



Bienestar emocional de los cuidadores de niños, niñas y adolescentes en el municipio Torbes del estado Táchira (julio-agosto 2025)

Coordinadora

Carmen Zenaida Vivas-Franco

Autores

Leonardo Javier Molero-Olivar

Irina Daniela Brito-Soto

Apoyo en la recolección de datos

María Gabriela Pérez Sánchez

Enje Yeliber Pérez Pabón

María Alejandra Otálvaro López

Marly Chiquinquirá Arellano González

Diagramación

Arnaldo Durán Zambrano

Foto de portada

Cuidadoras en medio de una actividad para el incremento del autoestima en la comunidad Agua Dulce, municipio Torbes del estado Táchira.

Fotografías

Arnaldo Durán Zambrano

Leonardo Javier Molero Olivar

Bienestar emocional de los cuidadores de niños, niñas y adolescentes en el municipio Torbes del estado Táchira (julio-agosto 2025)

Depósito Legal: TA202500012
ISBN: 978-980-7906-41-8

Afiliación institucional de los autores

Leonardo Javier Molero-Olivar. Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera.

Irina Daniela Brito Soto. Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera.

Contacto:
publicaciones@odisef.org

Cita sugerida

Molero-Olivar, L. y Brito-Soto, I. (2025). Bienestar emocional de los cuidadores de niños, niñas y adolescentes en el municipio Torbes del estado Táchira (julio-agosto 2025) (Vivas-Franco, coord.). San Cristóbal, Venezuela: Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF)

El contenido y los puntos de vista son responsabilidad exclusiva de los autores y en ningún caso debe considerarse que reflejan los puntos de vista de las entidades financiadoras y/o colaboradoras.

Índice

Introducción (pág. 5)

- Delimitación conceptual (pág. 6)
- Reconocimiento jurídico del derecho a la salud y su dimensión mental (pág. 7)
- Salud mental y vida digna: articulación con el derecho a la vida (pág. 8)
- Salud mental, protección y derechos humanos: obligaciones sustantivas y de procedimiento (pág. 8)
- Determinantes sociales, protección especial y grupos en situación de vulnerabilidad (pág. 9)
- De la norma a la implementación: elementos de un sistema de salud mental basado en derechos (pág. 10)
- Desafíos persistentes y oportunidades (pág. 11)
- La dimensión psicosocial como eje transversal de la protección integral (pág. 11)

Metodología (pág. 12)

Análisis y discusión de resultados (pág. 14)

- Cuantificación del impacto y significación clínica (pág.14)
- Cualificación del impacto y significación clínica (pág. 15)
- Resiliencia frente a la adversidad crónica (pág. 16)
- Fortalecimiento de las capacidades parentales (pág. 17)

Conclusiones (pág. 18)

Recomendaciones (pág. 18)

Referencias (pág. 20)

Introducción

El concepto de bienestar emocional constituye un constructo multidimensional que abarca el estudio científico de la satisfacción con la vida, el bienestar subjetivo y la prevalencia de afectos positivos. Desde esta premisa, se considera que una persona experimenta un estado de felicidad plena cuando manifiesta una frecuencia significativamente mayor de emociones positivas en contraste con las negativas. No obstante, el bienestar no se limita a la ausencia de malestar sino que se alcanza cuando el individuo logra metas vitales complejas que poseen un alto grado de significado personal y propósito, lo que fusiona la satisfacción presente con la autorrealización futura (Góngora y Castro, 2018).

En el contexto de la sociedad actual se observa con frecuencia que los progenitores no siempre pueden estar presentes en la crianza de sus hijos debido a diversos factores estructurales, socioeconómicos o personales que impiden el ejercicio pleno de la responsabilidad de crianza. Ante esta realidad, y en virtud de lo consagrado en los artículos 5, 26 y 32a de la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA), dicha responsabilidad es asumida por cuidadores distintos a los progenitores. De acuerdo con el marco jurídico venezolano, se define como cuidador a cualquier persona que, independientemente de si pertenece o no a la familia de origen, asume, de hecho, la protección y guía del niño, niña o adolescente (NNA) (Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes, 2015).

El cuidador desempeña un papel determinante y transformador en los estilos de crianza y en el desarrollo integral de los NNA. La familia opera como un microsistema esencial donde la autoestima se desarrolla mediante procesos de reconocimiento recíproco y la validación constante por parte del otro (Satir, 2005). Por tanto, la estabilidad emocional del cuidador es el cimiento sobre el cual se construye la identidad de los NNA a su cargo.

Sin embargo, la realidad en el municipio Torbes del estado Táchira revela vulnerabilidades críticas. Otras investigaciones señalan que padres, madres y abuelos en esta zona enfrentan barreras severas que les impide garantizar el ejercicio efectivo de los derechos de los NNA; estas barreras incluyen, entre otros factores, el desconocimiento de la normativa vigente consagrada en la LOPNNA (Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera, 2024). Con la valoración de estas circunstancias se creó el Programa de Atención Psicosocial para Cuidadores de NNA en Riesgo de Protección en las comunidades Vega de Aza, La Palmita y Agua Dulce del municipio referido; dirigido específicamente a cuidadores y cuyo propósito central fue fortalecer sus recursos personales y familiares a través procesos formativos y vivenciales centrados en tres pilares: la autoestima, los estilos de crianza y el manejo emocional asertivo. La meta final consistió en incrementar en los

cuidadores herramientas de afrontamiento para que, a pesar de las eventuales situaciones adversas del entorno, pudieran ejercer su rol de cuidador con competencia, y a su vez elevar simultáneamente su bienestar emocional y el de los NNA bajo su cuidado.

La evidencia científica respalda que las intervenciones de corte cognitivo-conductual en cuidadores reducen significativamente la sintomatología de depresión, ansiedad y la percepción de *carga del cuidador*, y potencian la salud mental (Martínez-Rodríguez, 2025). Este informe ofrece un análisis de los resultados derivados del Programa de Atención Psicosocial para Cuidadores de NNA en Riesgo de Protección en las comunidades Agua Dulce, Vega de Aza y La Palmita del municipio Torbes del estado Táchira, financiado por el Fondo Humanitario Venezuela.

