at the right time.
- Mental health is a major concern for children and young people themselves.
- Acting early to prevent mental health problems has major benefits.
- Mental ill-health is a significant economic burden for countries and for the world as a whole.



[FOTO 3: María, de 12 años, de pie y llorando, en un mercado de Kabul, la capital. La bolsa que utiliza para rebuscar es pesada y un transeúnte se ha burlado de ella diciendo que es una sinvergüenza por vagar por las calles como una mendiga.

© UNICEF/UNI119790/Noorani]

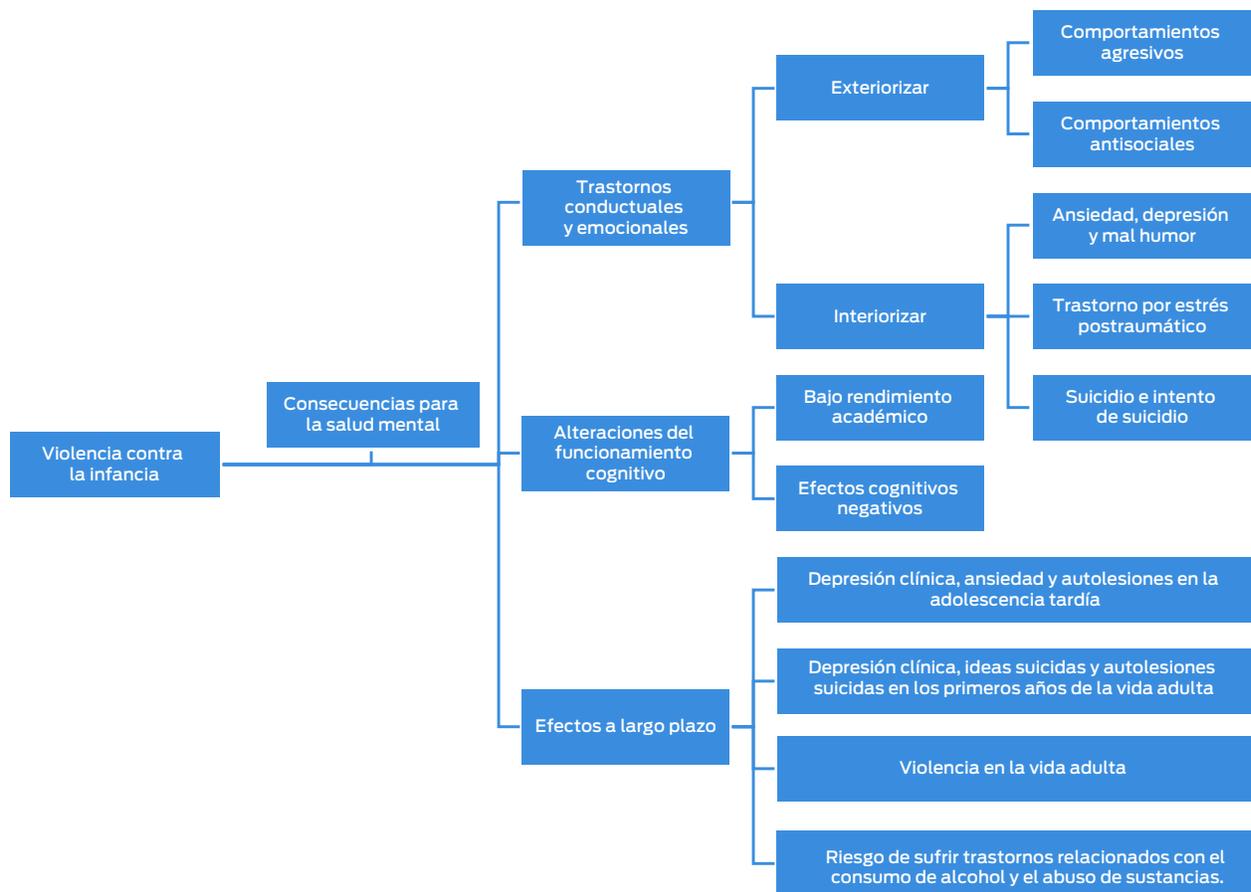
### 3. Las repercusiones de la violencia en la salud mental de la infancia

#### Las consecuencias de la violencia contra la infancia para la salud mental

Se ha demostrado, sin lugar a duda, que la violencia mina la salud mental de los niños y es uno de los factores de riesgo de aparición y persistencia de los trastornos mentales. La exposición a experiencias adversas en la infancia suele ser algo traumático y puede evocar respuestas tóxicas al estrés, que causan daños fisiológicos y psicológicos inmediatos y a largo plazo<sup>42</sup>.

Diversos estudios han revelado que los problemas que se señalan con más frecuencia se clasifican en tres categorías: **emocionales y conductuales, cognitivos y actitudinales y problemas a largo plazo** (Figura 1)<sup>43</sup>.

Los trastornos emocionales y del comportamiento son más probables si los niños enfrentan una exposición acumulada a la violencia en más de dos contextos (por ejemplo, presenciar la violencia en el hogar, sufrir abusos sexuales y estar sometido al estrés de los padres)<sup>44</sup>. En el caso de los niños que padecen esos trastornos pueden



**Figura 1: Resumen de las principales consecuencias de la violencia para la salud mental**

Fuente: Profesora Ghizlane Benjelloun

verse síntomas de exteriorización dirigidos hacia terceros (mostrándose más agresivos, infringiendo las normas y portándose mal). Los niños que exteriorizan los síntomas de un trastorno de la salud mental —mediante comportamientos agresivos o asociales, por ejemplo— tienen más probabilidades de sufrir una mayor victimización a manos de sus compañeros.

En la infancia también pueden verse síntomas de interiorización, como un mayor grado de ansiedad, depresión y mal humor; trastorno por estrés postraumático; intentos de suicidio y suicidios. El hecho de haber sufrido traumas y violencia durante la infancia puede llevar, entre otras consecuencias, a adoptar comportamientos que planteen riesgos para la salud. El consumo de drogas y alcohol por parte de los niños ha aumentado en todo el mundo, y en este contexto se debe considerar como la forma en que los niños pueden afrontar y controlar las emociones negativas<sup>45</sup>.

#### **Recuadro 5.** **Vínculos entre la violencia durante la infancia, la ansiedad y la depresión**

Un estudio realizado en 2015 en Noruega confirmó los estrechos vínculos entre todas las combinaciones de violencia en la infancia y la ansiedad o la depresión. Entre los participantes que habían estado expuestos a cualquier forma de violencia durante la infancia, los que habían estado expuestos a la negligencia o a la violencia psicológica presentaban un mayor grado de ansiedad o depresión que los que habían estado expuestos, o bien a abusos sexuales, o bien solo a violencia intrafamiliar. Entre aquellos que habían estado expuestos a dos formas de violencia durante la infancia, los que habían estado expuestos a la negligencia o la violencia psicológica sumada a abusos sexuales o a violencia intrafamiliar presentaban un mayor grado de ansiedad o depresión que quienes indicaron que habían estado expuestos tanto a abusos sexuales como a violencia física intrafamiliar. No es de extrañar que los participantes que se habían enfrentado a tres tipos de violencia durante la infancia obtuvieran las puntuaciones más altas de ansiedad o depresión<sup>46</sup>.

Los niños que presencian actos de violencia o son víctimas de ellos pueden presentar síntomas de trastorno por estrés postraumático similares a los de los soldados que regresan de la guerra, y los síntomas de malestar aumentan en función del número de actos violentos presenciados o sufridos.

Entre esos síntomas cabe señalar el déficit de atención, los temores compulsivos y no deseados y los pensamientos y sentimientos de no pertenencia<sup>47</sup>.

Sin embargo, es importante señalar que puede existir el riesgo de asignar carácter médico a las respuestas naturales de los niños a la violencia y el abuso. Su respuesta conductual a la violencia puede llevar a veces a un diagnóstico de salud mental, a pesar de ser respuestas esperadas y proporcionadas a su situación.

Los datos sobre las **alteraciones del funcionamiento cognitivo** muestran que la violencia durante la infancia conlleva una ralentización del desarrollo cognitivo, un rendimiento académico deficiente y un escaso compromiso escolar. Los síntomas y trastornos de la salud mental que permiten prever un bajo rendimiento académico son el trastorno por estrés postraumático, la ansiedad, el comportamiento agresivo y la depresión.

La exposición al trauma se ha asociado a **problemas a largo plazo**, como la depresión, una autoestima baja y el abuso de sustancias a finales de la adolescencia y principios de la edad adulta. Las experiencias adversas en la infancia también pueden socavar la capacidad de una persona para desarrollar formas saludables de hacer frente a las dificultades y esto, a su vez, puede afectar los hábitos en materia de salud y las oportunidades que se presentan a lo largo de la vida, o incluso causar una muerte prematura<sup>48</sup>.

#### **Recuadro 6.** **Vínculos entre diferentes tipos de exposición a la violencia durante la infancia y la salud mental**

Un estudio sobre los vínculos entre los diferentes tipos de exposición a la violencia durante la infancia y la salud mental en Malawi<sup>49</sup> encontró:

- una alta correlación entre la exposición pasada y reciente a la violencia
- la exposición frecuente a tres formas de violencia, y
- la asociación de la exposición a cualquier forma de violencia con niveles más altos de angustia psicológica —ya sea directa o indirectamente— como resultado de sus vínculos con otras formas de violencia.

Estos resultados coinciden con el contenido de una amplia gama de publicaciones sobre los vínculos entre la violencia y los problemas de salud mental en la infancia en otros países<sup>50</sup>.

Las experiencias adversas vividas durante la infancia se han relacionado con un mayor riesgo de sufrir trastornos por consumo de alcohol y drogas, tendencias suicidas, trastornos de la salud mental, enfermedades cardíacas y otras enfermedades crónicas y de adoptar conductas de riesgo para la salud a lo largo de la vida. También se han asociado a un nivel inferior de estudios, de empleo y de ingresos, lo cual afecta directa e indirectamente a la salud y el bienestar.

Al menos cinco de las diez principales causas de muerte se han vinculado a la exposición a experiencias adversas durante la infancia, incluidos varios factores que contribuyen a reducir la esperanza de vida, como las cardiopatías, las enfermedades pulmonares y la obesidad<sup>51</sup>. Según un análisis de la exposición a experiencias adversas durante la infancia realizado en 17 países, las probabilidades de que un adulto que hubiera estado expuesto a cuatro o más experiencias antes de los 18 años se viera involucrado en actos de violencia interpersonal eran entre siete y ocho veces superiores que las de adultos que nunca lo hubieran estado; las probabilidades de que un adulto intentara suicidarse eran 30 veces superiores<sup>52</sup>.

#### MENSAJES CLAVE

- La violencia durante la infancia es un riesgo clave para la aparición y la persistencia de trastornos mentales.
- La exposición de los niños y las niñas a la violencia puede evocar respuestas tóxicas al estrés, que causan daños fisiológicos y psicológicos inmediatos y a largo plazo.
- Los problemas de salud mental que se mencionan con más frecuencia como causa de la violencia contra la infancia son los conductuales y emocionales; cognitivos y actitudinales y problemas a largo plazo.
- Las experiencias adversas vividas durante la infancia se han relacionado con el riesgo de sufrir trastornos por consumo de alcohol y drogas, tendencias suicidas, trastornos de la salud mental, enfermedades cardíacas y otras enfermedades crónicas y de adoptar conductas de riesgo para la salud a lo largo de la vida.
- Las probabilidades de que un adulto que hubiera estado expuesto a cuatro o más experiencias adversas antes de los 18 años se viera involucrado en actos de violencia interpersonal eran entre siete y ocho veces superiores que las de adultos que nunca lo hubieran estado; las probabilidades de que un adulto intentara suicidarse eran 30 veces superiores<sup>53</sup>.

#### Las consecuencias de la violencia contra la infancia para la salud mental durante la vida

El impacto de la violencia sobre la salud mental de la infancia **depende de las formas en que la sufran a medida que crecen y se desarrollan**. Puede comenzar cuando el niño o la niña aún están en el útero, y la violencia supone un grave riesgo para el sistema nervioso y el cerebro del niño. La violencia doméstica infligida contra las mujeres embarazadas por parte de su pareja, cónyuge u otros miembros de la familia es el riesgo más importante antes del nacimiento.

#### Los primeros años

**En los primeros años de la infancia**, las circunstancias familiares difíciles provocan un estrés en los niños que puede causar problemas de salud mental más adelante. Los científicos han demostrado que los malos tratos pueden “incrustarse” biológicamente, e incluso alterar las estructuras y funciones del cerebro joven<sup>54</sup>.

El desarrollo normal y saludable de un niño hasta que llega a la edad preescolar depende de unas relaciones seguras con las personas que lo cuidan. La alteración de este proceso (por ejemplo, mediante la exposición a la violencia) puede interferir en todos los aspectos del desarrollo de los niños. Más concretamente, cabe la posibilidad de que no adquieran un nivel saludable de confianza o autonomía<sup>55</sup>. La exposición a la violencia durante la infancia puede desestabilizar su vínculo seguro con sus cuidadores, se pueden introducir trastornos del sueño y de la alimentación e incluso se puede alterar el desarrollo del cerebro.

**Los niños menores de 3 años** que presencian actos de violencia en el hogar o en la comunidad presentan una irritabilidad extrema, comportamiento inmaduro, alteraciones del sueño, malestar psíquico, miedo a estar solos y regresión en el uso del inodoro y en el lenguaje<sup>56</sup>.

**Recuadro 7.****La violencia durante la infancia descarrila el desarrollo normal**

La exposición a traumas —especialmente a la violencia intrafamiliar— interfiere en el desarrollo normal de la confianza del niño y, durante la adolescencia, en la tendencia normal a explorar y a desafiar, lo cual conduce al desarrollo de la autonomía<sup>57</sup>.

En informes recientes se ha observado que los síntomas constatados en niños pequeños son muy similares a los relacionados con el trastorno por estrés postraumático en adultos, a saber: la rememoración de la experiencia traumática, la evitación y el embotamiento de la reactividad<sup>58</sup>.

**Los niños en edad preescolar** no han adquirido aún la capacidad de controlar sus propias emociones. Se han realizado estudios en los que se describen algunos de los efectos que tiene sobre la conducta el hecho de estar expuesto a la violencia a esa edad, como la ambivalencia hacia los padres, el mal comportamiento, el lloriqueo y el apego excesivo o el llanto, que pueden derivarse de la ansiedad y el estrés postraumático<sup>59</sup>.

**Infancia**

**Entre los 6 y los 12 años**, los niños empiezan a reconocer lo que se espera de ellos y comienzan a adquirir un sentido de sí mismos comparándose con los demás. Diversos estudios indican que los efectos de la violencia doméstica en ese grupo etario pueden incluir sentimientos de culpa y vergüenza, así como ansiedad y síntomas del trastorno por estrés postraumático<sup>60</sup>. El niño puede empezar a tener dificultades en la escuela y sus relaciones con sus compañeros pueden verse afectadas. Es posible que se sientan desmotivados o tengan dificultades para concentrarse al presentar pensamientos compulsivos. Esta es la época de la vida en la que se inicia la socialización del género, y en la que los niños comienzan a emitir juicios sobre la equidad y sobre si sus necesidades están siendo atendidas de la mejor manera<sup>61</sup>.

