

Clínica y Promoción de la Salud Mental en la Infancia: Otra Integración Necesaria

Childhood Clinic and Mental Health Promotion: Another Necessary Integration

Jorge L. Tizón

Doctor en Medicina, Psiquiatra, Psicólogo, Psicoanalista y Neurólogo.

Director del Equipo de Prevención en Salud Mental - EAPPP. Barcelona.

RESUMEN

Se realiza un breve recordatorio de algunos de los datos epidemiológicos sobre el impacto concreto de los problemas y trastornos de la salud mental de los niños en nuestras sociedades. Objetivo: Estimular la participación conjunta de clínicos y planificadores en planes y programas de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales desde la infancia.

Una consecuencia posible de esos datos es la de la importancia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en esas edades.

Se recuerda la eficacia, eficiencia y efectividad de algunos de los programas experimentados en este ámbito y las recomendaciones concretas de los Ministros de Sanidad de la Unión Europea para desarrollar dichos trabajos.

El artículo termina con el recordatorio de algunos programas de prevención en salud mental de la infancia y con una aportación respecto a los diversos tipos de programas en los cuales los clínicos en salud mental infanto-juvenil podrían realizar importantes aportaciones.

Palabras clave: *Prevención, Promoción, Salud Mental, Psiquiatría, Infancia, adolescencia.*

CLÍNICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA: OTRA INTEGRACIÓN NECESARIA

La reciente Conferencia Europea sobre

ABSTRACT

Paper begins with a brief outline about the epidemiology and social impact of childhood mental disorders and psychosocial problems on childhood, adulthood and societies.

Main Objective: To stimulate the shared work among clinicians and planners implementing programmes of mental health promotion and mental disorders prevention from infancy.

A direct consequence of those data outlines the importance of mental health promotion and mental disorders prevention from infancy.

I remember the efficacy, efficiency and effectiveness of some experimented programmes in that field as well as the European Union Ministers of Health recommendations to develop those tasks.

Paper ends with a proposition of concrete programmes and works needing the collaboration of clinical mental health staff to implement it.

Keywords: *Prevention, Promotion, Mental Health, Psychiatry, Childhood, Adolescence.*

Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales (IMHPA), realizada en septiembre del 2007 en Barcelona, bajo los auspicios de la Comisión Europea, el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya y otras administraciones espa-

ñolas, pone nuevamente de relieve la importancia de tales tareas para el trabajo general en la salud mental. Asimismo, ha servido para recordarnos la necesidad de que los clínicos y dispositivos de salud mental españoles participemos directamente en dicho movimiento y en dicho cambio de perspectiva. Para facilitar ese cambio de perspectiva, me gustaría aportar aquí una serie de datos y reflexiones al respecto:

1. LA SITUACIÓN PSICOPATO-LÓGICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA: ENFRENTANDO LOS PROBLEMAS PENDIENTES

Como resume la tabla 1 [1-10], en Europa cerca del 80% de los niños y adolescentes gozan de una buena salud, es decir, de un grado suficiente de bienestar, incluyendo su salud mental. Sin embargo, al menos según las tasas halladas en los estudios empíricos, tal vez hipertrofiadas, una quinta parte de nuestros conciudadanos más jóvenes padece trastornos del desarrollo, emocionales o de comportamiento. Al menos uno de cada ocho padece un trastorno mental claro. Eso significa que los problemas de salud mental en estas edades son mucho más frecuentes de lo que se piensa.

Por tanto, cerca de dos millones de jóvenes y niños de la Región Europea de la OMS sufre por trastornos mentales [1-8]. Como decíamos, según los estudios “empíricos”, tal vez hasta uno de cada cuatro niños y jóvenes padezca algún tipo de trastorno emocional, mental o psicopedagógico. Europa tiene una larga tradición de liderazgo en el desarrollo de programas de apoyo a la salud mental de niños y adolescentes, al menos

desde las primeras aplicaciones del psicoanálisis, pero hoy en día hay que mejorar las respuestas a los retos del siglo XXI: inmigración, migraciones masivas, cambios en la estructura familiar, alteraciones en las oportunidades de empleo, situaciones y vivencias de ansiedad y/o catástrofes ampliamente difundida, etc. Se trata de un nuevo marco ecológico para la actuación en estos campos.