Para destacar el contraste del bienestar emocional antes y después de la intervención, se utilizó la Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edimburgo (WEMWBS), instrumento, desarrollado en el Reino Unido y validado internacionalmente, que permitió capturar tanto el aspecto hedónico -vinculado a la felicidad subjetiva- como la perspectiva eudaimónica, enfocada en el funcionamiento psicológico óptimo y el sentido de realización personal (Alvarado y Sánchez, 2015).

Marco teórico

Delimitación conceptual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que “la salud mental es un derecho humano básico para todas las personas” (OMS, 2023, párr. 1) que comprende el acceso a cuidados disponibles, accesibles, aceptables y de calidad, así como el derecho a la libertad, la independencia y la inclusión en la comunidad. Este enfoque exige la transformación de los sistemas hacia servicios comunitarios centrados en la persona y basados en derechos (OMS, 2023a). Ese reconocimiento es acompañado por una agenda programática que la OMS amplió en 2021 en su Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013–2030, con objetivos y metas globales para liderazgo y gobernanza, provisión de servicios integrados comunitarios, promoción y prevención, e información y evidencia. Este Plan, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud, articula la salud mental como condición para alcanzar la cobertura sanitaria universal y el desarrollo sostenible (OMS, 2021).

En la región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS documentaron una carga particularmente elevada de trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, con un impacto sustantivo en discapacidad y mortalidad, y con brechas persistentes de acceso a la atención (OPS/ OMS, 2023). La Comisión de Alto Nivel en Salud Mental y COVID 19 de la OPS, refuerza la tesis de que la inversión en salud mental produce retornos tanto sociales como económicos, y que la región necesita servicios accesibles y de calidad con enfoque de derechos para revertir tendencias negativas, por ejemplo, el incremento regional de la tasa de suicidio entre 2000 y 2019 (OPS/OMS, 2023).



Cuidadoras en medio de una actividad de atención plena y respiración diafragmática, comunidad Agua Dulce, municipio Torbes del estado Táchira.

Reconocimiento jurídico del derecho a la salud y su dimensión mental

Como base normativa internacional en materia de derecho a la salud, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) en su Observación General N° 14 (2000) interpreta el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Esta Observación establece que “todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente” (CDESC, 2000, p. 1) además, define obligaciones estatales y dimensiones normativas -habitualmente descritas como AAAQ por sus siglas en inglés y que se traduce como: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad- aplicables también a servicios de salud mental (CDESC, 2000).

En el sistema interamericano, la Organización de los Estados Americanos (OEA) en el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, reconoce el derecho a la salud (art. 10) y compromete a los Estados a adoptar medidas progresivas para su realización, íntimamente relacionada con la dignidad humana y la indivisibilidad de todos los derechos (OEA, 1988). A su vez, la propia Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) establece obligaciones de respeto y garantía (art. 1), normas de protección de la vida (art. 4) y la integridad personal (art. 5), que se han aplicado a contextos de atención psiquiátrica y salud mental, para reforzar estándares de supervisión, prevención de abusos y garantía de servicios adecuados (OEA, 1969). La CADH exige proteger la integridad física, mental y moral y prohíbe tratos crueles, inhumanos o degradantes (OEA, 1969).

En la misma línea, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) incorpora garantías específicas: igual reconocimiento ante la ley (art. 12), libertad y seguridad (art. 14),

protección contra la tortura y tratos crueles (art. 15), vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad (art. 19), y salud (art. 25), también exige servicios de salud del mismo rango y calidad que los proporcionados a las demás personas y sin discriminación por motivos de discapacidad psicosocial (Naciones Unidas, 2006).

Este bloque normativo se ha actualizado con la Guía elaborada entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) -representada por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) de 2023-2024-, que propone objetivos y cláusulas legales para reformar leyes de salud mental y eliminar la coerción (internación y tratamiento involuntario, sujeción y aislamiento), fortalecer la desinstitucionalización y asegurar servicios comunitarios centrados en la persona, con mecanismos de rendición de cuentas y participación (OMS/ONU, 2024).

En el orden interno, el artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) reconoce la salud como “derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida” (CRBV 1999, p. 21), y compromete políticas para elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a servicios. Este artículo, junto con el diseño del Sistema Público Nacional de Salud (art. 84), sienta las bases para entender la salud mental como parte integral del derecho a la vida y de la política sanitaria, con principios de gratuidad, universalidad e integralidad.

Salud mental y vida digna: articulación con el derecho a la vida

El derecho a la vida no debe tratarse de manera estrecha; incluye el derecho a gozar de una vida con dignidad, según la Observación General N° 36 (2019) del Comité de Derechos Humanos sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), esta interpretación exige que los Estados prevengan actos y omisiones que puedan provocar muertes no naturales o prematuras y adopten medidas positivas para garantizar condiciones de existencia compatibles con la dignidad humana -lo que comporta el acceso efectivo a servicios de salud mental- en particular para grupos en situación de mayor riesgo (Naciones Unidas, 2019).

La jurisprudencia interamericana ha desarrollado el concepto de vida digna a partir de la equivalencia con la existencia digna, al vincular la falta de acceso a servicios sanitarios adecuados con vulneraciones del derecho a la vida y la integridad, incluso sin que se produzca la muerte. Estudios doctrinales sistematizan cómo la Corte Interamericana extiende la protección del derecho a la vida hacia condiciones materiales -alimentación, agua, saneamiento y atención de salud-, al subrayar la exigencia de medidas estatales para prevenir lesiones graves a la vida en dignidad (Pasqualucci, 2008).