Cabe la posibilidad de que los niños en edad escolar tengan una mayor capacidad que los preescolares para comprender las circunstancias que rodean a la violencia que experimentan o presencian. A esas edades, tienen a su alcance más recursos internos (como percepciones más sofisticadas) y externos (como los profesionales de la escuela y quizás la

educación sobre la violencia familiar) que podrían ayudarles a afrontar la situación<sup>62</sup>.

Al igual que los niños en edad preescolar, los niños en edad escolar expuestos a la violencia presentan mayores probabilidades de sufrir más alteraciones del sueño y es menos probable que exploren y jueguen libremente y se muestren motivados para aprender a controlar su entorno<sup>63</sup>. Además, es posible que los niños en edad escolar tengan una comprensión más profunda de la intencionalidad de la violencia y se preocupen por lo que podrían haber hecho para prevenirla o, incluso, para detenerla.

**Recuadro 8.****El impacto de la violencia comunitaria en los niños en edad escolar**

Varios estudios apoyan la teoría de que existe un vínculo entre la exposición a la violencia comunitaria y los síntomas de ansiedad, depresión y comportamiento agresivo en niños en edad escolar que viven en barrios urbanos donde la violencia es un fenómeno frecuente<sup>64</sup>. En casos extremos de exposición a una violencia comunitaria crónica, los niños en edad escolar pueden presentar también síntomas similares a los del trastorno por estrés postraumático. Algunos estudios han destacado la relación entre el hecho de presenciar actos de violencia y síntomas como las pesadillas, el miedo a salir de casa, la ansiedad y el embotamiento afectivo<sup>65</sup>.



[FOTO 4: Tommy [nombre ficticio], 16 años, de pie en Dublín, Irlanda. En su comunidad, Tommy ha sido víctima de violencia e intimidación por parte de la policía y de sus compañeros. Tommy ha citado la falta de espacio e instalaciones recreativas como una de las principales razones de los enfrentamientos violentos en su comunidad.

© UNICEF/UNI195867/Blundell]

**Recuadro 9.****Datos clave sobre los adolescentes y la salud mental**

- Entre los efectos de la exposición a la violencia sobre los adolescentes cabe mencionar la depresión y las ideas de suicidio, la violencia en las relaciones románticas, el abuso de sustancias y el uso de la violencia como táctica de control. En el mundo, se calcula que hasta el 20 % de los adolescentes (de 15 a 19 años) sufre problemas de salud mental.
- El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes (de 15 a 19 años).
- Alrededor del 15 % de los adolescentes de los países de ingresos bajos y medianos ha pensado en suicidarse.
- En la actualidad, a nivel mundial, los trastornos mentales y los relacionados con el abuso de sustancias son la principal causa de discapacidad en niños y jóvenes<sup>66</sup>.

**Adolescencia**

Los estudios en materia de psicología cognitiva y neurociencia han transformado nuestra forma de entender las causas potenciales de la aparición de los **trastornos mentales en la adolescencia**. Una de las transiciones singulares que tiene lugar durante la adolescencia es que la opinión de los compañeros comienza a ser más importante que la de los padres u otros parientes. Esa influencia de los compañeros tiene un poder tal que lleva a los adolescentes a ser sensibles a los estímulos sociales y a tender en mayor medida a adoptar comportamientos de riesgo.

Durante la adolescencia tiene lugar un proceso activo de búsqueda de identidad, y la falta de orientación en esa etapa crucial podría llevar a tomar malas decisiones<sup>67</sup>. La madurez sexual y las primeras experiencias sexuales pueden verse distorsionadas por las consecuencias de la exposición a la violencia y la perpetuación de las normas de conducta violentas. Es posible que a los adolescentes les resulte difícil obtener el tipo o nivel de ayuda que necesitan porque la exposición a la violencia que les haya afectado puede estar enmascarada por su propio comportamiento violento o infractor.

Se han realizado numerosos estudios sobre la violencia entre los adolescentes en los que se indica que los adolescentes expuestos a la violencia, en particular a una violencia comunitaria crónica a lo

largo de su vida, tienden a presentar altos niveles de agresividad y de mal comportamiento. Esto suele ir acompañado de ansiedad, problemas de conducta, problemas en la escuela, absentismo escolar y ansias de venganza.

Los efectos más graves pueden estar relacionados con el hecho de que los adolescentes están más expuestos a la violencia que los niños más pequeños. Los jóvenes sometidos a un trauma crónico pueden parecer indiferentes a los sentimientos y al dolor y presentar un desarrollo emocional limitado a lo largo del tiempo. También es posible que establezcan un vínculo con grupos de compañeros y pandillas que suplan a su familia e integren la violencia en su vida como un método para afrontar los conflictos o la frustración<sup>68</sup>.

**Aspectos intergeneracionales**

**“Puede tratarse de adolescentes o progenitores que tuvieron una infancia muy difícil, y eso se les ha quedado grabado y no pueden olvidarse. Así que hacen pagar a otros niños para que se sientan igual que ellos se sentían cuando eran más jóvenes”.**

*Ava (nombre ficticio), Canadá<sup>69</sup>*

En cuanto a los **aspectos intergeneracionales** de la violencia y la salud mental, los datos procedentes de los países de ingresos altos demuestran que, si las madres han vivido experiencias adversas en la infancia, tendrán consecuencias trascendentales que pueden durar toda la vida, y afectar a más de una generación<sup>70</sup>. Estas consecuencias incluyen la paternidad interrumpida, apego deteriorado, educación deficiente y problemas de salud mental en los niños.

Unos estudios realizados recientemente en países de ingresos bajos y medianos han demostrado que, cuando las madres sufren malos tratos y están expuestas a la violencia, pueden verse más actitudes y tendencias violentas hacia los niños<sup>71</sup>. La depresión materna también se ha asociado a perturbaciones en el desarrollo emocional, conductual y cognitivo durante la infancia, incluidos problemas de salud mental comunicados por las propias personas, un mayor riesgo de violencia y de abuso de sustancias y malos resultados en los estudios<sup>72</sup>.

Los niños también pueden sufrir daños cuando quienes los cuidan son **víctimas de violencia infligida por la pareja o cuando presencian ese tipo de violencia**. Los estudios han demostrado que los niños que son testigos de violencia doméstica o

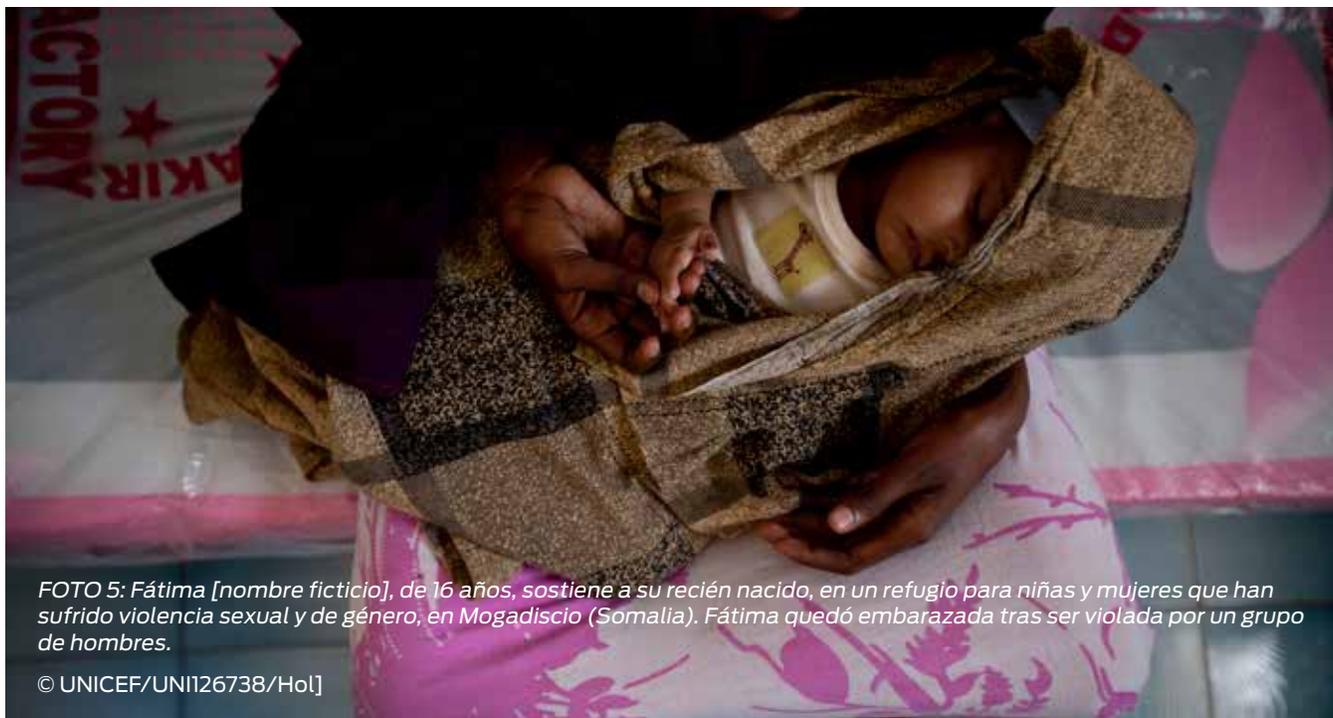


FOTO 5: Fátima [nombre ficticio], de 16 años, sostiene a su recién nacido, en un refugio para niñas y mujeres que han sufrido violencia sexual y de género, en Mogadiscio (Somalia). Fátima quedó embarazada tras ser violada por un grupo de hombres.

© UNICEF/UNI126738/Ho1]

### MENSAJES CLAVE

- El impacto de la violencia sobre la salud mental de la infancia depende de la forma en que esta se experimenta durante el crecimiento y el desarrollo.
- La violencia en la primera infancia puede impedir el apego seguro, perturbar los hábitos de sueño y alimentación y alterar el desarrollo del cerebro.
- Los bebés y niños pequeños que son testigos de la violencia pueden mostrar una irritabilidad extrema, miedo a estar solos y regresión en el uso del inodoro y en el lenguaje.
- Es posible que los niños en edad escolar tengan una comprensión más profunda de la intencionalidad de la violencia que los niños más pequeños y se preocupen por lo que podrían haber hecho para prevenirla o detenerla.
- La adolescencia va acompañada de una mayor sensibilidad a la influencia de los compañeros y una mayor propensión al comportamiento de riesgo. Entre los efectos de la exposición a la violencia sobre los adolescentes cabe mencionar la depresión y las ideas de suicidio, el abuso de sustancias y el uso de la violencia como táctica de control.
- En lo que respecta a la salud mental, las experiencias de violencia afectan a varias generaciones, especialmente cuando la madre ha vivido experiencias adversas durante su infancia o ha sufrido violencia de pareja.

que viven con madres víctimas de violencia infligida por la pareja corren un riesgo más elevado de sufrir malos tratos en el hogar. También hay datos que parecen indicar que los niños expuestos a la violencia doméstica tienen más probabilidades de mostrarse agresivos hacia sus compañeros o hermanos y de perpetuar la violencia una vez alcanzada la edad adulta, bien como víctimas, o bien como perpetradores. El hecho de presenciar actos de violencia entre los progenitores o los cuidadores también puede influir en las actitudes de los niños y las niñas hacia la admisibilidad de la violencia en el seno de la familia y las relaciones íntimas, lo que a su vez puede transmitirse a la siguiente generación, perpetuando así el ciclo de violencia.

### Las consecuencias para la salud mental de los diferentes entornos y formas de violencia contra la infancia

Además de variar a lo largo de la vida, el impacto de la violencia en la salud mental de la infancia depende de las formas de violencia que se experimentan y de los entornos en los que esta se produce. El cuadro 1 resume los principales resultados en materia de salud mental de las distintas formas de violencia y de los distintos entornos.

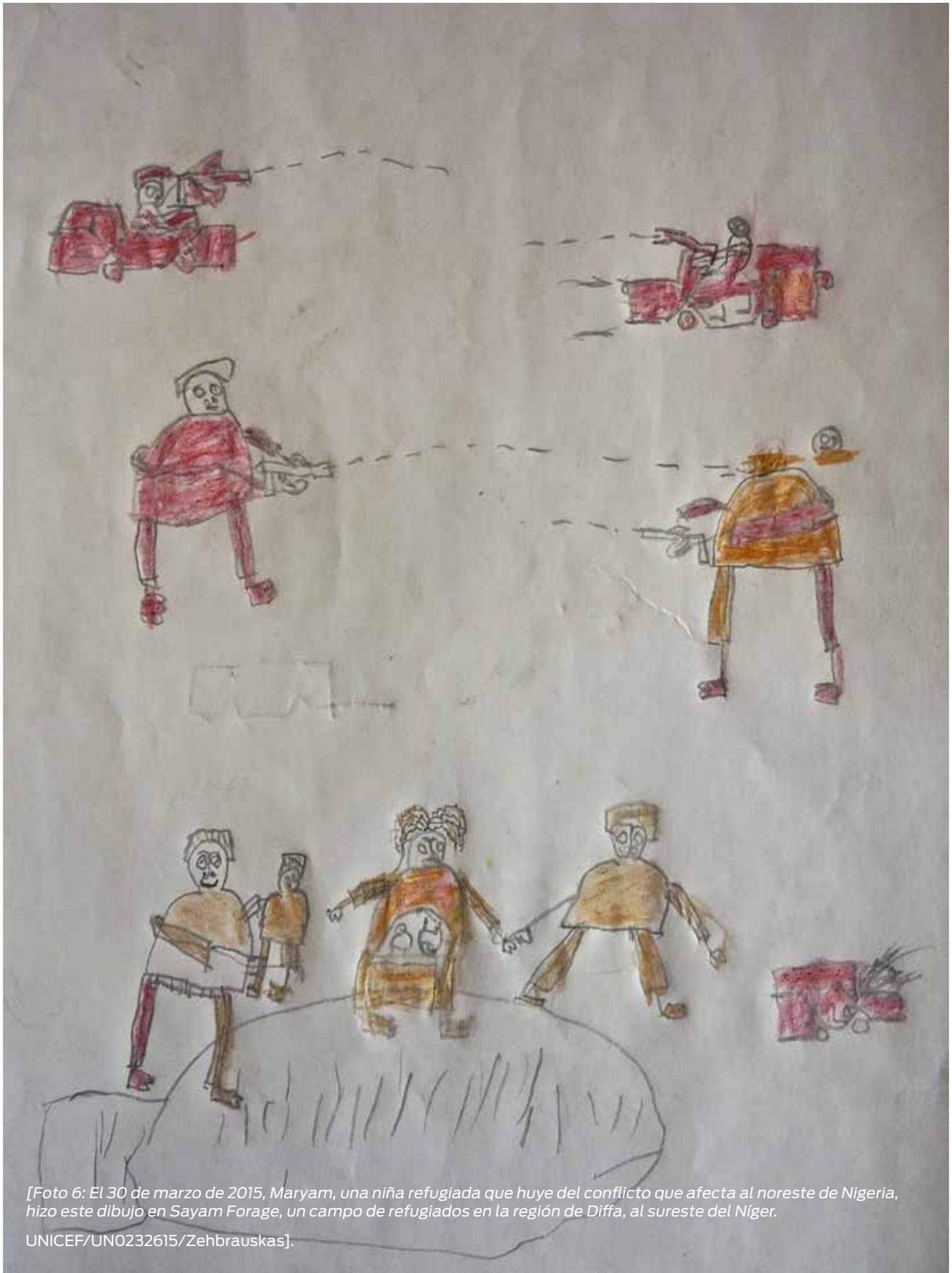
Es importante señalar que la exposición a la violencia no es en sí misma un diagnóstico. No todas las personas afectadas por un determinado tipo de violencia reaccionarán de la misma manera ni se beneficiarán del mismo tratamiento.