Hoy en día está ampliamente reconocido que muchos de los trastornos mentales que se observan en la adultez tienen sus orígenes y raíces en la infancia [1, 2, 9, 10]. La prevalencia de problemas psiquiátricos tales como la depresión y las conductas suicidas ha aumentado en la adolescencia [4, 8, 10]. El 4 % de los chicos de 12 a 17 años y el 9 % de los mayores de 18 sufren algún tipo de dificultad afectiva que tiende a catalogarse como depresión. Suele considerarse además que hacia el 2020 el diagnóstico de problemas de salud mental en todas las edades habrá aumentado en el 50% ¹.

El uso de alcohol y drogas entre los adolescentes europeos posee numerosas consecuencias, pero sobre todo, el aumento del suicidio, las conductas de riesgo, la violencia, los accidentes de automóvil... Además, no hay que olvidar que la fase premórbida o prodrómica de las psicosis, así como sus elementos precoces, parten de la juventud y la infancia, y que la atención precoz parece mejorar la evolución incluso en estos trastornos tan graves, o incluso impedir la eclosión de los mismos [1-4, 12-14].

Los datos, además, sugieren que la tasa de trastornos psiquiátricos de jóvenes y niños no ha aumentado en las últimas décadas,

1. Lo cual, si se me permite la “boutade”, tal vez debiera llevarnos a plantear si es más “eficaz y eficiente” intentar hacer real la propuesta de “otro mundo es posible” que seguir profesionalizando la vida del 25-37’5 por ciento de nuestros conciudadanos menores, si esas cifras catastrofistas fueran ciertas.

TABLA 1. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ALGUNOS PAÍSES. EDAD - PREVALENCIA

| País | Estudio | Edad | Prevalencia % |
|------------------|---|-----------|---------------|
| Brasil | Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004 | 7-14 | 12.07 |
| Canadá (Ontario) | Offord et al., 1987 | 4-16 | 18.01 |
| Etiopia | Tadesse et al., 1999 | 1-15 | 17.07 |
| Alemania | Weyerer et al., 1988 | 12-15 | 20.07 |
| India | Indian Council of Medical Research | 1-16 | 12.08 |
| Japón | Morita et al., 1993 | 12-15 | 15.00 |
| España | Gomez-Beneyto et al., 1994 | 8, 11, 15 | 21.07 |
| Suiza | Steinhausen et al., 1998 | 1-15 | 22.05 |
| USA | United States Department of Health and Human Services, 1999 | 9-17 | 21.00 |

aunque muchos de los trastornos identificados tienden a cronificarse [1-4, 10].

2. EL IMPACTO DE ALGUNOS TRASTORNOS CONCRETOS

En APS, las tasas de prevalencia oscilan entre 12 y 19% entre los niños que consultan. Sólo 10-22% de ellos son diagnosticados o reconocidos como tales por los profesionales de APS, lo que significa que la mayoría no son diagnosticados ni tratados. Por añadidura, hay que tener en cuenta que, además de los diagnosticables como “padeciendo un trastorno mental concreto”, otros muchos están sufriendo problemas psicológicos o psicosociales que permanecen aún a un nivel sub-umbral, pero que podrían recibir importantes beneficios si se les pudiese ayudar de forma oportuna, accesible y no medicalizadora.

Los dos trastornos más estudiados y discutidos son los trastornos por estrés postraumático (TPET) y los trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAHA) [8-11, 28-29]. En algunas áreas de Europa, el diagnóstico de PTSD es hoy muy frecuente, mientras que el diagnóstico de TDAHA está

creciendo de forma exponencial, tanto en los USA y determinadas regiones europeas, como en algunas zonas de España, aunque su diagnóstico y su posible tratamiento siguen sujetos a importantes discusiones, ya que el diagnóstico puede ser tan sólo sintomático de disfunciones familiares, antes que de psicopatología individual [2, 3, 4], así como reflejar inadecuaciones en el sistema educativo. El resultado es que un niño tratado por TDAHA puede ver duplicados o triplicados sus gastos médicos anuales [28] y que se está dando, también en Europa, un dramático aumento del consumo de metilfenidato y fármacos similares ya desde hace años [29].