Salud mental, protección y derechos humanos: obligaciones sustantivas y de procedimiento

Desde una perspectiva de protección integral, el enfoque de derechos humanos en salud mental demanda obligaciones de respetar, proteger y cumplir. La página temática del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) y la Guía OMS-ACNUDH 2023-2024 (ACNUDH, s.f.) señalan que la institucionalización y la falta de servicios comunitarios incrementan

el riesgo de violaciones graves -violencia, sujeción física-química y otras prácticas coercitivas- y que las respuestas estatales deben incorporar leyes y políticas acordes con estándares internacionales, mecanismos de calidad y derechos en los servicios, canales de quejas y remedios efectivos, y el reemplazo de instituciones por redes de apoyo comunitario (vivienda, ingresos, pares) que garanticen autonomía y participación (OMS, 2023b).

Por su parte, la OPS y la OMS enfatizan la protección frente al estigma y discriminación, además, recuerda que instrumentos como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) y la CDPD garantizan igualdad ante la ley, integridad, privacidad, atención de calidad, y la prohibición de inmovilizaciones y acciones coercitivas. Este marco se traduce en principios operativos: servicios cercanos a la comunidad, enfoques de recuperación y empoderamiento, y la participación de personas con experiencia vivida en el diseño y evaluación de servicios (OPS/OMS, s.f.).

En el plano normativo, los Principios de Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental (Naciones Unidas, 2021) y los Diez Principios Básicos sobre legislación de atención en salud mental -entre ellos la autodeterminación, la provisión del tipo de atención menos restrictivo, y la revisión independiente de decisiones- (OMS, s.f.), ofrecieron durante años un estándar mínimo para legislación y práctica, hoy actualizado por la CDPD y la Guía OMS-ACNUDH.

La pandemia de COVID 19 puso a prueba estos sistemas, evidenció impactos desproporcionados en personas que vivían en instituciones y en grupos en situación de vulnerabilidad, y subrayó la obligación estatal de abordar la salud mental como una cuestión de derechos humanos en la preparación, respuesta y recuperación (OMS/ ONU, 2024). En 2025, el ACNUDH reiteró los obstáculos para aplicar enfoques basados en derechos y emitió recomendaciones concretas para integrarlos en políticas de salud mental: participación, rendición de cuentas, igualdad y no discriminación, transparencia y acceso a medicamentos (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2025).

Determinantes sociales, protección especial y grupos en situación de vulnerabilidad

El enfoque de derechos reconoce que la salud mental está condicionada por determinantes sociales (educación, trabajo decente, vivienda, cohesión social) y por factores individuales y estructurales a lo largo de la vida. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) recuerda que “no puede haber salud sin salud mental” (Guterres, 2021) y vincula el bienestar mental con la Agenda 2030, la equidad y la inclusión, a la par que destacó la necesidad de combatir el estigma, ampliar prevención y tratamiento, y construir resiliencia con medidas de protección social (Naciones Unidas, s.f.).

La ya mencionada Observación General N° 36 exige medidas de protección reforzada para personas en situación de vulnerabilidad cuyas vidas están en riesgo por amenazas específicas o patrones de violencia, mandato que se extiende a quienes enfrentan barreras para acceder a atención de salud mental, incluidas personas institucionalizadas, personas privadas de libertad, NNA, personas mayores, migrantes y personas con discapacidad psicosocial (Naciones Unidas, 2019). La OPS y la OMS complementan este deber con evidencia regional sobre mortalidad por suicidio, carga de

trastornos depresivos y de ansiedad, y brechas de tratamiento, que deben ser abordadas con políticas públicas de prevención y atención basadas en derechos (OPS/OMS, 2023).

De la norma a la implementación: elementos de un sistema de salud mental basado en derechos

Para pasar de la norma a la implementación en salud mental, hay que reconocerla como parte del derecho a la salud y operar con un enfoque de dignidad, igualdad y autonomía. Algunos elementos que deben ser considerados para que esto se materialice se presentan a continuación:

a) Gobernanza y legislación: la Guía OMS-ACNUDH propone que las leyes de salud mental eliminen la coerción, generen garantías de consentimiento informado y toma de decisiones apoyada, consagren prácticas no discriminatorias, promuevan la desinstitucionalización con servicios comunitarios (vivienda, apoyos sociales, pares), y contemplen mecanismos de monitoreo y rendición de cuentas con participación de usuarios y familias (OMS/ ONU, 2024).

b) Servicios integrados y comunitarios: el Plan de Acción 2013–2030 impulsa redes de atención integradas en el primer nivel y en hospitales generales, con intervenciones psicosociales y no farmacológicas basadas en evidencia y equipos capacitados; además, promueve sistemas de información e investigación que permitan evaluar calidad, cobertura y resultados, incluidos indicadores de derechos humanos (OMS, 2022).

c) Calidad y derechos en los servicios: el ACNUDH subraya la necesidad de evaluar y mejorar condiciones de atención para prevenir tratos inhumanos o degradantes, asegurar condiciones de vida dignas y establecer mecanismos de quejas con remedios efectivos. Esta exigencia se aplica



Cuidadoras en el desarrollo de una actividad de arte terapia en la comunidad Agua Dulce, municipio Torbes del estado Táchira.

tanto a instituciones públicas como privadas y se conecta con los estándares de la CADH sobre integridad personal (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, s.f.).

d) Participación y empoderamiento: la CDPD exige participación plena y efectiva de personas con discapacidad en la vida comunitaria y en decisiones que les afecten, y prohíbe su exclusión por motivos de discapacidad, a fin de garantizar igualdad de acceso a información, educación, empleo y salud. Todo esto, aplicado a la salud mental significa codiseñar servicios y políticas junto a personas con experiencia vivida y fortalecer apoyos para la toma de decisiones (Naciones Unidas, 2006).

e) Protección en emergencias y contextos de riesgo: la pandemia evidenció que las personas en entornos institucionales enfrentan mayor riesgo de contagio, confinamiento, polifarmacia, sobremedicación, aislamiento y muerte; por ello, las políticas de preparación y respuesta deben incorporar líneas de apoyo psicosocial, continuidad de cuidados y estrategias de desinstitucionalización acelerada (ACNUDH, s.f.)