**Cuadro 1 FORMAS, ENTORNOS Y CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA PARA LA SALUD MENTAL**

Formas y entornos	Consecuencias para la salud mental
Violencia psicológica	<p>Mayor riesgo de un patrón de depresión, ansiedad, baja autoestima, relaciones inadecuadas o problemáticas y falta de empatía a lo largo de la vida.</p> <p>Posibles retrasos en el desarrollo durante la infancia.</p>
Violencia sexual	<p>Entre las consecuencias se encuentran la depresión, el trastorno por estrés postraumático, el riesgo de suicidio, el abuso de sustancias, los trastornos alimentarios, el embarazo en la adolescencia, los comportamientos sexuales de riesgo, un peor rendimiento académico y una percepción más negativa del propio estado de salud<sup>73</sup>.</p> <p>Puede alterar las sensaciones corporales, como la intensidad del dolor y el hambre<sup>74</sup> o la capacidad de atención y la memoria funcional<sup>75</sup>.</p> <p>El impacto psicológico y emocional puede ser especialmente devastador porque el secreto, la vergüenza y el estigma —sustentados en normas de género perjudiciales— hacen que los chicos y chicas que sufren abusos sexuales tengan que enfrentarse solos a ellos.</p>
Violencia física y castigos	<p>Se asocia a trastornos de conducta, trastornos de ansiedad, depresión y abuso de sustancias. Hay pruebas que indican una correlación entre los castigos corporales y un mayor nivel de agresividad, un menor grado de empatía y la forma en que los niños asimilan y siguen las normas morales<sup>76</sup>.</p> <p>Conlleva una ralentización del desarrollo cognitivo y un peor rendimiento académico.</p>
Descuido	<p>Se asocia a una serie de problemas de comportamiento, cognitivos, de desarrollo y de interiorización<sup>77</sup>, y puede llegar a ser tan perjudicial como otras formas de maltrato<sup>78</sup>.</p>
Acoso	<p>Se asocia a un peor rendimiento académico y problemas de salud mental, incluidos síntomas de ansiedad y depresión, pensamientos y acciones suicidas, autolesiones y comportamientos violentos, que, según se ha comprobado, persisten en la edad adulta. Muchas de esas consecuencias se observan también en el ciberacoso, a su vez relacionado con un mayor riesgo de consumo de alcohol y tabaco y de participar en juegos de azar<sup>79</sup>.</p> <p>El acoso no solo afecta a sus víctimas: ser el niño que acosa también suele tener consecuencias negativas para su propia situación tanto en la infancia como en etapas posteriores de la vida. Los acosadores presentan más problemas de exteriorización, como conductas antisociales y de riesgo, y, posteriormente, tendencias a cometer algún delito. El hecho de ser a la vez acosador y víctima de acoso incrementa el riesgo de sufrir problemas psicológicos y de conducta.</p>
Violencia en línea	<p>La exposición de los niños a la violencia y a contenido inapropiado en el ciberespacio (como ejemplos de maltrato infantil, pornografía, discurso de odio y contenido que promueve comportamientos malsanos o peligrosos, incluidos las autolesiones, el suicidio y la anorexia) se asocia a comportamientos problemáticos, como un mayor grado de agresividad, ansiedad y síntomas de estrés postraumático. Además, esos niños pueden acabar teniendo menos empatía y compasión por los demás. La representación del suicidio en Internet, que puede dar lugar a suicidios por imitación, es especialmente problemática<sup>80</sup>.</p>
Niños en entornos institucionales	<p>Existen pruebas sólidas y consistentes sobre el impacto negativo del acogimiento institucional en la salud mental de la infancia, en particular en lo que respecta a las altas tasas de síntomas psiquiátricos y problemas emocionales y conductuales. Los exámenes periódicos suelen destacar los vínculos entre el abandono institucional grave y el retraso en el desarrollo cognitivo; también puede provocar una discapacidad permanente<sup>81</sup>.</p> <p>Las investigaciones han confirmado los efectos cognitivos especialmente negativos para los niños más pequeños y los que pasan largos períodos en las instituciones<sup>82</sup>.</p>

Formas y entornos	Consecuencias para la salud mental
Niños privados de libertad	<p>Los niños que se encuentran en centros de detención judicial presentan niveles de salud mental notablemente superiores a los de otros niños de su comunidad, en particular trastornos por abuso de sustancias, trastornos de conducta y depresión. Muchos de los niños detenidos padecen también trastorno por estrés postraumático y otros trastornos mentales graves que requieren tratamiento inmediato. Es importante destacar que se ha comprobado la enorme comorbilidad en los trastornos de salud mental en los niños detenidos, es decir, que existen junto a otras condiciones<sup>83</sup>.</p> <p>Las autolesiones y los comportamientos suicidas son mayores entre los niños detenidos que entre sus compañeros de la comunidad. Los adolescentes que han estado detenidos tienen cuatro veces más probabilidades de suicidarse que el resto<sup>84</sup>.</p> <p>Los niños detenidos como respuesta a la inmigración son vulnerables a graves trastornos de salud mental como resultado de una serie de factores, como la tortura y el trauma antes de la llegada, la ruptura de la unidad familiar durante la detención, la duración de la detención y la incertidumbre sobre el futuro, y ser testigo de un trauma durante la detención<sup>85</sup>.</p>
Prácticas nocivas	<p>Las prácticas nocivas pueden provocar daños psicológicos tanto inmediatos como a largo plazo.</p> <p>Las niñas y las mujeres que han sufrido mutilación genital femenina, por ejemplo, pueden presentar índices más elevados de trastornos de la salud mental, en particular depresión, trastornos de ansiedad, trastorno por estrés postraumático y dolencias somáticas sin causa orgánica aparente<sup>86</sup>.</p> <p>Una investigación sobre el matrimonio infantil y el bienestar psicológico en Níger y Etiopía encontró asociaciones significativas y negativas entre el matrimonio precoz y el bienestar psicológico, incluidas la depresión y la ansiedad, así como la vitalidad y la salud general. Estas asociaciones se mantuvieron incluso después de ajustar la prevalencia del matrimonio infantil, la violencia y el bienestar psicológico medio a nivel comunitario. Esto sugiere que el matrimonio precoz es perjudicial para el bienestar psicológico incluso después de tener en cuenta las normas sociales aceptables para el matrimonio infantil y otras variables de la comunidad<sup>87</sup>.</p>
Violencia armada en la comunidad	<p>Según varias investigaciones, los niños expuestos a la violencia con armas de fuego pueden sufrir efectos psicológicos negativos a corto y largo plazo, entre ellos, ira, retraimiento, trastorno por estrés postraumático, insensibilización ante la violencia, trastornos del sueño, pensamientos indeseados sobre el suceso traumático, dificultad para concentrarse en el aula, disminución del rendimiento académico y menores aspiraciones educativas y profesionales. Otros resultados incluyen el aumento de la delincuencia, comportamientos sexuales de riesgo y el consumo indebido de sustancias adictivas<sup>88</sup>.</p> <p>Los efectos son más graves en el caso de los niños que son víctimas directas de la violencia con armas de fuego o que viven en comunidades donde son testigos de la violencia armada repetidamente.</p>
Niños refugiados	<p>Los refugiados que huyen de la persecución, la tortura o la violencia sexual corren un alto riesgo de desarrollar trastornos psicológicos tanto agudos como crónicos. Los traumas acumulados antes del desplazamiento, como ser objeto de amenazas, ser testigos de actos de violencia y carecer de acceso a las necesidades básicas, y después, como los problemas relacionados con la protección, la apatridia y la detención, también contribuyen a la angustia general del niño<sup>89</sup>.</p> <p>Los niños que viven estas experiencias se enfrentan a un riesgo mucho mayor de sufrir graves problemas de salud mental, en particular el trastorno de estrés postraumático y la depresión en etapas posteriores de la vida<sup>90</sup>.</p> <p>Un metanálisis de 30 estudios sobre refugiados encontró un rango de prevalencia de 0 a 87 % para los niños cuyos casos cumplían los criterios de trastorno de estrés postraumático<sup>91</sup>. Los niños tenían miedo de recordar los sucesos traumáticos o de que se repitieran, sufrían dolores de cabeza, pérdida de peso, ansiedad general e insomnio. La prevalencia de los síntomas depresivos iba del 35 % al 90 % en todos los estudios.</p> <p>La prevalencia de la agresividad o los problemas de conducta entre los jóvenes de los campos de refugiados se sitúa en torno al 36%, y los chicos muestran más agresividad que las chicas<sup>92</sup>.</p>

Formas y entornos	Consecuencias para la salud mental
Epidemias	<p>Las medidas de confinamiento pueden exponer a los niños a un mayor riesgo de violencia y explotación. Cuando los niños en hogares abusivos, en modalidades alternativas de cuidado, en situaciones de calle y en entornos humanitarios, por ejemplo, se ven privados de servicios, pueden verse privados también de ayuda necesaria de seguridad y apoyo.</p> <p>Además del impacto de la violencia en el hogar, en línea o en otros entornos, el aislamiento causado por las medidas de confinamiento durante las epidemias está relacionado con una serie de efectos en la salud mental de la infancia.</p> <p>Los niños pueden tener problemas cuando se interrumpen sus rutinas diarias, ya que esto interfiere con su sentido de estructura, previsibilidad y seguridad. Los niños también pueden preocuparse por su propia seguridad y la de sus seres queridos, por cómo se cubrirán sus necesidades básicas y por lo que ocurrirá en el futuro. Los niños que ya han sufrido traumas o que tienen problemas mentales, físicos o de desarrollo preexistentes corren un riesgo especialmente alto de sufrir trastornos emocionales.</p> <p>Las reacciones de los niños y los signos comunes de angustia pueden variar acuerdo a su edad, sus experiencias previas y su forma habitual de afrontar el estrés. Algunos cambios habituales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Llanto excesivo o irritación en los niños más pequeños</li> <li>▪ Regresión a un comportamiento que había superado (como el control de esfínteres o enuresis)</li> <li>▪ Preocupación o tristeza excesivas</li> <li>▪ Irritabilidad y comportamiento “rebelde” en los adolescentes</li> <li>▪ Mal rendimiento escolar</li> <li>▪ Abandono las actividades que solían disfrutar</li> <li>▪ Dolores de cabeza o de cuerpo inexplicables</li> <li>▪ Consumo de alcohol, tabaco u otras drogas</li> </ul>
Conflictos armados internacionales y conflictos armados internos	<p>Todas las pruebas confirman los efectos perjudiciales de la guerra y la violencia militar en la salud mental de los niños y los adultos, al aumentar los casos de trastorno por estrés postraumático, depresión, ansiedad y síntomas disociativos (por ejemplo, revivir eventos traumáticos, sentir brevemente que se pierde el contacto con lo que sucede alrededor o ser incapaz de recordar nada durante un período de tiempo)<sup>93</sup>.</p> <p>Los traumatismos craneoencefálicos son un problema importante para los niños y las niñas que se encuentra en zonas de conflicto y aumentan las posibilidades de sufrir problemas de salud mental posteriores<sup>94</sup>.</p> <p>Es importante recordar que los factores de estrés en estos entornos están interconectados, y que el impacto negativo de la violencia se ve agravado por la falta de acceso a los servicios de apoyo que los niños necesitan para sobrevivir y hacer frente al estrés.</p> <p>La violencia sistemática es especialmente traumática para las víctimas y para quienes las tratan y asisten<sup>95</sup>. Un ejemplo es la violencia extrema, la tortura, la esclavitud, la violencia sexual sistemática y el reclutamiento de niños soldados a los que somete el EIL/Dáesh a la minoría yazidí en el norte de Iraq. En casi la mitad (42,9 %) de los casos, las víctimas que escaparon del EIL presentan un cuadro completo de trastorno por estrés postraumático y el 39,5 % sufre una depresión mayor. Entre las víctimas del EIL, las mujeres son más proclives que los hombres a sufrir trastorno por estrés postraumático y depresión profunda. La tortura y la violencia sexual son indicadores sólidos del desarrollo del trastorno por estrés postraumático y de la depresión comórbida<sup>96</sup>.</p>



[Foto 6: El 30 de marzo de 2015, Maryam, una niña refugiada que huye del conflicto que afecta al noreste de Nigeria, hizo este dibujo en Sayam Forage, un campo de refugiados en la región de Diffa, al sureste del Níger.

UNICEF/UN0232615/Zehbrauskas].

## 4. Entender los factores de riesgo y de protección

La base de una acción eficaz se encuentra en determinar cuáles son los factores que exponen a los niños al riesgo de sufrir violencia y problemas de salud mental, y los factores que pueden protegerlos contra ambos. Además, un enfoque integrado para disminuir los riesgos que corren y lograr una mayor protección es la base de cualquier esfuerzo satisfactorio de prevención y respuesta.

### Factores de riesgo

Algunos factores de riesgo están relacionados con una forma concreta de violencia contra la infancia, pero, en general, los diversos tipos de violencia tienen en común varios factores de riesgo. Esto se refleja en la prevalencia de la polivictimización, que implica diferentes formas de violencia<sup>97</sup>. Los riesgos pueden encontrarse a nivel individual, dentro de las relaciones, y en la comunidad y la sociedad, de acuerdo con el modelo ecológico social<sup>98</sup>. Del mismo modo, los determinantes de la salud mental abarcan múltiples factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales<sup>99</sup>.

**Los factores individuales** incluyen características biológicas y demográficas que aumentan el riesgo de que un niño o un joven sea víctima de la violencia, tales como el género, la edad, un bajo nivel de estudios, unos niveles de ingresos bajos, la discapacidad o los problemas de salud mental, el hecho de ser lesbiana, gay, bisexual o transgénero, el consumo nocivo de alcohol y drogas y tener antecedentes de exposición a la violencia. Muchas de estas características también dictan la salud mental en general. En este caso, es importante considerar los efectos magnificados de la interseccionalidad en las disparidades y resultados de la salud mental<sup>100</sup>.

**Los factores relacionales** se derivan de las relaciones con los compañeros, las parejas íntimas y los miembros de la familia, e incluyen la falta de apego emocional entre el niño y sus padres o cuidadores, un mal desempeño de las funciones parentales, la disfunción familiar y las separaciones, la participación en actividades ilegales con otros compañeros, el hecho de presenciar actos de violencia entre los padres o cuidadores y los matrimonios precoces y forzados. La pérdida de uno de los padres o de un familiar cercano, la mala salud mental de la madre y el abuso de sustancias por parte de los cuidadores también están relacionados con resultados negativos en la salud mental de los niños<sup>101</sup>.

### Entre los factores de riesgo a nivel comunitario

se incluye la manera en que las características de entornos como las escuelas, los lugares de trabajo y los vecindarios aumentan el riesgo de violencia durante la infancia. Entre ellas cabe señalar la pobreza, la alta densidad de población, la población de paso, la escasa cohesión social, los entornos físicos inseguros, los altos índices de delincuencia y la existencia de un comercio local de drogas. Las investigaciones señalan el mayor riesgo de exposición múltiple a la violencia para los niños que viven en condiciones de pobreza, junto con otros factores de riesgo demográficos, como vivir en un hogar monoparental o pertenecer a una minoría racial-étnica, independientemente de la situación de los niños en cuestiones de vivienda o de que no tengan hogar<sup>102</sup>.