Los trastornos de conducta están siendo asimismo estudiados en numerosos lugares y encuadres [4-8, 30-35]. Es uno de los “diagnósticos” más comunes entre jóvenes (si a tal rótulo descriptivo grosero se le puede calificar de “diagnóstico”): en el Reino Unido, se aplica al 7.4% de los jóvenes y al 3.2% de las chicas, aunque hay que tener en cuenta que es mayor en las zonas deprivadas o marginalizadas socialmente, entre las familias monoparentales y los hogares con padres en paro. Se diagnostica hoy cinco veces más

que en los años setenta. La importancia de este “diagnóstico” es que, si se trata a estos chicos precozmente, puede evitarse psicopatología grave en la edad adulta y, tal vez, un aumento de la delincuencia, pues esa descripción fenomenológica se halla asociada con delincuencia en los adultos, problemas de pareja, relaciones laborales inestables, paro, salud física alterada y es predictor de fracaso escolar, uso de sustancias y dependencia, trastornos por ansiedad, depresión y suicidio. Entre el 25 y el 40% de los chicos diagnosticados desarrollarán un trastorno disocial de personalidad en la edad adulta.

Los TCA (trastornos de las conductas alimentarias) también han recibido gran atención social en la última década, atención que hoy tal vez está volviendo a unos niveles más acordes con la importancia real del problema, fuera ya de interesadamente dramatizadas situaciones de “alarma social”. Las tasas de anorexia y bulimia son comparables en todos los países occidentales. En cualquier caso, se trata de trastornos con consecuencias vitales, a lo largo de toda la vida: Hay estudios con escolares diagnosticados que muestran que hasta el 21'6% de las niñas y chicas con tal diagnóstico siguen cumpliendo los criterios clínicos para el mismo 10 años después.

La Carta Social Europea garantiza el derecho a los servicios asistenciales fundamentales, por lo que algunos países europeos, y entre ellos el nuestro, ha de realizar una importante inversión, económica y de esfuerzos en este terreno. Dentro de España, la distribución de los equipamientos de atención a la salud mental de la primera o segunda infancia, así como de la adolescencia, varían enormemente según comunidades autónomas, regiones e incluso comarcas. También la preparación y organización de sus componentes, de forma tal que es

dudoso que estemos ofreciendo actualmente los servicios garantizados por la Carta Social europea. A pesar de la mayor demanda y frecuentación en salud mental en Catalunya, y a pesar de que existe una red de atención a estos problemas de la infancia, también en nuestro medio seguimos las tasas europeas medias en cuanto a ayudas terapéuticas: Probablemente se hallan en tratamiento sólo el 10-15% de los niños con trastornos. Indicadores que suelen usarse en estos ámbitos²: Finlandia y Francia poseen un especialista en psiquiatría infantil por cada 10.000 habitantes menores de 20 años, el Reino Unido, uno por cada 30.000, Serbia y Montenegro uno por cada 50.000 y España y Catalunya... no sabe, no contesta, a pesar del nuevo crecimiento reciente de los estratos jóvenes de su población. Entre otras cosas porque, por no existir, ni siquiera existe la especialidad en Psiquiatría Infantil, por cuestiones de poder político y académico absurdamente no resueltas en los últimos 20 años de democracia parlamentaria. Y no se trata tan sólo de la cuestión de una especialidad o subespecialidad más: tampoco hay programas amplios y difundidos de formación en el campo de la psicología y psiquiatría clínica y del desarrollo de la infancia, ni, en muchos lugares de nuestro territorio, los psiquiatras y médicos de familia reciben adecuada y suficiente formación en entrevista clínica, atención a familias, atención a la infancia.