Desafíos persistentes y oportunidades

Si bien se han logrado avances normativos, aún coexisten modelos de atención que mantienen prácticas coercitivas y estigmatizantes. La OMS ha documentado que, en muchos países, el gasto gubernamental en salud mental continúa concentrado en hospitales psiquiátricos, cuando la evidencia favorece servicios comunitarios más accesibles, coste-efectivos y respetuosos de derechos; de ahí la necesidad de reorientar financiamiento y acelerar la desinstitucionalización (OMS, 2023b).

El ACNUDH identifica la fragmentación normativa, la falta de participación significativa de usuarios, la carencia de datos desagregados, y la debilidad de mecanismos de rendición de cuentas como obstáculos transversales; recomienda integrar igualdad y no discriminación, transparencia, acceso a la información, remedios efectivos y gobernanza participativa en las políticas de salud mental (ACNUDH, 2025).

La dimensión psicosocial como eje transversal de la protección integral

La operatividad de la protección en contextos humanitarios requiere, de manera imperativa, el fortalecimiento de la infraestructura emocional de los entornos de cuidado. En este sentido, la Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) se erige como una estrategia de protección primaria que busca mitigar los riesgos de vulneración antes de que estos se cristalicen en el entorno familiar. Al abordar la salud mental como un componente indivisible de la salud integral, se reconoce que el bienestar del cuidador es el recurso más crítico para garantizar la supervivencia y el desarrollo de los NNA, todo lo que se alinea con los estándares de dignidad y derecho a la vida que rigen la acción humanitaria (Naciones Unidas, 2019).

Desde una perspectiva técnica, el distrés psicológico prolongado en los adultos actúa como un factor de riesgo que erosiona las barreras naturales de protección en el hogar. La evidencia en gestión de crisis indica que un cuidador con herramientas de regulación emocional no sólo previene

situaciones de maltrato, sino que rehabilita su capacidad de supervisión y respuesta reflexiva frente a las amenazas del entorno (Consejo Noruego para Refugiados, 2020). Por tal motivo, la intervención psicosocial no debe verse como un servicio aislado, sino como una inversión medular en la resiliencia del sistema protector familiar, en el que la estabilidad emocional del adulto promueve el ejercicio y respeto de los derechos de los NNA (OPS/OMS, 2023).

En este marco, la formación en crianza respetuosa y el manejo de la afectividad se traducen en competencias de autoprotección comunitaria. Al reducir la reactividad impulsiva y fomentar el autoconocimiento, se interrumpe la cadena de transmisión del estrés social hacia el núcleo familiar, y permite que el hogar se transforme en un espacio seguro y predecible (Plan International, 2021). Esta transición desde la teoría de la protección hacia la práctica del bienestar emocional permite entender porqué el fortalecimiento del cuidador conjura la negligencia y la violencia que se gesta en la precariedad (CDESC, 2000).

Los datos ofrecen una evidencia clara de esta correlación cuyos resultados reflejan una recuperación de la funcionalidad social y una disminución de la carga mental en los cuidadores; se trata del resultado directo de integrar la salud mental como una herramienta de protección. A continuación, se presentan los hallazgos que demuestran cómo el bienestar emocional de los cuidadores fortalece sus capacidades y reconfigura los entornos protectores de los NNA a su cargo.

Metodología

El objetivo primordial de esta investigación fue generar evidencia sobre la efectividad de las estrategias de apoyo psicosocial dirigidas a cuidadores, a partir de la prueba Warwick-Edinburgh (WEMWBS). Asimismo, se buscó analizar el impacto de las intervenciones psicosociales realizadas en las figuras de cuidado de NNA.

Esta metodología se estructuró bajo un enfoque por niveles, el cual se alinea estrictamente con las directrices de la OPS (2023) y, de manera específica, con la Pirámide de Intervención del Comité Permanente entre Organismos (IASC). Este modelo es fundamental en el ámbito humanitario, ya que permite adaptar la respuesta técnica según la severidad y complejidad de las necesidades detectadas: desde el apoyo comunitario y social general (base de la pirámide) hasta la atención especializada para casos de mayor vulnerabilidad. Este diseño se encuentra estipulado y operativizado en la Guía de Intervención Psicosocial SMAPS elaborada por el Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF), la cual sirvió como hoja de ruta para las intervenciones dirigidas a los cuidadores adultos, en las que emplearon técnicas probadas y fundamentadas en la psicología basada en la evidencia. Entre estas se destacan:

- Terapia cognitivo-conductual: para la identificación y reestructuración de pensamientos desadaptativos relacionados con el rol de cuidado.
- Terapia de aceptación y compromiso: orientada a mejorar la flexibilidad psicológica de los participantes ante situaciones de estrés incontrolables.



Cuidadoras en una sesión de psicoeducación sobre crianza respetuosa, comunidad La Palmita, municipio Torbes del estado Táchira.

- Prácticas de *mindfulness* (atención plena): utilizadas para la regulación emocional y la reducción del cortisol asociado al estrés crónico.

Estas herramientas se enfocaron primordialmente en la psicoeducación y en el alivio del malestar psicológico agudo, además de que se integró el protocolo de primeros auxilios psicológicos (PAP) en casos en los que se identificaron crisis emocionales activas durante las sesiones.

El programa se llevó a cabo en tres fases fundamentales: diagnóstico, intervención y cierre. Las sesiones grupales fueron 6 y tuvieron una duración entre 45 y 60 minutos, tiempo diseñado para garantizar el procesamiento de contenidos sin generar fatiga cognitiva en los participantes y en aplicación a estudios que han demostrado que las intervenciones psicosociales dirigidas a cuidadores reducen significativamente la percepción de *carga* (Martínez-Lazcano, 2014). Durante el transcurso de la intervención, se mantuvo un monitoreo continuo de los cambios conductuales observados.

1. Fase de diagnóstico (sesión 1): en este encuentro inicial se procedió a la aplicación del pre-test. Esta evaluación basal permitió establecer el estado emocional previo de los participantes. El proceso se realizó de forma guiada, para asegurar que los cuidadores comprendieran cada ítem de la escala antes de responder.