### Entre los factores de riesgo relacionados con la sociedad

se incluyen las normas jurídicas y sociales que crean un clima en el que se fomenta o normaliza la violencia. También se incluyen las normas culturales según las cuales el uso de la violencia es aceptable para resolver los conflictos, las normas que reafirman el rol dominante de los hombres sobre las mujeres y los niños y el criterio de que los derechos de los padres priman sobre el bienestar de los niños. Al mismo tiempo, incluyen las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que perpetúan las desigualdades económicas, sociales o de género, la falta de protección social o su inadecuación, una mala gobernanza y una débil aplicación de la ley.

#### Recuadro 10.

##### Actitud con respecto a la violencia

La actitud con respecto a la violencia es crucial a la hora de definir su riesgo en una serie de entornos. Según un estudio longitudinal realizado por Lansford y otros en 2017 en nueve países, la aceptación de la violencia por parte de la comunidad era un indicador de la disciplina violenta por parte de los padres<sup>103</sup>. Cuando la sociedad acepta que se recurra a la violencia, los niños y las niñas lo aceptarán y racionalizarán, especialmente como forma de imponer la disciplina<sup>104</sup>. La investigación también muestra que las creencias y actitudes de los profesores con respecto a la violencia determinarán los niveles de violencia en sus aulas, al ejercer una gran influencia sobre lo que constituye un comportamiento “normal” o adecuado. Las creencias de los profesores, incluso si se limitan a la inacción, pueden aumentar la prevalencia y la frecuencia de las conductas de acoso en las aulas<sup>105</sup>.

**Las emergencias**, como los conflictos, los desastres naturales y los brotes de enfermedades, fragilizan las sociedades y erosionan el apoyo que podría proteger a la infancia en circunstancias normales. Los progenitores y otras figuras de apego pueden perder la vida o quedar discapacitados o traumatizados y los niños pueden verse obligados a asumir el cuidado de adultos.

Las escuelas, que en muchos sentidos protegen y también son un punto de partida en cuanto a la salud mental y al apoyo psicosocial, pueden cerrar, quedar dañadas o ser objeto de un ataque militar. Las oportunidades para jugar y entablar amistades suelen ir reduciéndose a medida que las familias se desplazan o se ven obligadas a confinarse y desaparecen los espacios comunitarios seguros.

#### Recuadro 11.

#### Salud mental y conflicto: “Después de un tiempo, [la violencia] se convirtió en parte de mí”

Cada vez hay más pruebas sobre el impacto en la salud mental de la infancia causado por los cambios en la estructura, las normas y los roles de la sociedad durante los conflictos. Varios estudios describen cambios en el comportamiento sexual, como tener relaciones sexuales a una edad más temprana o el matrimonio infantil. Un niño desplazado y separado de su familia puede enfrentarse a un mayor riesgo de explotación, comportamiento sexual de alto riesgo, enfermedades de transmisión sexual y embarazo en la adolescencia<sup>106</sup>. El precio que pagan los niños soldados puede ser extremo: en varios estudios, los niños describen el proceso de su adoctrinamiento y los métodos de control, por ejemplo el maltrato físico y psicológico infligido periódicamente, la tortura y la normalización de la violencia<sup>107</sup>.

Un niño lo describió así: “Después de un tiempo, [la violencia] se convirtió en parte de mí”<sup>108</sup>.

**La forma en que todos estos factores interactúan en todos los niveles del modelo ecológico social es tan importante como la influencia de cualquier factor dentro de un solo nivel.**

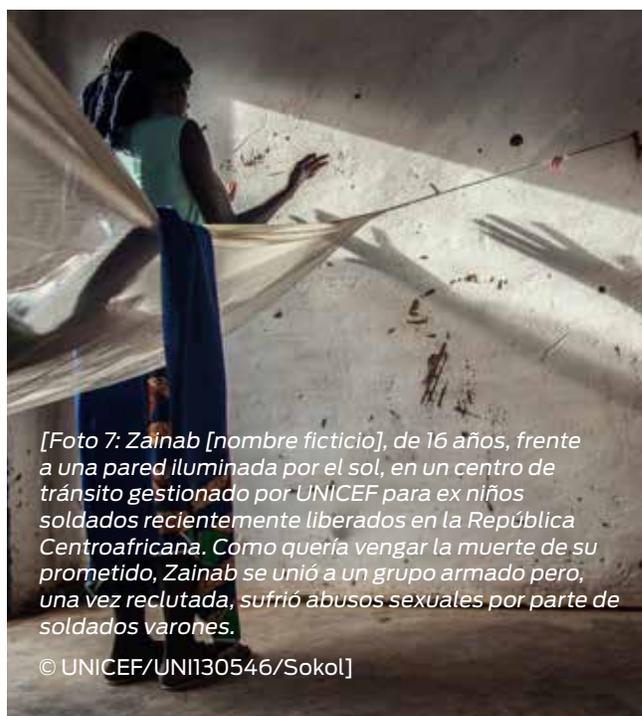
#### Recuadro 12.

#### La salud mental de los niños y la violencia en Zimbabue

En el primer estudio realizado en Zimbabue para estimar los factores de riesgo de la violencia emocional y física en la infancia utilizando datos representativos a nivel nacional se encontraron fuertes vínculos entre la mala salud mental y los comportamientos nocivos, en línea con la investigación internacional. Chigiji y otros confirmaron que, en el caso de las niñas, los factores de riesgo significativos a la hora de sufrir violencia física son: haber sufrido alguna vez maltrato emocional antes de los 13 años, enfermedad de algún adulto en el hogar, la situación socioeconómica y la edad. En el caso de los niños, entre los factores de riesgo están las relaciones con los compañeros y la situación socioeconómica, mientras que los factores de protección son los docentes dedicados y los miembros de confianza de la comunidad. Los factores de riesgo en el caso del abuso emocional varían, pero incluyen las relaciones familiares, las variables del profesorado y de la escuela, la situación socioeconómica y la confianza y seguridad que inspira la comunidad<sup>109</sup>.

#### Factores de protección

**Los factores de protección pueden agruparse en tres categorías principales: los relacionados con el niño, los relacionados con la familia y los extrafamiliares.**



[Foto 7: Zainab [nombre ficticio], de 16 años, frente a una pared iluminada por el sol, en un centro de tránsito gestionado por UNICEF para ex niños soldados recientemente liberados en la República Centroafricana. Como quería vengar la muerte de su prometido, Zainab se unió a un grupo armado pero, una vez reclutada, sufrió abusos sexuales por parte de soldados varones.

© UNICEF/UNI130546/Sokol]

**Los factores relacionados con el niño** incluyen la adaptabilidad, la personalidad, el optimismo y el estilo de afrontamiento del niño, así como la forma en que entiende y valora los acontecimientos que ocurren a su alrededor. En los estudios se mencionan otros factores de protección, como la autoestima y la confianza en las propias capacidades, el hecho de resultar atractivo a los demás tanto por la personalidad como por la apariencia, los talentos individuales, la creencia religiosa, las ventajas socioeconómicas, las oportunidades de estudiar en una buena escuela y tener un buen empleo y el contacto con personas y entornos favorables al desarrollo<sup>110</sup>. En otras palabras: niños y niñas que tienen las oportunidades, el apoyo y la confianza que se derivan de una infancia segura y enriquecedora.

### Recuadro 13.

#### Estrategias de afrontamiento de la infancia ante la violencia

Las investigaciones destacan el papel fundamental de las estrategias de afrontamiento de los niños que emplean la regulación emocional, que muchos investigadores definen como la capacidad de potenciar o reducir sus emociones según sea necesario— como recurso de protección ante los síntomas de trastornos de la salud mental cuando están expuestos a múltiples formas de violencia. Los niños que consideran que su forma de afrontar las emociones es efectiva indican que presentan menos síntomas de trastornos de la salud mental. Por tanto, las estrategias de afrontamiento a las que recurren los propios niños podrían amortiguar los efectos más nocivos de cierta exposición a la violencia, ya sea como parte de las estrategias de prevención o del tratamiento<sup>111</sup>.

La resiliencia es una cuestión clave y puede determinar qué niños experimentarán menos efectos perjudiciales en respuesta a la exposición a la violencia<sup>112</sup>. La resiliencia se refiere a la capacidad de una persona para orientarse hacia los recursos que pueden apoyar y mantener su salud y bienestar. Es, en parte, un rasgo personal y, en parte, un proceso moldeado por la cultura y el contexto. Las conclusiones de varios estudios realizados con bebés, niños pequeños y jóvenes expuestos a la violencia en la comunidad aluden sistemáticamente a un reducido número de factores de protección que son cruciales para su desarrollo. Estos factores de protección incluyen un adulto atento, un lugar seguro en la comunidad y los propios recursos internos del niño. Los hallazgos también sugieren que el impacto de los factores de riesgo ambientales en un niño o joven puede reducirse o incluso prevenirse si reciben ayuda para reforzar su propia resiliencia<sup>113</sup>.

**Entre los factores de protección relacionados con la familia** se incluyen el grado de solidez y la naturaleza de la relación de un niño con sus padres, hermanos o miembros de la familia extensa. El recurso de protección más importante para que un niño pueda afrontar la violencia es una relación estrecha con un adulto competente, cariñoso y positivo, que, en la mayoría de los casos, es uno de los padres. Con ayuda de una buena crianza por parte de uno de los progenitores u otro adulto importante en su vida, el niño puede tener un buen desarrollo cognitivo y social incluso en circunstancias adversas.

La educación materna es un factor de protección que puede ser clave para la disminución de los riesgos asociados a las dificultades intra y extrafamiliares<sup>114</sup>. Los bajos niveles de educación materna en los países de ingreso alto, por ejemplo, se asocian a un mayor riesgo de problemas cognitivos, conductuales y emocionales en la infancia<sup>115</sup>. Una madre que viva en un entorno con pocos recursos pero que haya recibido una educación superior tiene más probabilidades de tener interacciones de mejor calidad con su(s) hijo(s) y mayores conocimientos sobre el desarrollo infantil, y de proporcionar una estimulación de mayor calidad en el hogar, y es probable también que tenga libros en su casa. La integración de la estimulación infantil en las intervenciones en materia de salud y nutrición también puede tener un efecto protector, en particular en los contextos humanitarios.

**Los factores extrafamiliares** incluyen las relaciones positivas y el apoyo social de los compañeros o los adultos, como los profesores y los líderes comunitarios. Hay pruebas de que un clima escolar positivo puede proteger contra los problemas de salud mental y la victimización por parte de los compañeros, incluso en lugares con altos niveles de violencia comunitaria. En general, los estudiantes que hayan vivido en un contexto de considerable violencia comunitaria unida a un clima escolar negativo son los que muestran un peor desarrollo<sup>116</sup>. También son cruciales las prácticas culturales, las normas sociales y los marcos jurídicos que protegen contra la discriminación.

#### MENSAJES CLAVE

- La base de una acción eficaz para prevenir y combatir la violencia durante la infancia y sus efectos en la salud mental radica en definir los factores que ponen a los niños en peligro y los factores que podrían protegerlos.
- Hay factores de riesgo en todos los niveles: individuales, familiares/relacionales, comunitarios y sociales.
- La interacción entre los distintos niveles es tan importante como la influencia que pueda tener un factor en particular dentro de uno solo de ellos.
- Los factores de protección pueden agruparse en tres categorías principales: los relacionados con el niño, los relacionados con la familia y los extrafamiliares.



[Foto 8: El autorretrato sonriente de un niño fue el resultado de una sesión de terapia artística en Beautiful Gate, un centro para niños maltratados y abandonados en Lower Crossroads, un barrio de Ciudad del Cabo.

© UNICEF/UNI45429/Pirozzi]

## 5. Lo que funciona: evidencia de la prevención y respuesta efectivas

**“Las víctimas no quieren que la experiencia sea lo que les defina para el resto de su vida. ¿Por qué tenemos un sistema en el que me siento avergonzado por el mal que me hicieron? ¿Por qué somos nosotros los que escondemos la cara de vergüenza? No le daré a mi abusador la oportunidad de escribir mi historia”.**

*Sophie, superviviente y activista, Kenia<sup>117</sup>*

Tenemos más datos, estudios y otras pruebas en relación con las intervenciones encaminadas a prevenir y dar respuesta a la violencia contra la infancia<sup>118</sup>. La OMS ha observado que **cada vez hay más datos que demuestran la eficacia y la relación costoeficacia de las intervenciones** encaminadas a promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales, como se establece en su Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020<sup>119</sup>. La propia OMS cuenta con iniciativas destinadas a reforzar los sistemas de atención a la salud mental y la provisión de intervenciones psicosociales para la promoción, la prevención y la atención de niños y adolescentes<sup>120</sup>.

La comisión de The Lancet sobre la salud mental a nivel mundial y el desarrollo sostenible señaló una serie de intervenciones que consideraba necesarias para prevenir los trastornos mentales y asociados al consumo de drogas y proporcionar tratamiento y asistencia para fomentar la recuperación<sup>121</sup>. La comisión destacó diversas **intervenciones innovadoras con posibilidades de aplicación a mayor escala**, que podrían llevarse a cabo a través del sistema habitual de atención sanitaria o de otras plataformas.

Las intervenciones preventivas que se centran en **la salud mental materna, la interacción entre la madre y el bebé y el juego y la estimulación** tienen beneficios positivos a largo plazo tanto para los bebés como para las madres. Las intervenciones que promueven un inicio inmediato de la lactancia materna y el contacto físico cercano con la madre y que mejoran la capacidad de respuesta de la madre son especialmente importantes, ya que crean vínculos y reducen el riesgo de maltrato infantil. Además, la educación impartida a los padres y las intervenciones con múltiples componentes (que, por lo general, combinan el apoyo familiar, la educación preescolar, las habilidades para la crianza de los hijos y los servicios de guarda de niños) podrían,

según parece, ser eficaces para prevenir el maltrato infantil y reducir los problemas de salud mental en los niños expuestos a circunstancias adversas y en los niños afectados por conflictos armados<sup>122</sup>.

Un meta-análisis de 2018 de 193 estudios realizado por Patel y otros para la comisión de The Lancet reveló que **la depresión materna** estaba estrechamente asociada al aumento de los trastornos mentales (tanto interiorización como exteriorización) entre sus hijos. Asimismo, existen pruebas sólidas de que las intervenciones de apoyo a las madres con problemas de salud mental contribuyen a reducir los problemas de interiorización y exteriorización de sus hijos, y a prevenir la aparición de problemas de salud mental en la infancia. Los programas de visitas a domicilio a las madres y sus recién nacidos son especialmente útiles cuando incluyen la detección y el tratamiento de la depresión materna y la realización de intervenciones psicosociales en el marco de los servicios habituales de atención pre- y posnatal<sup>123</sup>.

Invertir en las intervenciones en las esferas de la crianza y el bienestar infantil es clave para **romper los ciclos tóxicos de la transmisión de la violencia, la pobreza y las enfermedades mentales** de una generación a otra. Las intervenciones en la crianza de los hijos tienen como objetivo modificar los aspectos de los cuidados que podrían suponer un riesgo para los niños, por ejemplo, promoviendo una disciplina no violenta o logrando que los padres entiendan mejor los posibles efectos de la violencia en el desarrollo de sus hijos. Según la American Psychological Association, se ha probado una amplia gama de programas de prevención centrados en la familia y han logrado efectos reales y, además, varios han sido rentables<sup>124</sup>. El programa de visitas a domicilio de la Nurse Family Partnership en Estados Unidos, por ejemplo, ha demostrado que ahorra entre 3 y 6 dólares por cada dólar invertido<sup>125</sup>.

La comisión de The Lancet descubrió que una intervención de estimulación psicosocial y de apoyo para la crianza de niños menores de 3 años con un retraso del crecimiento mejoraba sustancialmente su capacidad de desenvolverse en la vida y su situación laboral en la edad adulta. En las escuelas, la preparación para la vida centrada en el desarrollo de habilidades sociales, emocionales, de resolución de problemas y de afrontamiento está considerada

una de las mejores prácticas para que los niños de todas las edades adquieran competencias emocionales y sociales<sup>126</sup>.

En lo que respecta al tratamiento, la atención y la rehabilitación en entornos con pocos recursos, un conjunto básico de intervenciones para la infancia podría incluir programas de capacitación en materia de aptitudes para la crianza de los hijos, que son eficaces en el caso de niños con problemas emocionales, de desarrollo y de comportamiento<sup>127</sup>.

**El modelo de rehabilitación de ámbito comunitario** es un enfoque basado en los derechos que aprovecha los puntos fuertes inherentes de la comunidad y en el que participan personas

con discapacidad, familiares y voluntarios. Estos enfoques deben contar con el apoyo de los profesionales locales de la salud para facilitar su inclusión en los servicios generales, cuando sea posible, y deben adaptarse a las necesidades y recursos locales específicos.

Los datos sobre los programas de rehabilitación de base comunitaria para niños con retrasos y trastornos del desarrollo destacan tanto su aceptación por parte de las comunidades locales como sus beneficios<sup>128</sup>. También hay pruebas que promocionan el uso de grupos de apoyo — tanto para los padres como para los hijos— y de servicios temporales de cuidado para los niños con discapacidades psicosociales<sup>129</sup>.

#### Recuadro 14.

#### Waves for Change (W4C) - Sudáfrica

**“Waves for Change me enseñó a ser independiente y a confiar en el mañana. Si me caigo, sé que puedo volver a levantarme. La vida está llena de retos, pero no me rendiré”.**

*Participante del W4C*

Waves for Change (W4C) Surf Therapy ofrece servicios de salud mental a jóvenes vulnerables que viven en comunidades inestables de Ciudad del Cabo (Sudáfrica). Los jóvenes remitidos al programa han sufrido diversos acontecimientos adversos en su infancia que han tenido un gran impacto en su salud mental:

- El 37% ha sido testigo de disparos, apuñalamientos o ataques contra personas
- Al 35 % se le ha muerto alguien en casa
- El 28 % suele pasar hambre y no tiene comida en casa
- El 21 % ha sido agredido físicamente por un adulto.

W4C combina la terapia mental y corporal de base empírica con el surf para solucionar los problemas de salud mental y física. El programa corre a cargo de entrenadores de la comunidad que han sido formados para interactuar con los jóvenes y apoyarlos utilizando el entorno local del surf.

Escuelas, servicios comunitarios y organismos gubernamentales remiten a los jóvenes. Participan en el programa durante 12 meses y todas las semanas participan en clínicas de surf semanales donde establecen vínculos con su mentor y con los demás.

Después de 12 meses, la mayoría de los participantes demuestran una mejor autorregulación emocional y son más optimistas. Tanto el profesorado como los progenitores han señalado que los participantes están más tranquilos, se involucran más en la escuela y son más resilientes ante el estrés.

El programa W4C se ha ampliado ahora a cinco localidades de Sudáfrica y también se ha establecido un nuevo programa en Liberia<sup>130</sup>.

**“Antes solía reaccionar con agresividad cuando me acosaban otros niños, pero el psicólogo de la Aldea me ha ayudado mucho. Ahora puedo lidiar con diferentes situaciones y personas.”**

*Niña de la Aldea Infantil SOS<sup>31</sup>*

Los últimos años de la infancia y la época de la adolescencia ofrecen más oportunidades para mitigar los efectos de una situación desfavorable en los primeros años de vida, **augmentar la resiliencia** y reducir las consecuencias perjudiciales de los trastornos que aparecen en este período. Las intervenciones para reforzar las competencias sociales y emocionales —a menudo destinadas a mejorar la regulación de las emociones y presentadas como educación sobre competencias para la vida, consciencia plena o incluso yoga— pueden tener efectos preventivos<sup>132</sup>. Al mismo tiempo, los padres y otros familiares, los compañeros, las escuelas y las comunidades pueden formar un círculo íntimo crucial para proteger al adolescente. Las intervenciones que incluyen tutoría positiva y la búsqueda de medios de subsistencia también pueden tener un efecto beneficioso.

La iniciativa Helping Adolescents Thrive de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) tiene por objeto proporcionar orientación programática sobre estrategias centradas en la comunidad, la familia y los adolescentes para la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales y la reducción de las autolesiones y otros comportamientos de riesgo en los adolescentes<sup>133</sup>.

**Las intervenciones universales** de aprendizaje socioemocional en las comunidades y escuelas promueven el desenvolvimiento social y emocional de los niños, mejoran su rendimiento académico y reducen los comportamientos de riesgo, como el tabaquismo y los embarazos en la adolescencia. Esas intervenciones pueden correr a cargo de compañeros, maestros y orientadores mediante su integración en los programas para jóvenes o en los planes de estudio, como es el caso del programa HealthWise en Sudáfrica<sup>134</sup>.

Las intervenciones más efectivas son las que se llevan a cabo en toda la escuela y en las que el aprendizaje socioemocional se ve reforzado por la cultura escolar y un ambiente físico y social que es favorable para la salud y cuenta con la participación del personal, el alumnado, los progenitores y la comunidad local. Estas intervenciones tienen un efecto directo al promover la confianza en las propias capacidades y en los demás y al reducir los factores de riesgo como el acoso. Los análisis económicos demuestran que las intervenciones de aprendizaje socioemocional en las escuelas son

eficaces en función del costo, puesto que suponen un ahorro al mejorar el estado de salud de las personas y reducir los gastos asociados al sistema de justicia penal<sup>135</sup>.

**“La maestra nos mostró una hoja de papel y nos dijo que podíamos hacer garabatos en ella, estamparla, arrugarla... pero no romperla. Luego nos dijo que intentáramos estirla, pero era imposible deshacer todas las dobleces. Nos dijo que así se siente alguien cuando lo acosan”.**

*Niño de 11 años, Noruega<sup>136</sup>*

**Los esfuerzos para tratar el suicidio entre los adolescentes** son fundamentales, dado que los pensamientos suicidas y el suicidio entre los adolescentes son problemas importantes de salud pública. Las estrategias de prevención incluyen la formación práctica dirigida al alumnado tanto a nivel comunitario como escolar, la identificación de los jóvenes en riesgo, la educación de los médicos de atención primaria, la educación de los profesionales de los medios de comunicación para que informen de manera responsable sobre el suicidio y la restricción del acceso a medios letales, como armas de fuego, pesticidas o medicamentos.

Un ejemplo de intervención escolar eficaz es Youth Aware of Mental Health (YAM) – Jóvenes Conscientes de la Salud Mental, que consiste en capacitar a los adolescentes en el desarrollo de habilidades de resolución y de afrontamiento de problemas<sup>137</sup>. El programa “Going Off, Growing Strong” del Canadá es un ejemplo de intervención comunitaria eficaz que ofrece a los jóvenes en situación de riesgo la oportunidad de participar en actividades basadas en la comunidad y en tierra y de establecer relaciones con modelos adultos positivos en Nain, Nunatsiavut (Labrador).

Las intervenciones preventivas específicas se centran en los jóvenes que han tenido experiencias que aumentan su vulnerabilidad a padecer trastornos mentales o que presentan síntomas que apuntan a que están por debajo del umbral. Las intervenciones que promueven la capacidad de afrontamiento y la resiliencia, como la formación para desarrollar habilidades cognitivas, ayudan a prevenir la ansiedad, la depresión y las tendencias suicidas<sup>138</sup>.

La OMS ha publicado **directrices clínicas** sobre la respuesta que debe darse a los niños y adolescentes que han sufrido abusos sexuales, así como directrices más generales sobre las respuestas del sector sanitario al maltrato infantil. El objetivo de las directrices es que los trabajadores sanitarios de primera línea atiendan a las víctimas con métodos empíricos, de buena calidad y que tengan en cuenta



[Foto 9: Una adolescente abraza un oso de peluche en el Centro Ignacia, en Santa Cruz (Bolivia). El centro proporciona refugio y otras ayudas, como asesoramiento y educación, a las supervivientes de abusos sexuales.

© UNICEF/UNI137672/Friedman-Rudovsky]

la situación traumática vivida. Se ocupan de las intervenciones psicológicas y de salud mental, incluida la terapia cognitivoconductual centrada en las situaciones traumáticas y la participación de los cuidadores no agresores cuando es seguro hacerlo<sup>139</sup>.

#### Recuadro 15.

##### Un ejemplo de terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma

La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es un modelo de tratamiento estructurado a corto plazo que logra resultados en los casos de los niños traumatizados y los padres o cuidadores que presentan trastorno por estrés postraumático y otras dificultades relacionadas con acontecimientos traumáticos que han vivido. El tratamiento consiste generalmente en 8 a 16 sesiones de 60 a 90 minutos, con los niños o los cuidadores no agresores, individualmente o en grupo.

Los niños aprenden habilidades de afrontamiento para gestionar su respuesta emocional a los recuerdos traumáticos. Este enfoque también puede ayudar a los padres a afrontar la experiencia traumática de un hijo.

La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma está muy difundida y sus efectos se han evaluado con detalle. Las pruebas de su eficacia han surgido tanto en entornos de altos como de bajos recursos y en respuesta a experiencias traumáticas diversas, múltiples y complejas.

El modelo se ha utilizado, por ejemplo, con personas y sus familias en Zambia, con grupos de niños y niñas en el Congo, y dentro de las estructuras de servicios o programas existentes en grupos afectados por duelos traumáticos en Kenia. Está en marcha en Kenia, Tanzania y Zambia. También se ha incorporado un programa de terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma al trabajo de los centros de acogida para jóvenes víctimas del tráfico sexual en Camboya<sup>140</sup>.

La OMS también ha elaborado la *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*<sup>141</sup>, que establece la gestión integrada de las afecciones prioritarias aplicando protocolos para la toma de decisiones clínicas por parte de proveedores no especializados. Incluye un módulo sobre la infancia y la adolescencia que se centra en los enfoques ecológicos y psicosociales de la atención.

*Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*, un documento de la OMS, ofrece orientación sobre las habilidades y competencias que permiten a las personas que trabajan con niños reducir la angustia inicial causada por accidentes, desastres naturales, conflictos, violencia interpersonal u otras crisis<sup>142</sup>. Otros recursos importantes son el *Manual de capacitación sobre primeros auxilios psicológicos para profesionales de la niñez* de Save the Children y el Children's Resilience Programme desarrollado por Save the Children y el Centro Psicosocial de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja<sup>143</sup>.

La *Guía del IASC – Comité Permanente entre Organismos de la ONU – sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes* tiene como objetivo reforzar la capacidad de recuperación de la comunidad existente, evitar la medicalización de la angustia y promover activamente el uso de los servicios<sup>144</sup>. También pretende identificar de forma proactiva los casos y derivarlos a las intervenciones adecuadas, e integrar la salud mental en las respuestas de atención médica y social de emergencia. La participación activa de los miembros de las comunidades y autoridades locales en todas las etapas es esencial para conseguir una actuación satisfactoria y coordinada y para reforzar las capacidades locales y la sostenibilidad. Una

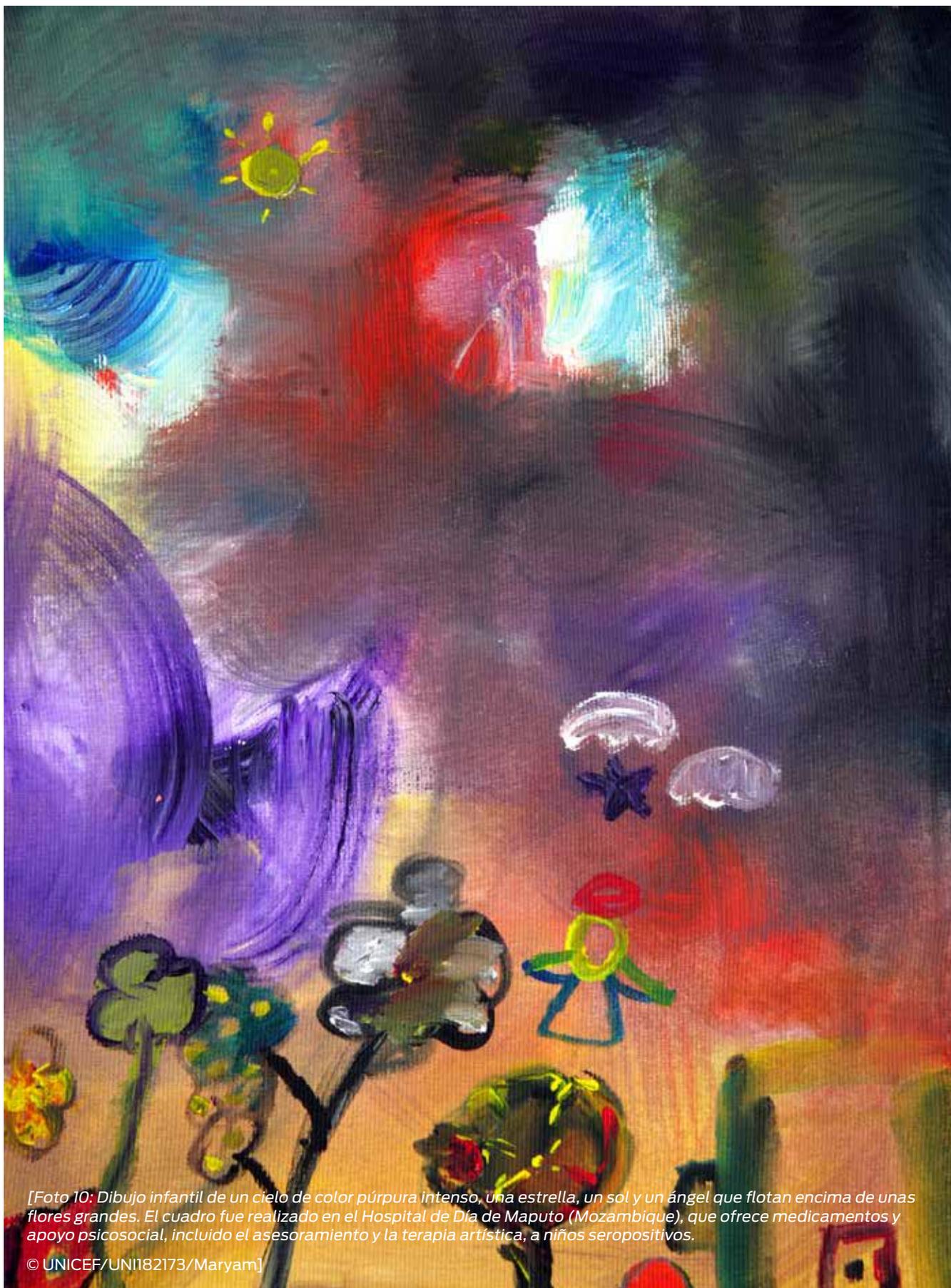
respuesta coordinada debería garantizar que las acciones e intervenciones construyeran los cimientos de un sistema sostenible de atención de la salud mental<sup>145</sup>. El Comité Permanente entre Organismos también ha elaborado una guía operativa para los programas multisectoriales de salud mental y apoyo psicosocial durante la pandemia de COVID-19, que incluye un capítulo específico sobre los niños<sup>146</sup>.