2. Fase de intervención (sesiones 2, 3, 4 y 5): se ejecutaron las formaciones vivenciales diseñadas para fortalecer las capacidades individuales. Los ejes temáticos explicados abarcaron: a) manejo del estrés, b) habilidades de afrontamiento, c) redes de apoyo y d) crianza positiva. Esta etapa apuntó a establecer un *rappor*t o vínculo de confianza sólido al crear un espacio seguro fundamentado en el respeto y la confidencialidad que permitieron el trabajo terapéutico.

3. Fase de cierre (sesión 6): al finalizarla se aplicó el post-test con la misma estructura del instrumento inicial. Este procedimiento comparativo tuvo como fin medir el progreso cuantitativo y asegurar la efectividad de la intervención conforme se desarrollaba el ciclo grupal.

Para verificar el bienestar emocional, se utilizó la WEMWBS, instrumento diseñado por investigadores de las Universidades de Warwick y Edimburgo, con financiamiento del Servicio Nacional de Salud de Escocia, para permitir una medición robusta del bienestar mental positivo (Tennant *et al.*, 2007, citado en Barraza-Macías, 2025). Esta escala se aleja del modelo de déficit y se centra en los aspectos positivos de la salud mental, al integrar dos dimensiones filosóficas y psicológicas:

- **Dimensión hedónica:** centrada en la experiencia subjetiva de la felicidad, el afecto positivo y la satisfacción con la vida.
- **Dimensión eudaimónica:** enfocada en el funcionamiento psicológico saludable, el sentido de propósito y la realización personal.

El instrumento consta de 14 ítems redactados en forma de afirmaciones positivas sobre sentimientos y pensamientos experimentados en las últimas dos semanas. Utiliza una escala tipo Likert de 5 puntos: desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre). La puntuación total oscila entre 14 y 70 puntos. Dado que todos los ítems mantienen la misma direccionalidad, una puntuación más alta es indicativa de un nivel superior de bienestar mental y resiliencia emocional. La escala se aplicó a 49 cuidadores: 46 mujeres (entre 25 y 64 años) y 3 hombres (entre 40 y 64 años) de las comunidades Agua Dulce, Vega de Aza y La Palmita del municipio Torbes del estado Táchira. En este Informe además se ofrecen testimonios obtenidos durante las atenciones psicosociales individuales que también se brindaron a cuidadores; para anonimizar sus datos se asignaron códigos alfanuméricos, los cuales permiten identificar cada relato.

Análisis y discusión de resultados

Cuantificación del impacto y significación clínica

La implementación de los grupos psicosociales en las comunidades del municipio Torbes permitió un abordaje directo sobre 49 participantes: 46 mujeres y 3 hombres. Este número expone una focalización de género crucial, pues refleja la feminización del cuidado en contextos de crisis, en los que la mujer asume la carga emocional y operativa del hogar.

A través de la escala WEMWBS, se establecieron los siguientes hallazgos de contraste:

- **Línea base (pre-test):** los cuidadores iniciaron con un puntaje promedio de 49,8. Si bien este puntaje no indica una patología severa, sí refleja un bienestar condicionado por la evaluación cognitiva de satisfacción, donde el sujeto percibe una carga constante que limita su disfrute vital.
- **Estado post-intervención (post-test):** tras las 5 sesiones, el promedio ascendió a 55,1, es decir, hubo un incremento neto de 5,3 puntos.

Desde el punto de vista de la psicología clínica, este incremento no es sólo numérico; es un indicador de significación clínica. Un aumento de más de 5 puntos en la escala WEMWBS sugiere un cambio en la percepción del funcionamiento cotidiano. El 74 % de los participantes (35 personas) no sólo elevaron su puntaje, sino que transitaron hacia una zona de mayor seguridad psicológica, al adquirir herramientas de manejo emocional y reforzamiento de la autoestima positiva como cuidador.

Es fundamental realizar una lectura cualitativa y técnica sobre el incremento promedio de 5,3 puntos en la escala WEMWBS, el cual, lejos de ser una variación discreta, representa un cambio sensible y de alto impacto clínico en contextos de vulnerabilidad. La importancia de un resultado reside en si este produce un impacto real en la cotidianidad o no (Kazdin, 2018); en este sentido, pasar de un 49,8 a un 55,1 implica que el promedio de los cuidadores cruzó el umbral hacia una funcionalidad emocional saludable, lo que evidencia el despertar de recursos latentes en el 74 % de la muestra. Este avance, logrado en 6 sesiones, demuestra la alta pertinencia y eficacia de la intervención, ya que cada punto de incremento simboliza una disminución de pensamientos intrusivos y una mejora en las dimensiones de disfrute y propósito, que permite a los participantes traducir estos valores en acciones concretas de autorregulación y expresión creativa frente al caos del entorno.

Desde la perspectiva de la psicología social de la salud, estos cinco puntos de incremento representan una suerte de *colchón emocional* o efecto de amortiguación vital para romper la inercia del estrés crónico que, tiende a estancar el bienestar en líneas descendentes en poblaciones marcadas por la violencia y los duelos migratorios (Caparrós, 2020). El incremento significa que los cuidadores han logrado sustituir activamente respuestas de ira o desesperanza en indicadores críticos como sentirse útiles o relajados. Por lo que el avance representa una base de resiliencia estructural que proporciona una reserva emocional estratégica para afrontar futuras crisis, promueve que el cuidador responda con regulación en lugar de violencia, y propende a salvaguardar el ecosistema familiar de las comunidades intervenidas. Además, el aumento en la escala WEMWBS no es sólo un alivio temporal del distrés (bienestar hedónico), sino la adquisición de un bienestar eudaimónico (Vázquez *et al.*, 2009); así, el programa no sólo redujo la sintomatología negativa, sino que fortaleció los recursos biopsicosociales y la resiliencia de los cuidadores, convirtió el bienestar emocional en un predictor real de salud integral para todo el núcleo familiar.

Cualificación del impacto y significación clínica

En el marco del Programa, hubo casos que requirieron atenciones adicionales de modo individual, en cuyo desarrollo también se obtuvieron narrativas que muestran las bondades del Programa. De esas entrevistas se extrajeron relatos que evidenciaron la efectividad de la intervención al transformar la autopercepción del rol de cuidador. Ejemplo de ello son los relatos que se transcriben:

- **Comunicación y autoridad.** El testimonio de PROT0956: “al ver las clases me doy cuenta de que sabemos hablar, pero no sabemos comunicar”, evidencia una toma de conciencia sobre la metacomunicación. Al igual que el testimonio de PROT0041: “... es importante saber comunicar sobre todo con los adolescentes, cuando uno es muy autoritario sólo ganamos que se vuelvan rebeldes...”, se observa un cambio desde un modelo de crianza punitivo hacia uno basado en

la inteligencia emocional. En ese sentido, el ajuste en el estilo de crianza hacia la *democracia familiar* es el predictor más fuerte de éxito conductual en los NNA (Papalia y Martorell, 2017).

- **Bienestar hedónico y eudaimónico.** La expresión “me gustan estas actividades porque uno aprende y pasa un día diferente” (PROT0724) confirma la activación de la dimensión hedónica. Sin embargo, los relatos revelaron un cambio más profundo: así se puede establecer a partir de la comparación de la narración de PROT0599 quien en la primera sesión admitió que: “todo es amargura, exploto... todo me molesta, hay días que no quiero ni pararme, me levanto porque tengo que atender a mi nieta. No puedo controlar mis emociones tristeza, decepción... a veces lloro y siento que descargo...” y al finalizar la sesión 3 relató que: “me siento muy bien, ya no pienso tanto, me preocupo menos... me siento en paz, he colocado en práctica todo lo que me han enseñado y lo que aprendí en el taller”. En ambos casos se observa el bienestar eudaimónico en acción (López-Vigo y Zayas, 2021).

Resiliencia frente a la adversidad crónica

Específicamente los casos de PROT0655¹ y PROT0651² son paradigmáticos y muy gráficos, pues permiten entender la eficacia del Programa bajo el lente de la resiliencia secundaria (Cyrulnik, 2013). El testimonio de PROT0655, constituye un referente de la efectividad del Programa en el manejo del trauma acumulado y el estrés derivado del cuidado intergeneracional. Su trayectoria, marcada por la migración desde Colombia a los 15 años y la pérdida sucesiva de tres hijos y su patrimonio, sitúa su caso en lo que la psicología clínica define como trauma complejo; específicamente, la venta de su finca representó una fractura profunda en su identidad y seguridad. En la actualidad, PROT0655 es un ejemplo del fenómeno *abuela cuidadora* en familias transnacionales, asume la crianza de su nieta adolescente ante la emigración de la madre. La asunción de este rol ocurre en una etapa vital donde los recursos deberían orientarse a la integridad del yo, por lo que la convergencia de duelos no resueltos y la presión del cuidado se manifestaba inicialmente en frecuentes explosiones de ira y estrés, muestra de un agotamiento crítico de sus mecanismos de autorregulación.

El impacto del programa en la vida de PROT0655 fue transformador al facilitar una transición estructural de una respuesta reactiva, dominada por la impulsividad del distrés, hacia una respuesta reflexiva y consciente; mediante la integración de técnicas de regulación psicofisiológica, como la respiración diafragmática y la detención del pensamiento, logró capitalizar las herramientas formativas: “aplico los consejos para controlar mis reacciones, recordarlas y mantener la serenidad” (PROT0655). Este cambio de conducta representa la evidencia cualitativa más robusta del incremento numérico detectado por la escala WEMWBS, pues alcanzar la estabilidad en un contexto de cuidado adolescente implica una mejora sustancial en los mecanismos de protección de los NNA, previene la violencia y fortalece el apego seguro. El agradecimiento expresado al cierre confirma que la intervención no sólo cumplió una función paliativa, sino que rehabilitó la agencia personal de la cuidadora, permitiéndole trascender la reactividad del trauma pasado para ejercer un cuidado basado en la presencia consciente y la paz familiar.

¹75 años.

²65 años.

Otro caso icónico fue el de PROT0651³, que ilustra la intersección entre la supervivencia a la violencia de género y la sobrecarga del cuidado en contextos de vulnerabilidad extrema. Con una historia de vida marcada por la precariedad habitacional y la violencia infligida por su expareja: “mi esposo me daba mala vida”, logró establecer un núcleo familiar autónomo compuesto mayoritariamente por mujeres. Sin embargo, su bienestar se veía seriamente comprometido por las demandas de cuidado de un hijo con trastorno del espectro autista y dos nietas con dificultades de autorregulación conductual. Antes de la intervención, su discurso evidenciaba un estado de agotamiento emocional y fatiga por compasión, caracterizado por la hipersensibilidad al entorno: “me canso, hay muchos ruidos, gritos...” y un deseo por evitar el conflicto ante la saturación de sus recursos de afrontamiento, lo que la situaba en un riesgo elevado de desbordamiento psicofísico.

La participación de PROT0651 en el Programa representó una apertura hacia la regulación sensorial y emocional por medio de actividades expresivas y lúdicas que no realizaba desde hacía mucho tiempo. Al integrar técnicas de arteterapia, como el uso de témperas para localizar el estrés en el cuerpo y el trabajo con rompecabezas, se facilitó una descarga tensional que permitió a la participante resignificar su entorno doméstico. De ahí que, PROT0651 pasó de la saturación por el ruido a la gratitud por el aprendizaje y el acompañamiento, en una zona cercana porque “no podía ir lejos por pasaje⁴”, ese fue un factor crítico para el acceso a servicios que atendieran su salud mental. Una vez completado el Programa, su narrativa se transformó y su rol como referente de cuidado se fortaleció, lo que demostró que el bienestar eudaimónico se construye al recuperar la capacidad de juego, la expresión creativa y la validación dentro de su propia comunidad.

Fortalecimiento de las capacidades parentales

El análisis integral sugiere que el Programa no sólo aumentó el bienestar individual, sino que rehabilitó la agencia personal. La reducción de los pensamientos rumiantes o de la rumiación cognitiva (pensar demasiado) es un beneficio directo de las técnicas cognitivo-conductuales aplicadas, que le permiten al cuidador estar presente para los NNA, lo que deriva en la mejora de la calidad del vínculo afectivo y en pro de los derechos de los NNA.