Las directrices operacionales del UNICEF sobre salud mental y apoyo psicosocial de base comunitaria en contextos humanitarios ofrecen

orientación acerca de los tipos de apoyo para la infancia, desde los servicios básicos hasta el apoyo familiar y comunitario y la atención clínica de la salud mental<sup>147</sup>. Además, el UNICEF y la OMS están preparando un paquete presupuestado de servicios mínimos para la salud mental y el apoyo psicosocial para que se aplique tanto en las nuevas emergencias como en los conflictos prolongados. El paquete incluirá las esferas de la salud, la educación y la protección, y ayudará a construir una red de seguridad para la infancia en esos ámbitos críticos.

### MENSAJES CLAVE

- Cada vez hay más datos que demuestran la eficacia y la relación costo-eficacia de las intervenciones encaminadas a promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales, en particular entre los niños y los adolescentes, incluidos los que han vivido situaciones de violencia.
- Las intervenciones preventivas que se centran en la salud mental materna, la interacción entre la madre y el bebé y el juego y la estimulación tienen beneficios positivos a largo plazo para los niños y los jóvenes.
- Las intervenciones en las esferas de la crianza y el bienestar infantil son inversiones clave para romper los ciclos tóxicos de la transmisión de la violencia, la pobreza y las enfermedades mentales de una generación a otra.
- Los datos sobre los programas de rehabilitación de ámbito comunitario sugieren que son aceptables a nivel local y tienen beneficios positivos para los niños con discapacidades de desarrollo.
- Enseñar competencias para la vida dentro de las escuelas es un ejemplo de buena práctica para desarrollar las competencias emocionales y sociales de los niños de todas las edades.
- Las intervenciones de aprendizaje socioemocional en las escuelas suponen un ahorro al mejorar el estado de salud de las personas y reducir los gastos asociados al sistema de justicia penal.
- Las estrategias de prevención del suicidio más prometedoras para los adolescentes incluyen la formación práctica, la educación de los médicos de atención primaria, la información responsable sobre el suicidio por parte de los medios de comunicación y la restricción del acceso a medios letales.
- La OMS ha publicado directrices clínicas para apoyar a los trabajadores sanitarios y de salud mental de primera línea a fin de que puedan prestar a los niños víctimas de la violencia una atención de calidad, basada en pruebas y con conocimiento de los traumas y para atender la salud mental y el apoyo psicosocial a los niños que sufren retrasos en el desarrollo y problemas emocionales o de comportamiento.
- Cada vez hay más datos sobre las intervenciones clínicas eficaces para los niños con problemas de salud mental en situaciones de emergencia.



[Foto 10: Dibujo infantil de un cielo de color púrpura intenso, una estrella, un sol y un ángel que flotan encima de unas flores grandes. El cuadro fue realizado en el Hospital de Día de Maputo (Mozambique), que ofrece medicamentos y apoyo psicosocial, incluido el asesoramiento y la terapia artística, a niños seropositivos.

© UNICEF/UNI182173/Maryam]

## 6. Construir un entorno enriquecedor, protector y estimulante para y con los niños

Los esfuerzos para abordar el impacto de la violencia contra los niños en la salud mental **deben guiarse por las normas internacionales de derechos humanos**, como la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. También deberían ajustarse a **la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible** y reflejar un enfoque moderno de la salud pública. Un principio clave de este enfoque es que una buena salud mental significa mucho más que la ausencia de enfermedades mentales.

Defender el derecho de los niños víctimas de la violencia al más alto nivel posible de salud mental requiere una **acción integral y coordinada**, sustentada en un marco jurídico y político sólido. El apoyo a la salud mental debe formar parte de los servicios básicos de protección de la infancia y debe desarrollarse mediante un enfoque multisectorial basado en sus derechos. Este enfoque debe abordar los riesgos a los que se enfrentan los niños en todos los niveles y garantizar una atención de salud mental de calidad a todos los que la necesitan. Ya existen importantes marcos para orientar las medidas de los Estados Miembros en este ámbito, como el plan de acción sobre salud mental 2013-2020 de la OMS<sup>148</sup> y la comisión de The Lancet sobre la salud mental a nivel mundial y el desarrollo sostenible<sup>149</sup>.

El punto de partida para construir un entorno enriquecedor, protector y estimulante para los niños **es proteger y promover el bienestar mental de todos** y abordar los determinantes socioeconómicos de la salud mental. Es esencial crear unas condiciones que permitan a los niños desarrollarse, crecer y alcanzar su potencial.

Para ello es necesario actuar sobre los determinantes sociales y ambientales que tienen una influencia crucial en la salud mental durante los períodos delicados del desarrollo, abordando los riesgos en todos los niveles del modelo socioecológico. Muchos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible aluden explícitamente a estos determinantes, y los progresos que se realicen con miras a la consecución de los Objetivos podrían promover la salud mental y reducir la carga mundial que representan los trastornos mentales.

La prevención requiere una combinación de intervenciones universales y específicas, centrándose especialmente en las necesidades de los grupos vulnerables. Entre ellas se incluyen medidas destinadas a combatir la estigmatización, la discriminación, las normas sociales perjudiciales y las violaciones de los derechos humanos que menoscaban la salud mental de los niños. Además, las actividades de prevención deben responder a las amenazas cada vez mayores que plantean para la salud mental los desafíos mundiales como el cambio climático, la creciente desigualdad y las epidemias.

Los servicios de salud mental para la infancia deben ampliarse y convertirse en un **elemento esencial de la cobertura sanitaria universal**, así como integrarse plenamente en otras estrategias de los ámbitos de la salud y la prevención de la violencia. Los servicios de calidad deben prestarse en la comunidad, evitando en lo posible el internamiento y la medicalización. A la hora de diseñar los servicios, conviene evitar que sus destinatarios sean solamente las víctimas de la violencia, porque podría estigmatizarlos.

Se deben desarrollar servicios integrales de salud y atención social en las comunidades de manera que garanticen la continuidad de la atención prestada por los diversos profesionales sanitarios, una colaboración efectiva entre los proveedores de servicios de salud con o sin licencia y la promoción de la autogestión de la salud. Cuando se trata de la salud mental de la infancia, la detección e intervención tempranas también son cruciales.

**El empoderamiento de los niños** para que participen en las decisiones sobre su propio cuidado —un derecho consagrado en la Convención sobre los Derechos del Niño— es fundamental para un enfoque de la salud mental basado en los derechos. Muchos jóvenes ya están asumiendo un papel de liderazgo en lo que respecta a su salud mental y su bienestar, como puede verse en algunas iniciativas entre pares<sup>150</sup>. Están muy comprometidos con los programas sobre salud mental, tanto en el entorno virtual como fuera de él. Sin embargo, pocas veces se les presta atención. Los puntos de vista y la experiencia de los niños y las niñas que han sufrido en cuestiones relacionadas con la salud mental y las discapacidades psicosociales deben hacer parte del diseño, la ejecución y la evaluación de las respuestas.

**“Tuve que elegir entre la aceptación y la destrucción. Me di cuenta de que si no aceptaba mi pasado, me destruiría. Dejar ir el dolor no fue lo más fácil, pero sabía que era lo mejor”.**

*‘Lee’, superviviente y policía, Tailandia<sup>151</sup>*

Es esencial contar con un número adecuado y una distribución equitativa de profesionales de la salud y de los servicios sociales que sean **competentes y sensibles y estén debidamente capacitados**. Es igualmente importante desarrollar los conocimientos y las aptitudes de

### Recuadro 16.

#### Las perspectivas de la infancia y la juventud sobre cómo promover y proteger su salud mental

La Red Europea de Jóvenes Asesores (ENYA, por sus siglas en inglés), que asesora a la Red Europea de Defensores de la Infancia (ENOC), realizó en 2018 un proyecto sobre cómo promover y proteger la salud mental de la infancia en general. Esto culminó en recomendaciones para los sectores educativo y sanitario, así como para los gobiernos, las comunidades y los medios de comunicación<sup>152</sup>.

#### Educación

- Ofrecer más formación para que los profesores mejoren la prevención y detección de problemas de salud mental en la infancia
- Educar mejor a los niños sobre sus derechos, la salud mental y la diversidad
- Celebrar más debates sobre la salud mental en las escuelas para ayudar a reducir el estigma y la discriminación
- Crear espacios seguros donde los niños puedan pedir ayuda sin miedo a ser juzgados
- Dar la misma importancia al desarrollo emocional en las escuelas y no solo centrarse en el éxito académico.

#### Salud

- Organizar más campañas de sensibilización para combatir el estigma y animar a los jóvenes a pedir ayuda, especialmente mediante iniciativas entre iguales.
- Ofrecer más mensajes positivos y centrados en soluciones prácticas para la salud mental, como comer sano, hacer ejercicio regularmente y tener una red de apoyo de personas de confianza.
- Dar a los niños la posibilidad de pedir ayuda profesional sin el consentimiento de sus padres: la edad de consentimiento médico debería rebajarse al menos a los 16 años.
- Reducir las listas de espera en los servicios de salud mental infantil, garantizando que el tratamiento corra a cargo de personas que cuenten con la formación adecuada en ese ámbito.
- Facilitar a los niños el acceso a los servicios comunitarios en la medida de lo posible.

- Poner a disposición de los niños líneas telefónicas de ayuda las 24 horas del día para proporcionarles información y apoyo.
- Adoptar enfoques que no se basen únicamente en medicar a los niños y adolescentes, sino que también promuevan relaciones familiares positivas, resuelvan conflictos, infundan confianza y reduzcan la agresividad.

#### Medios de comunicación

- Aumentar la concienciación pública sobre los problemas de salud mental de forma que se proteja a las personas con problemas de salud mental de la estigmatización.
- Utilizar plataformas y contenidos que sean accesibles para los niños y que éstos utilicen a menudo.

#### Entidades gubernamentales

- Educar a los padres sobre los derechos de la infancia, el desarrollo infantil y los signos de angustia en sus hijos.
- Ofrecer talleres para niños y padres sobre la promoción de relaciones saludables.
- Proporcionar ayuda financiera a las familias necesitadas de forma discreta.
- Proporcionar servicios eficaces a los niños con discapacidad y a los que tienen problemas de salud para que puedan pedir ayuda cuando la necesiten, con el apoyo de infraestructuras adecuadas (como rampas) para asegurar la plena participación en todas las actividades.
- Garantizar que las leyes no discriminen a quienes padezcan enfermedades mentales.

#### Comunidad

- Crear espacios dentro de las comunidades en los que los niños y los adultos puedan debatir sobre cualquier asunto que les afecte.
- Ofrecer oportunidades para que los niños participen libremente en actividades deportivas y culturales durante su tiempo de esparcimiento.

los trabajadores de servicios sociales y sanitarios, tanto especializado como no especializado, para que presten unos servicios basados en datos, culturalmente apropiados y orientados hacia los derechos humanos. También deben reforzarse los vínculos entre los sectores de la educación, la sanidad y la protección de la infancia, entre otras cosas para garantizar la idoneidad de las remisiones entre ellos.

**Se requieren unas inversiones adicionales considerables** para promover y proteger la salud mental de la infancia. Esto es especialmente cierto en un momento en que el mundo se enfrenta a las graves consecuencias de la pandemia de la COVID-19 y a su indudable impacto en la salud mental de padres e hijos (véase el recuadro 3). Es vital reforzar los sistemas de salud tras la pandemia, y este refuerzo debe incluir el fortalecimiento de los servicios de salud mental para la infancia y la adolescencia, así como sistemas más amplios de protección de la infancia.

Al mismo tiempo, sin embargo, hay una posibilidad inmediata utilizar de manera más eficiente y efectiva los recursos existentes, por ejemplo:

- Transfiriendo los fondos para salud mental de los grandes hospitales a los hospitales de distrito y a los servicios locales de base comunitaria
- Estableciendo un sistema de intervención temprana para trastornos mentales de reciente aparición entre la infancia y la juventud
- Diseñando estructuras intermedias en la psiquiatría infantil y adolescente (como las “casas para adolescentes”) a fin de reducir las hospitalizaciones y la estigmatización, y de mejorar el acceso a una atención centrada en la infancia y adaptada a la adolescencia
- Integrando la promoción, la prevención y la atención de la salud mental en las plataformas establecidas para ofrecer una buena salud y bienestar a la infancia y la juventud, por ejemplo a través las escuelas y las plataformas digitales<sup>153</sup>
- Apoyando la formación del profesorado en materia de aprendizaje socioemocional.

Al mismo tiempo, **es necesario aumentar las inversiones en investigación e innovación**. Es necesario corregir el desequilibrio que supone el hecho de que la mayoría de los estudios se realicen en países de ingresos altos y estén dirigidas por ellos con miras a que los países de ingresos bajos y medianos dispongan de estrategias culturalmente apropiadas y eficaces en función del costo para responder a las necesidades y prioridades de la infancia en materia de salud mental, especialmente cuando están expuestos a la violencia. A fin de que el apoyo a su salud mental sea efectivo, cabe contar con la siguiente información:

- La prevalencia y la naturaleza de sus problemas de salud mental
- El alcance de las políticas y la legislación, las intervenciones y los servicios,
- Datos sobre los resultados en cuestiones de salud
- Datos sobre los resultados socio-económicos e
- Investigación dirigida por niños y jóvenes.

Esos datos deben desglosarse por sexo y edad y reflejar las diversas necesidades de las subpoblaciones, incluidas personas de comunidades diversas desde un punto de vista geográfico y poblaciones vulnerables.

Por último, a medida que la comunidad internacional continúa avanzando por **el decenio de acción para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030**, deben establecerse marcos de seguimiento y rendición de cuentas. Los marcos deben garantizar que se adopten medidas eficaces para promover la salud mental de todos los niños y las niñas, para prevenir la aparición de trastornos mentales entre los que sufren violencia y para proporcionar tratamiento y atención a todos los que lo necesitan.

### MENSAJES CLAVE

- La Convención sobre los Derechos del Niño y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible deben guiar la acción para abordar el impacto perjudicial de la violencia en la salud mental de los niños.
- Una buena salud mental es mucho más que la ausencia de un trastorno.
- Es esencial crear unas condiciones que permitan a los niños y las niñas desarrollarse, crecer y alcanzar su potencial.
- Para proteger la salud mental y física en la infancia, se necesita una acción integral y coordinada, basada en un enfoque intersectorial y que incluya a múltiples interesados.
- Es esencial dar prioridad a la prevención de los problemas de salud mental que surgen de la exposición a la violencia y abordar los riesgos en todos los niveles del modelo socioecológico, desde el propio niño, pasando por los sistemas familiares y comunitarios, hasta las normas y políticas sociales.
- La prevención requiere una combinación de intervenciones universales y específicas, centrándose especialmente en las necesidades de los grupos vulnerables.
- Los servicios de salud mental para la infancia deben ampliarse como un componente esencial de la cobertura sanitaria universal.
- Los servicios de calidad deben prestarse en la comunidad, evitando en lo posible el internamiento y la medicalización.
- La participación ética y significativa de la infancia debe estar en el centro de la acción sobre esta cuestión, incluso mediante el apoyo a las iniciativas entre pares.
- Es esencial contar con el número y la distribución adecuados de profesionales de la salud mental cualificados, trabajadores de la salud mental de la comunidad, trabajadores de servicios sociales, pedagogos formados y consejeros escolares, para garantizar el acceso a los servicios de salud mental y psicosociales de protección y promoción.
- Se necesitan inversiones adicionales sustanciales en los sistemas y servicios de salud mental para niños y jóvenes, así como en investigación e innovación, al tiempo que es necesario actuar para hacer el mejor uso posible de las inversiones que ya existen.
- Deben establecerse marcos sólidos de supervisión y responsabilidad para garantizar una acción eficaz de apoyo a la salud mental de los niños que sufren violencia.