Cuidadores en medio de una actividad de autoconocimiento sobre salud mental, comunidad de Vega de Aza, municipio Torbes del estado Táchira.

³65 años.

⁴El cuidador se refiere al dinero necesario para pagar el viaje para el desplazamiento en transporte público.

Conclusiones

El reconocimiento de la salud mental como derecho humano se asienta en un bloque normativo (PIDESC y OG-14, CADH y Protocolo de San Salvador, PIDCP y OG-36, CDPD, junto con la Guía OMS-ACNUDH y el Plan de Acción 2013–2030) que obliga a los Estados a garantizar servicios de salud mental disponibles, accesibles, aceptables y de calidad, erradicar prácticas coercitivas, y asegurar inclusión comunitaria y autodeterminación.

La vida digna provee el puente teórico entre la salud mental y el derecho a la vida: sin acceso efectivo a atención y sin condiciones materiales básicas para la participación y el bienestar, la vida no se ejerce con dignidad. Para materializar este marco, los Estados deben: 1) reformar leyes de salud mental conforme a estándares internacionales; 2) reorientar el financiamiento hacia servicios comunitarios centrados en la persona; 3) instaurar mecanismos de calidad y derechos, con remedios efectivos; 4) garantizar la participación de personas con experiencia vivida; y 5) abordar determinantes sociales con políticas integrales alineadas con la Agenda 2030.

El incremento promedio de 5,3 puntos en la escala WEMWBS evidencia un cambio en la funcionalidad emocional, porque demuestra que los cuidadores lograron cruzar el umbral del distrés hacia la operatividad emocional, al sustituir respuestas automáticas de ira por estrategias reflexivas, factor crucial de protección que previene la violencia intrafamiliar.

La eficacia de la intervención estuvo directamente ligada a la territorialidad. La imposibilidad de los cuidadores de costear traslados resalta que la salud mental comunitaria debe ser descentralizada. El hecho de que la intervención ocurriera en la comunidad en la que residían los cuidadores permitió el acceso al Programa de personas que, de otro modo, permanecerían en el aislamiento y la desatención, lo que perpetuaría ciclos de vulnerabilidad.

Aunque lo ideal es contar con recursos para ofrecer procesos terapéuticos prolongados, se pudo establecer que es posible generar cambios significativos en la crianza generando intervenciones de corta duración. Las técnicas de terapia cognitivo-conductual y *mindfulness* aplicadas en 5 sesiones pudieron rehabilitar la agencia personal, permitir que el cuidador pasara de ser un sujeto reactivo a un agente protector consciente.

Es imposible garantizar los derechos de los NNA si el cuidador está emocionalmente desbordado. El bienestar del adulto es la base del apego seguro, por ende, cualquier política de protección de NNA debe considerar la salud mental de quienes les cuidan.

Recomendaciones

Para el Estado venezolano

- Integrar de forma obligatoria programas de salud mental en centros comunitarios de salud, para que se asegure la presencia e intervención de psicólogos clínicos con enfoque en duelo migratorio y trauma.

- Asignar presupuestos específicos para que los programas de formación en crianza respetuosa lleguen a municipios fuera de las capitales, donde el acceso a servicios especializados es limitado.

Para las autoridades locales

- Habilitar espacios comunitarios donde puedan acudir los cuidadores para actividades de autocuidado, mientras los NNA a su cargo estén en actividades pedagógicas supervisadas. Esto mitiga directamente el agotamiento físico y emocional detectado en la escala WEMWBS.
- Crear un protocolo local en cuyo marco el Consejo de Protección al detectar una situación de riesgo no sólo actúe sobre el NNA, sino que refiera al cuidador a un servicio de apoyo psicosocial, para evitar episodios de violencia.

Para las organizaciones en articulación con el Estado venezolano

- Formar en las comunidades a promotores de bienestar, quienes puedan realizar visitas casa a casa para identificar signos de desborde emocional en otros cuidadores y ofrecer primeros auxilios psicológicos.
- Vincular la asistencia psicosocial con proyectos productivos. Un cuidador con estabilidad económica tiene mayor capacidad de autorregulación emocional. Programas de microcréditos para emprendimientos desde el hogar son ideales para cuidadores.
- Desarrollar una mirada clínica y sensible que permita identificar indicadores precoces de desgaste y desborde emocional en el cuidador antes de que escalen a crisis conductuales. Es fundamental integrar estrategias de apoyo psicosocial de baja intensidad pero alto impacto en cada punto de contacto (entrega de asistencia, jornadas de salud o visitas domiciliarias). Un cuidador con sus capacidades de autorregulación preservadas es el entorno protector más eficiente.
- Propender en la consolidación de hábitos de regulación emocional y atención plena (*mindfulness*) en el entorno cotidiano. Se recomienda establecer sistemas de seguimiento longitudinal -ya sea mediante teleasistencia o redes de apoyo comunitario- basados en el compromiso con el bienestar del grupo familiar. Para verificar que las herramientas de crianza respetuosa y contención emocional se han integrado en la dinámica del hogar.

Referencias

A Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (s.f.). Salud mental y derechos humanos. El ACNUDH y el derecho a la salud. <https://www.ohchr.org/es/health/mental-health-and-human-rights>

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2025). Salud mental y derechos humanos: informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. <https://digitallibrary.un.org/record/4075996?v=pdf>

Alvarado, C., y Sánchez, R. (2015). Validación de la Escala de Bienestar Mental. Revista de Salud Pública, 17(6).

B Barraza-Macías, A. (2020). Validación de la Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale en una población estudiantil mexicana. Universidad Pedagógica de Durango.

C Caparrós, B. (2020). Resiliencia y bienestar psicológico en contextos de vulnerabilidad social: Un análisis de la salud mental positiva. Editorial Universitaria.

Comisión de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Comentario general N° 14 (2000). El derecho al más alto estándar de salud alcanzable (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) <https://digitallibrary.un.org/record/425041?v=pdf>

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Gaceta Oficial del jueves 30 de diciembre de 1999, N° 36.860 <https://www.asambleanacional.gob.ve/storage/documentos/botones/constitucion-nacional-20191205135853.PDF>

Cyrułnik, B. (2013). Los patitos feos: La resiliencia y la construcción de la subjetividad. Gedisa.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación General N° 14: El derecho al más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Naciones Unidas. <https://www.refworld.org/es/docid/47eb81092.html>

Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2017). Manual de género para la acción humanitaria. <https://www.refworld.org/es/ref/manual/iasc/2017/es/127647>

Consejo Noruego para Refugiados (2020). Estrategia Global de Protección 2020-2023. <https://www.nrc.no/globalassets/pdf/strategies/nrc-global-protection-strategy-2020-2023.pdf>

G Góngora, V., y Castro, A. (2018). Bienestar emocional, psicológico y social: variables demográficas en población adulta en la ciudad de Buenos Aires. Revista Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad, 18(1), 72-83. <https://doi.org/10.18682/pd.v18i1.741>

Guterres, A. (2021). "No puede haber salud sin salud mental": António Guterres. Comunicado de prensa. Naciones Unidas. <https://mexico.un.org/es/155401-no-puede-haber-salud-sin-salud-mental-ant%C3%B3nio-guterres>

K

Kazdin, A. (2018). Diseño de investigación en psicología clínica (5ta ed.). Pearson Education.

L

Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (2015). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 6.185. <https://tuasesorjuridico.com.ve/index.php/leyes-organicas/52-ley-organica-para-la-proteccion-de-ninos-ninas-y-adolescentes-lopnna>

López-Vigo, M., y Zayas, A. (2021). Bienestar eudaimónico y resiliencia en cuidadores: Un análisis desde la psicología positiva. Revista de Psicología y Salud Mental.

M

Martínez-Lazcano, A. (2014). Impacto de una intervención psicosocial en la carga del cuidador de niños con parálisis cerebral. Atención Primaria, 46(9), 522-523. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.005>

Martínez-Rodríguez, L., León-Brito, M., Hernández Montes de Oca, E. L., Hernández-Lugo, M. de la C., y Fernández Castillo, E. (2025). Intervenciones cognitivo conductuales para el manejo emocional en población cuidadora. Una revisión sistemática. Región Científica, 4(1). <https://doi.org/10.58763/rc2025363>

N

Naciones Unidas (2019). Comentario general N° 36: Artículo 6, Derecho a la vida: Comité de Derechos Humanos. <https://docs.un.org/es/CCPR/C/GC/36>

Naciones Unidas (2019). Observación General N° 36 sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativo al derecho a la vida. Comité de Derechos Humanos. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2019/11931.pdf>

Naciones Unidas (2021). Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991. https://www.hchr.org.co/informes_onu/principios-para-la-proteccion-de-los-enfermos-mentales-y-el-mejoramiento-de-la-atencion-de-la-salud-mental/

Naciones Unidas (s.f.). Salud mental y bienestar. <https://www.un.org/es/global-issues/mental-health>

Naciones Unidas (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>



Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (2024). Derecho de los Niños, Niñas y Adolescentes en el municipio Torbes del Estado Táchira: desconocimiento y vulneraciones. Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF). En Contexto, 24. <https://odisef.org/wp-content/uploads/2023/02/EC24-Derechos-Ninas-Ninos-y-adolescentes-de-Torbes-desconocimiento-y-vulneraciones.pdf>

Organización de los Estados Americanos (1969). Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José). https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf

Organización de los Estados Americanos (1988). Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales. <https://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/protocolo-san-salvador-es.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2021). Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8899edda-64fb-4c2d-b857-f81c7104374c/content>

Organización Mundial de la Salud (2022). Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8899edda-64fb-4c2d-b857-f81c7104374c/content>

Organización Mundial de la Salud (2023b). La OMS y el ACNUDH publican nuevas directrices para mejorar las leyes que abordan los abusos de los derechos humanos en la atención de la salud mental. <https://www.who.int/news/item/09-10-2023-who-o-hchr-launch-new-guidance-to-improve-laws-addressing-human-rights-abuses-in-mental-health-care>

Organización Mundial de la Salud (2023a). Salud mental: Promover y proteger los derechos humanos. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/mental-health-promoting-and-protecting-human-rights>

Organización Mundial de la Salud (s/f). Diez principios básicos de las normas para la atención de la salud mental. https://www.mpba.gov.ar/files/documents/OMS_10_princ_basicos_de_las_Ns_p_la_atencion_de_la_salud_mental.pdf

Organización Mundial de la Salud y Naciones Unidas (representada por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2024). Salud mental, derechos humanos y legislación: orientación y práctica. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/514f4b43-ced4-4c5f-ad03-c6d6db81ae6f/content>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (s.f.). Protección y promoción de derechos humanos en salud mental. <https://www.paho.org/es/temas/proteccion-promocion-derechos-humanos-salud-mental>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2023). Ficha informativa. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID 19 de la OPS: Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-06/fact-sheet-salud-mental-es-final.pdf>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2023). Una nueva agenda para la salud mental en las Américas: informe de la Comisión de Alto Nivel. <https://doi.org/10.37774/9789275327340>

P

Papalia, D., y Martorell, G. (2017). Desarrollo Humano. McGraw-Hill.

Pasqualucci, J. (2008). The Right to a Dignified Life: The Integration of Economic and Social Rights with Civil and Political Rights in the Inter-American Human Rights System, 31 Hastings Int'l y Compar. L. Rev. 1. <https://red.library.usd.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1415&context=law-fp>

Plan International (2021). Crianza con ternura: guía técnica para facilitadores en contextos humanitarios. <https://plan-international.org/publications/crianza-con-ternura/>

S

Satir, V. (2005). Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. Editorial Pax México.

T

Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., y Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. Health and Quality of Life Outcomes, 5(63). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>

V

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 5(1), 15-28.