## NOTES

1. ECPAT International, 'Matthew: Not speaking was like an emotional cancer', *Survivors' Voices*, Bangkok, 2016. <https://www.ecpat.org/survivor-voices/matthews-story-survival-justice/>
2. Hillis, Susan D., James A. Mercy y Janet R. Saul, 'The Enduring Impact of Violence against Children', *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, núm. 4, 2017, págs. 393 a 405.
3. Organización Mundial de la Salud, 'Salud mental del adolescente: nota descriptiva', Ginebra, 23 de octubre de 2019, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
4. Organización Mundial de la Salud, 'Strengthening our response', Ginebra, 30 de marzo de 2018, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
5. *Ibid.*
6. Patel, Vikram, *et al.*, 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development', *The Lancet*, vol. 392, núm. 10157, octubre de 2018, <<https://www.thelancet.com/commissions/global-mental-health>>.
7. Organización Mundial de la Salud y la Plataforma Gulbenkian para a Saúde Mental Global. *Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities*, Ginebra, 2015.
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Violent Deaths', Nueva York, noviembre de 2017, <<https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/violent-deaths>>.
9. Ligiero, Daniela, *et al.*, *What Works to Prevent Sexual Violence against Children: Evidence review*, Together for Girls, Washington D.C., 2019, <<https://www.togetherforgirls.org/svsolutions>>.
10. Alianza Mundial WeProtect, *Global Threat Assessment 2019: Working together to end the sexual exploitation of children online*, End Violence Against Children, Nueva York, 2019 <<https://static1.squarespace.com/static/5630f48de4b00a75476ecf0a/t/5deecb0fc4c5ef23016423cf/1575930642519/FINAL+-+Global+Threat+Assessment.pdf>>.
11. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Informe mundial sobre la trata de personas 2018*, Viena, 2018 (publicación de las Naciones Unidas, número de venta E.19.IV.2), <[https://www.unodc.org/e4j/data/\\_university\\_uni\\_/global\\_report\\_on\\_trafficking\\_in\\_persons\\_2018.html](https://www.unodc.org/e4j/data/_university_uni_/global_report_on_trafficking_in_persons_2018.html)> .
12. Oficina de la Representante Especial del Secretario General sobre la Violencia contra los Niños, *Keeping the Promise: Ending violence against children by 2030*, Nueva York, 2019, <<https://violenceagainstchildren.un.org/news/keeping-promise-ending-violence-against-children-2030>>.
13. L. Jones *et al.*, "Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies". *Lancet*. 2012; 380:899-907.
14. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Behind the Numbers: Ending school violence and bullying*, París, 2019, <<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000366483>>.

15. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Una situación habitual: violencia en las vidas de los niños y los adolescentes*, Nueva York, 2017, <<https://data.unicef.org/resources/a-familiar-face>>.
16. *Ibid.*
17. Stoltenborgh, Marije, *et al.*, 'The Universality of Childhood Emotional Abuse: A meta-analysis of worldwide prevalence', *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, vol. 21, núm. 8, 2012, págs. 870 a 890.
18. Wincentak, Katherine, Noel Card y Jennifer Connolly, 'Teen Dating Violence: A meta-analytic review of prevalence rates', *Psychology of Violence* vol. 7, núm. 2, 2017, págs. 224 a 241.
19. ChildFund Alliance, *Small Voices, Big Dreams 2019: La violencia contra la infancia contada por niñas y niños*, ChildFund Alliance, Nueva York, 2019, <[https://www.smallvoicesbigdreams.org/reports/Informe\\_Small\\_Voices\\_Big\\_Dreams\\_2019.pdf](https://www.smallvoicesbigdreams.org/reports/Informe_Small_Voices_Big_Dreams_2019.pdf)>.
20. Leoschut, Lezanne y Zuhayr Kafaar, 'The Frequency and Predictors of Poly-victimisation of South African Children and the Role of Schools in its Prevention', *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, núm. 1, 2017, págs. 81 a 93.
21. Bulger, Monica y Patrick Burton, "Online Violence in Schools: Cyberbullying and other adverse online experiences", citado en Kumar, Shiva, A.K, *et al.*, "Ending Violence in Childhood: A global imperative", *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, suppl. 1, 2017.
22. Kumar, Shiva, A.K, *et al.*, 'Ending Violence in Childhood: A global imperative', *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, suppl. 1, 2017.
23. Comité de los Derechos del Niño, Observación general núm. 13, Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia, CRC/C/GC/13, Ginebra, 18 de abril de 2011, <[https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f13&Lang=es](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f13&Lang=es)>.
24. Organización Mundial de la Salud, *INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas*, Ginebra, 2016, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33741>.
25. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Acción Humanitaria para la Infancia 2018: Panorama general*, Nueva York, 2018, <https://www.unicef.org/reports>.
26. OMS, INSPIRE.
27. Eliminación de la Violencia contra los Niños, Declaración de los dirigentes sobre la violencia contra los niños: una crisis oculta vinculada a la pandemia por COVID-19, Nueva York, 24 de abril de 2020, <<https://www.end-violence.org/articles/leaders-call-action-protect-children-violence-and-abuse-during-covid-19>>.
28. Cuevas-Parra, Patricio y Maria Stephano, *Children's Voices in Times of COVID-19: Continued child activism in the face of personal challenges*, World Vision International, Ginebra, 2020, <<https://www.wvi.org/publications/report/world-vision-european-union/childrens-voices-times-covid-19>>.
29. Meinck, Franzisca, *et al.*, 'Disclosure of Physical, Emotional and Sexual Child Abuse, Help-seeking and Access to Abuse Response Services in Three South African Provinces', *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, núm. 1, 2017, págs. 94 a 106.
30. Perezniето, Paola, *et al.*, *The Costs and Economic Impact of Violence against Children, Overseas Development Institute and ChildFund Alliance*, Londres, 2014, <<https://www.odi.org/publications/8845-costs-and-economic-impact-violence-against-children>>.

31. Peterson, Cora, Curtis Florence y Joanne Klevens, 'The Economic Burden of Child Maltreatment in the United States, 2015', *Child Abuse and Neglect*, vol. 86, 2018, págs. 178 a 183.
32. Fang, Xiangming, *et al.*, 'The Burden of Child Maltreatment in the East Asia and Western Pacific Region', *Child Abuse and Neglect*, vol. 42, 2015, págs. 146 a 162.
33. Kumar, *et al.*, "Ending Violence in Childhood".
34. United for Global Mental Health, "Children and Mental Health: Time to act", Londres, s. f., <<https://static1.squarespace.com/static/5d42dd6674a94c000186bb85/t/5d77825213f0f97c808115d6/1568113238548/Children+and+mental+health+-+Time+To+Act+FINAL.pdf>>.
35. Patel, *et al.*, "The Lancet Commission on global mental health and sustainable development".
36. *Ibid.*
37. *Ibid.*
38. Mental Health Foundation, 'Children and Young People', Londres, enero de 2016, <[www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/c/children-and-young-people](http://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/c/children-and-young-people)>.
39. H. E. Erskine, *et al.*, "The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents", *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 26, núm. 4 (agosto de 2017).
40. Child Helpline International, *Voices of Children and Young People: Child helpline data for 2017 & 2018*, Amsterdam, 2019, <<https://www.childhelplineinternational.org/data-overview/publications/voices-of-children-young-people/>>.
41. Bloom, David, *et al.*, *The Global Economic Burden of Non-communicable Disease*, Foro Económico Mundial, Ginebra, 2011, <[https://www.dr-rath-foundation.org/wp-content/uploads/2020/03/WEF\\_Harvard\\_HE\\_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases\\_2011.pdf](https://www.dr-rath-foundation.org/wp-content/uploads/2020/03/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf)>.
42. Hillis, *et al.*, "The Enduring Impact of Violence against Children".
43. Stapleton, Jane G., *et al.*, 'The Mental Health Needs of Children Exposed to Violence in their Homes', White Papers and Other PIRC Reports 6, New Hampshire Coalition against Domestic and Sexual Violence, Concord N.H., 2011, <[https://scholars.unh.edu/pirc\\_reports/6/](https://scholars.unh.edu/pirc_reports/6/)>.
44. Stapleton, *et al.*, *The Mental Health Needs of Children Exposed to Violence in their Homes*.
45. Murphy, Kevin D., *et al.*, "'You don't Feel": The experience of youth benzodiazepine misuse in Ireland', *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 50, núm. 2 (2018).
46. Thoresen, Siri, *et al.*, 'Violence against Children, later Victimization, and Mental Health: A cross-sectional study of the general Norwegian population', *European Journal of Psychotraumatology*, vol. 6, núm. 1, enero de 2015.
47. Kolltveit, Silje, *et al.*, 'Risk Factors for PTSD, Anxiety, and Depression among Adolescents in Gaza', *Journal of Traumatic Stress*, vol. 2, núm. 2, abril de 2012.
48. Merrick, Melissa T., *et al.*, 'Vital Signs: Estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for prevention – 25 states 2015-2017', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 68, núm. 44, noviembre de 2019.
49. Fan, Amy Z., *et al.*, 'Applying Structural Equation Modeling to Measure Violence Exposure and Its Impact on Mental Health: Malawi violence against children and young women survey', *Journal of Interpersonal Violence*, noviembre de 2017, doi: 10.1177/0886260517741214.

50. Chan, Ko Ling, *et al.*, 'Associating Child Sexual Abuse with Child Victimization in China, *Journal of Pediatrics*, vol. 162, 2013, págs. 1028-1034; Ford, Julian D., *et al.*, 'Poly-victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents', *Journal of Adolescent Health* vol. 46, 2010, págs. 545 a 552; Segura, Anna, *et al.*, 'Poly-victimization and Psychopathology among Spanish Adolescents in Residential Care', *Child Abuse & Neglect* vol. 55, 2016, págs. 40 a 51; Soler, Laia, *et al.*, 'Impact of Poly-victimization on Mental Health: The mediator and/or moderator role of self-esteem', *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 28, núm. 13, mayo 2013, págs. 2695 a 2712.
51. Merrick *et al.*, 'Vital Signs: Estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for prevention', 2019.
52. Hughes, Karen, *et al.*, 'The Effect of Multiple Adverse Childhood Experiences on Health: A systematic review and meta-analysis', *The Lancet Public Health*, vol. 2, agosto de 2017, e356 a 366.
53. *Ibid.*
54. Patel, *et al.*, "The Lancet Commission on global mental health and sustainable development".
55. Osofsky, Joy D., "The Impact of Violence on Children", *The Future of Children*, vol. 9, núm. 3, invierno de 1999, págs. 33 a 49.
56. Charak, Ruby, *et al.*, 'Patterns of Childhood Maltreatment and Intimate Partner Violence, Emotion Dysregulation, and Mental Health Symptoms among Lesbian, Gay, and Bisexual Emerging Adults: A three-step latent class approach', *Child Abuse & Neglect*, vol. 89, marzo de 2019.
57. *Ibid.*
58. Afifi, Tracie O., *et al.*, 'Examining the Relationships between Parent Experiences and Youth Self-reports of Slapping/Spanking: A population-based cross-sectional study', *BMC Public Health*, vol. 19, octubre de 2019.
59. Charak *et al.*, 'Patterns of Childhood Maltreatment'.
60. Osofsky, 'The Impact of Violence on Children'.
61. Baker, Linda L. y Allison J. Cunningham, *Learning to Listen, Learning to Help: Understanding woman abuse and its effects on children*, Centre for Children & Families in the Justice System, London Ontario, 2005.
62. Osofsky, 'The Impact of Violence on Children'.
63. Osofsky, Joy D., "The Effects of Exposure to Violence on Young Children", *American Psychologist*, vol. 50, núm. 9, septiembre de 1995, págs. 782 a 788.
64. Gorman-Smith, Deborah y Patrick Tolan, "The Role of Exposure to Community Violence and Developmental Problems among Inner-city Youth", *Development and Psychopathology*, vol. 10, núm 1, marzo de 1998, págs. 101 a 116.
65. Cooley-Quille, Michele, Samuel M. Turner y Deborah B. Beidel, 'Emotional Impact of Children's Exposure to Community Violence: A preliminary study', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 34, núm. 10, octubre de 1995, págs. 1362 a 1368.
66. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud, *Leading Minds Conference 2019: Summary report*, Ginebra, 2019, <[https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Final\\_Summary\\_Report\\_Leading\\_Minds\\_2019.pdf](https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Final_Summary_Report_Leading_Minds_2019.pdf)>.

67. Jenkins, Esther J. y Carl C. Bell, "Exposure and Response to Community Violence among Children and Adolescents", en Osofsky, Joy D. (ed.), *Children in a Violent Society*, Guilford Press, Nueva York, 1998.
68. Osofsky, Joy D., 'Children Who Witness Domestic Violence: The invisible victims', *Social Policy Report*, vol. 9, núm. 3, diciembre de 1995, págs. 1 a 20.
69. ChildFund Alliance, *Small Voices, Big Dreams 2019*.
70. Berens, Anne E., Sarah K.G. Jensen y Charles A. Nelson, "Biological Embedding of Childhood Adversity: From physiological mechanisms to clinical implications", *BMC Medicine*, vol. 15, núm. 1, 2017, p. 135; Jensen, Sarah K.G., Anne E. Berens y Charles A. Nelson, "Effects of Poverty on Interacting Biological Systems Underlying Child Development", *The Lancet Child and Adolescent Health*, vol. 1, núm. 3, 2017, págs. 225 a 239; Pereira, Jessica, *et al.*, 'Mothers' Personal and Interpersonal Function as Potential Mediators between Maternal Maltreatment History and Child Behavior Problems', *Child Maltreatment*, vol. 23, núm. 2, 2018, págs. 147 a 156; Rijlaarsdam, Jolien, *et al.*, 'Maternal Childhood Maltreatment and Offspring Emotional and Behavioral Problems: Maternal and paternal mechanisms of risk transmission', *Child Maltreatment*, vol. 19, núm. 2, 2014, págs. 67 a 78; Rieder, Amber D., *et al.*, 'Impact of Maternal Adverse Childhood Experiences on Child Socioemotional Function in Rural Kenya: Mediating role of maternal mental health', *Developmental Science*, vol. 22, núm. 5, marzo de 2019.
71. Goodman, Michael L., *et al.*, 'Childhood Exposure to Emotional Abuse and Later Life Stress among Kenyan Women: A mediation analysis of cross-sectional data', *Anxiety, Stress and Coping*, vol. 30, núm. 4, 2017, págs. 469 a 483.
72. Pearson, Rebecca M., *et al.*, 'Maternal Depression during Pregnancy and the Postnatal Period: Risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years', *JAMA Psychiatry*, vol. 70, núm. 12, diciembre de 2013, págs. 1312 a 1319.
73. Khadr, Sophie, *et al.*, 'Mental and Sexual Health Outcomes following Sexual Assault in Adolescents: A prospective cohort study', *The Lancet Child and Adolescent Health*, vol. 2, núm. 9, septiembre de 2018, págs. 654 a 655.
74. Machisa, Merciline T., Nicola Christofides y Rachel Jewkes, 'Structural Pathways between Child Abuse, Poor Mental Health Outcomes and Male-Perpetrated Intimate Partner Violence (IPV)', *PLoS One*, vol. 11, núm. 3, 2016, e0150986.
75. Biedermann, Sarah V., *et al.*, 'Sexual Abuse but not Posttraumatic Stress Disorder is Associated with Neurocognitive Deficits in South African Traumatized Adolescents', *Child Abuse Negl.* vol. 80, junio de 2018, págs. 257 a 267.
76. Iniciativa Global para Acabar con Todo Castigo Corporal hacia Niños y Niñas, *Corporal Punishment of Children: Review of research on its impact and associations*, Londres, junio de 2016, <<http://endcorporalpunishment.org/wp-content/uploads/research/Research-effects-review-2016-a-06.pdf>>.
77. Voisin, Dexter R., Torsten B. Neilands and Shannon Hunnicutt, 'Mechanisms Linking Violence Exposure and School Engagement among African American Adolescents: Examining the roles of psychological problem behaviors and gender', *Am J Orthopsychiatry*, vol. 81, núm. 1, 2011, págs. 67 a 71; Foshee, Vangie Ann, *et al.*, 'A Longitudinal Examination of Psychological, Behavioral, Academic, and Relationship Consequences of Dating Abuse Victimization among a Primarily Rural Sample of Adolescents', *J Adolesc Health*, vol. 53, núm. 6, 2013, págs. 723 a 729.

78. Norman, Rosana E., *et al.*, 'The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A systematic review and meta-analysis', *PLoS Medicine*, vol. 9, núm. 11, 2012, e1001349.
79. Zhu, Yuhong, *et al.*, 'Parent-Child Attachment Moderates the Associations between Cyberbullying Victimization and Adolescents' Health/Mental Health Problems: An exploration of cyberbullying victimization among Chinese adolescents', *J Interpers Violence*, June 2019, doi: 10.1177/0886260519854559.
80. Organización Mundial de la Salud, *Prevención del suicidio: Un recurso para cineastas y otras personas que trabajan en el teatro, el cine y la televisión*, Ginebra, 2019.
81. Naciones Unidas, *Estudio mundial sobre los niños privados de libertad*, Nueva York, 2019, <https://www.ohchr.org/SP/HRBodies/CRC/StudyChildrenDeprivedLiberty/Pages/Index.aspx>.
82. Sherr, Lorraine, Kathryn J. Roberts y K. Natasha Gandhi, "Child Violence Experiences in Institutionalised/Orphanage Care", *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, suppl. 1, 2017, págs. 31 a 57.
83. Naciones Unidas, *Estudio mundial sobre los niños privados de libertad*.
84. *Ibid.*
85. *Ibid.*
86. OMS, *Care of Girls and Women Living with Female Genital Mutilation: a Clinical Handbook*, Ginebra, 2018. <<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/health-care-girls-women-living-with-FGM/en>>.
87. John, Neetu A., Jeffrey Edmeades y Lydia Murithi, 'Child Marriage and Psychological Well-being in Niger and Ethiopia', *BMC Public Health*, vol. 19, núm. 1029, 2019.
88. Oficina de la Representante Especial del Secretario General sobre la Violencia contra los Niños, *La protección de las niñas, los niños y los adolescentes afectados por la violencia armada en la comunidad*, Nueva York, 2016, [https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/documents/publications/protection\\_violencia\\_armada\\_esp.pdf](https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/documents/publications/protection_violencia_armada_esp.pdf).
89. McGuinness, Teena M. y Simone C. Durand, "Mental Health of Young Refugees", *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 53, núm. 12, 2015, págs. 16 a 18.
90. Lincoln, Alisa K., *et al.*, 'The Impact of Acculturation Style and Acculturative Hassles on the Mental Health of Somali Adolescent Refugees', *Journal of Immigrant Minority Health*, vol. 18, 2015, págs. 771 a 778.
91. Vossoughi, Nadia, *et al.*, 'Mental Health Outcomes for Youth Living in Refugee Camps: A Review', *Trauma, Violence, & Abuse*, vol. 19, núm. 5, 2016, págs. 528 a 542.
92. *Ibid.*
93. Punamäki, Raija, L., *et al.*, 'The Role of Maternal Attachment in Mental Health and Dyadic Relationships in War Trauma', *Heliyon*, vol. 5, núm. 12, diciembre 2019, e02867.
94. Naciones Unidas, *Estudio mundial sobre los niños privados de libertad*.

95. Denkinger, Jana K., *et al.*, 'Secondary Traumatization in Caregivers Working With Women and Children Who Suffered Extreme Violence by the "Islamic State"', *Frontiers in Psychiatry*, vol. 9, núm. 234, junio de 2018, < <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00234/full>>.
96. *Ibid.*
97. Finkelhor, David, Richard K. Ormrod y Heather A. Turner, 'Poly-victimization: A neglected component in child victimization', *Child Abuse & Neglect*, vol. 31, 2007, págs. 7 a 26.
98. OMS, INSPIRE.
99. OMS, "Adolescent Mental Health Fact Sheet".
100. American Psychological Association, 'Child and Adolescent Mental and Behavioral Health Resolution', Washington D.C., febrero de 2019, < <https://www.apa.org/about/policy/resolution-child-adolescent-mental-behavioral-health.pdf>>.
101. Kessler, Ronald C., *et al.*, 'Childhood Adversities and Adult Psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys', *British Journal of Psychiatry*, vol. 197, núm. 5, 2010, págs. 378-385; Rieder, *et al.*, 'Impact of Maternal Adverse Childhood Experiences on Child Socioemotional Function'.
102. Finkelhor, David, Richard K. Ormrod y Heather A. Turner, 'Lifetime Assessment of Poly-victimization in a National Sample of Children and Youth', *Child Abuse & Neglect*, vol. 33, 2009, págs. 403 a 411; Hanson, Rochelle F., *et al.*, 'Relations among Parental Substance Use, Violence Exposure and Mental Health: The national survey of adolescents', *Addict Behav.*, vol. 31, 2006, págs. 1988 a 2001.
103. Lansford, Jennifer E., *et al.*, 'Change Over Time in Parents' Beliefs About and Reported Use of Corporal Punishment in Eight Countries with and without Legal Bans', *Child Abuse & Neglect*, vol. 71, 2017, págs. 44 a 55.
104. Nkuba, Mabula, *et al.*, 'Mental Health Problems and their Association to Violence and Maltreatment in a Nationally Representative Sample of Tanzanian Secondary School Students', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 53, núm. 7, 2018, págs. 699 a 707; Ssenyonga, Joseph, Charles Magoba Muwonge y Tobias Hecker, 'Prevalence of Family Violence and Mental Health and their Relation to Peer Victimization: A representative study of adolescent students in Southwestern Uganda', *Child Abuse & Neglect* vol. 98, núm. 1041, 2019; Hecker, Tobias, *et al.*, 'Child Neglect and its Relation to Emotional and Behavioral Problems: A cross-sectional study of primary school-aged children in Tanzania', *Development and Psychopathology*, vol. 31, núm. 1, 2019, págs. 325 a 339.
105. Menesini, Ersilia y Christina Salmivalli, 'Bullying in Schools: The state of knowledge and effective interventions', *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, núm. 1, 2017, págs. 240 a 253.
106. Kadir, Ayesha, 'Effects of Armed Conflict on Child Health and Development: A systematic review', *PLoS One*, vol. 14, núm. 1, January 2019, e0210071.
107. Denov, Myriam y Atim Angela Lakor, 'When War is better than Peace: The post-conflict realities of children born of wartime rape in northern Uganda', *Child Abuse & Neglect*, vol. 65, marzo de 2017, págs. 255 a 265.
108. Maclure, Richard y Myriam Denov, 'I Didn't Want to Die so I Join Them': Structuration and the process of becoming boy soldiers in Sierra Leone', *Terrorism and Political Violence*, vol. 18, núm. 1, 2006, págs. 119 a 135; Kadir, "Effects of Armed Conflict on Child Health and Development".

109. Chigiji, Handrick, *et al.*, 'Risk Factors and Health Consequences of Physical and Emotional Violence against Children in Zimbabwe: A nationally representative survey', *BMJ Glob Health*, vol. 3, núm. 3, junio de 2018, e000533.
110. Osofsky, Joy D. "The Effects of Exposure to Violence on Children of Different Ages" en Donnelly, Jill (ed.) *Developing Strategies to Deal with Trauma in Children: A means of ensuring conflict prevention, security and social stability —Case study— 12-15-year-old years in Serbia*, IOS Press, Amsterdam, 2005.
111. *Ibid.*
112. Osofsky, Joy D., 'The Impact of Violence on Children'.
113. American Psychological Association, 'Child and Adolescent Mental and Behavioral Health Resolution'.
114. Walker, Susan P., *et al.*, 'Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development', *The Lancet*, vol. 378, núm. 9799, octubre de 2011, págs. 1325 a 1338.
115. *Ibid.*
116. Starkey, Leighann, J. Lawrence Aber y Angela Crossman, 'Risk or Resource: Does school climate moderate the influence of community violence on children's social-emotional development in the Democratic Republic of Congo?', *Dev Sci.*, vol. 22, núm. 5, septiembre de 2019, e12845.
117. ECPAT International, 'Sophie: Why are we the ones hiding our faces in shame?', *Survivors' Voices*, ECPAT International, Bangkok, 2016, <<https://www.ecpat.org/survivor-voices/sophies-story-hope-survival/>>.
118. OMS, INSPIRE. Véase también la iniciativa Know Violence in Childhood: A global learning initiative, <<https://igarape.org.br/en/know-violence-in-childhood-global-learning-initiative>>.
119. Organización Mundial de la Salud, Plan sobre salud mental 2013-2020, Ginebra, 2013, [https://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/es/](https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/) Véase también Organización Mundial de la Salud, mhGAP Evidence Resource Centre [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/en/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/).
120. Organización Mundial de la Salud, "Mental Health Evidence and Research", Ginebra, s.f, [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/en/).
121. Patel, *et al.*, "The Lancet Commission on global mental health and sustainable development".
122. *Ibid.*
123. *Ibid.*
124. American Psychological Association, 'Child and Adolescent Mental and Behavioral Health Resolution'.
125. Eckenrode, John, *et al.*, 'Preventing Child Abuse and Neglect with a Program of Nurse Home Visitation: The limiting effects of domestic violence', *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, núm. 11, 2000, págs. 1385 a 1431.
126. Patel, *et al.*, "The Lancet Commission on global mental health and sustainable development".
127. *Ibid.*
128. Patel, *et al.*, "The Lancet Commission on global mental health and sustainable development".

129. Organización Mundial de la Salud y la Plataforma Gulbenkian para a Saúde Mental Global. *Promover los derechos y la vida en comunidad de los niños con discapacidades psicosociales*, Ginebra, 2015.
130. Foro Económico Mundial y Orygen, 'Global Youth Mental Health Briefing', Ginebra, s.f. <<https://static1.squarespace.com/static/5d42dd6674a94c000186bb85/t/5e26d1539b35240322ba9394/1579602264031/Orygen%27s+WEF-global-YMH-briefing.pdf>>.
131. Aldeas Infantiles SOS Internacional, *The Right to Protection: Ending violence against children*, Innsbruck, 2017, <<https://www.sos-childrensvillages.org/news/the-right-to-protection>>.
132. Patel, *et al.*, "The Lancet Commission on global mental health and sustainable development".
133. Las directrices y el material de Helping Adolescents Thrive (HAT) se publicarán próximamente.
134. Patel, *et al.*, "The Lancet Commission on global mental health and sustainable development".
135. *Ibid.*
136. Citado por el Defensor del Menor, Noruega, 'I Want to have Good Dreams: Children's and young people's hearing on bullying and offences at school' ", Defensor del Menor, Oslo, octubre de 2014, <<http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2015/10/Good-dreams.pdf>>.
137. Wasserman, D *et al.*, 'School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial'. *The Lancet*, 2015. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)
138. Patel, *et al.*, "The Lancet Commission on global mental health and sustainable development".
139. Organización Mundial de la Salud, WHO Guidelines for the Health Sector Response to Child Maltreatment, OMS, Ginebra, septiembre de 2019, <<https://www.who.int/publications-detail/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment>>; véase también Organización Mundial de la Salud, Responding to Children and Adolescents who have been Sexually Abused: WHO clinical guidelines, OMS, Ginebra, febrero de 2017, <<https://www.who.int/publications-detail/9789241550147-responding-to-children-and-adolescents-who-have-been-sexually-abused>>.
140. Organización Mundial de la Salud, INSPIRE.
141. Organización Mundial de la Salud, *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*, Versión 2.0, Ginebra, 2019, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>.
142. Organización Mundial de la Salud, *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*, Ginebra, 2011, <[https://www.who.int/mental\\_health/publications/guide\\_field\\_workers/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/)>.
143. Véase <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/save-children-psychological-first-aid-training-manual-child-practitioners> y <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/childrens-resilience-programme-psychosocial-support-and-out-schools>
144. Comité Permanente entre Organismos, *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*, Nueva York, 2007, <[https://www.who.int/mental\\_health/emergencias/9781424334445/en/](https://www.who.int/mental_health/emergencias/9781424334445/en/)>
145. Patel, *et al.*, "The Lancet Commission on global mental health and sustainable development".

146. Véase <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-06/IASC%20Guidance%20on%20Operational%20considerations%20for%20Multisectoral%20MHPSS%20Programmes%20during%20the%20COVID-19%20Pandemic.pdf>
147. UNICEF, *Operational guidelines on community based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Three-tiered support for children and families (field test version)*, Nueva York, 2018
148. Organización Mundial de la Salud, Plan sobre salud mental 2013-2020.
149. Patel, *et al.*, “The Lancet Commission on global mental health and sustainable development”.
150. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud, Leading Minds Conference 2019.
151. ECPAT International, ‘Lee: I had to choose between acceptance and destruction’, *Survivors’ Voices*, ECPAT International, Bangkok, 2016, <<https://www.ecpat.org/survivor-voices/lees-story-survival-acceptance/>>.
152. Red Europea de Jóvenes Asesores, recomendaciones del proyecto de participación infantil titulado ‘Let’s Talk Young, Let’s Talk About Mental Health!ENYA, Estrasburgo, 2018, [http://enoc.eu/?page\\_id=2066](http://enoc.eu/?page_id=2066).
153. Patel, *et al.*, “The Lancet Commission on global mental health and sustainable development”.





OFICINA DEL REPRESENTANTE ESPECIAL DEL SECRETARIO GENERAL SOBRE  
**LA VIOLENCIA CONTRA LOS NIÑOS**

La Representante Especial del Secretario General sobre la Violencia contra los Niños es una defensora mundial independiente en favor de la prevención y la eliminación de todas las formas de violencia contra la infancia, que moviliza la acción y el apoyo político para lograr avances en todo el mundo. Su mandato está anclado en la Convención sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos internacionales de derechos humanos y enmarcado en el Estudio de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños.

<https://violenceagainstchildren.un.org/>

ISBN: 978-92-1-101427-3



9 789211 014273