Hay que tener en cuenta, además, que, como recuerdan las conclusiones finales de la Conferencia Europea de Ministros de Salud del 2005, la presencia en nuestras sociedades de niños y adolescentes “en riesgo”, o con trastornos mentales manifiestos, desestabiliza la sociedad como conjunto. El diagnóstico de abusos sobre los niños, trastornos de conducta u otros trastornos mentales, unido al uso o abuso de alcohol y

2. Pero que no es forzoso que impliquen mejoras en la salud mental de nuestros pequeños conciudadanos.

drogas ilegales, se asocian con violencia, delincuencia y otras conductas antisociales y con la incapacidad de los individuos afectados para desarrollar lazos sociales adecuados para funcionar como ciudadanos de naciones y comunidades.

Las evidencias acerca de los antecedentes infantiles de los trastornos mentales de los adultos y los niños son hoy incontestables [1, 2, 7, 10], y ha sido revisada entre nosotros recientemente [30,31]. Esta perspectiva no puede dejar de tener en cuenta que hoy poseemos datos para entender el papel que las relaciones iniciales perturbadas, unido o no a una vulnerabilidad individual previa, para el desarrollo de los trastornos graves posteriores, incluso del tipo de los trastornos del estado de ánimo, bipolares, psicóticos y otros trastornos.

3. LA NECESIDAD DE INVERTIR EN LA SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.

De acuerdo con las conclusiones tanto de la Preconferencia Europea de la OMS sobre “La salud mental de los niños y los adolescentes”, como de la Conferencia Europea de Ministros de Salud sobre Salud Mental (12-15 de enero del 2005), invertir en la salud mental de los niños y adolescentes es la acción más eficiente que se puede realizar ante el continuo aumento de la incidencia (en población general o en los servicios) de los problemas de salud mental en todos los grupos sociales, con las consecuencias personales y sociales que esa situación conlleva [1, 2, 11, 26, 36-38]³.

Por tanto, se juzga necesario poner en marcha intervenciones preventivas de los trastornos psicosociales y por uso de sustan-

cias y dependencia en niños y adolescentes. Al mismo tiempo, se precisan importantes esfuerzos en detección precoz, soslayando errores de concepción de los programas de detección y terapéuticos anteriores. Entre otras cosas, hay que volver a valorar y optimizar los programas psicosociales e inespecíficos que, como en el campo de la sanidad general, si son adecuadamente realizados, poseen siempre beneficios en el campo de la promoción de la salud y la salud mental de las poblaciones. A otro nivel, habría que ayudar terapéuticamente a los niños y adolescentes con problemas psicosociales y trastornos mentales con urgencia, formación y compromiso, usando para ello las aproximaciones que hasta hoy se han mostrado más eficaces, eficientes y accesibles [10-12].

Al respecto, son ya clásicas las revisiones de Cox y Garralda [15], las de Kazdin sobre la prevención en la adolescencia, las de Newton y Peters y McMahon [4, 14, 15, 18, 21, 35, 38] para la primera infancia y la adolescencia, la del PAPPs y la SEMFyC [39-41] entre nosotros, la monumental compilación de Meissels y Shonkoff para las intervenciones en la primera infancia [18], aún de gran utilidad, los programas preventivos para la infancia realizados desde servicios concretos españoles [19, 40-42]) y, ante todo, la recopilación de Programas de Promoción de la Salud Mental de la Primera Infancia recogidos en la publicación de la European Commission “Mental Health Promotion for Children up to 6 Years”, en la cual “Mental Health Europe” ha recogido hasta 11 Programas Preventivos españoles orientados a dicha edad [19].

Es decir, que las últimas décadas han aparecido numerosos informes, estudios, orientaciones políticas e iniciativas que proporcio-

3. Tendremos que preguntar pues a nuestras autoridades sanitarias y económicas por qué tan magra porción de los presupuestos en salud mental se está dedicando a este ámbito preventivo. ¿Tal vez porque hay presiones insoslayables para que se empleen en ámbitos más “recomendados” por los aledaños del poder?

**Tabla 2. Justificación de los Programas Preventivos:
RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS PRENATALES Y EN
LA INFANCIA cuando están bien diseñados**

| | A corto plazo | A largo plazo |
|----------------------|---|---|
| EN LOS NIÑOS | <p>Mejoras en la salud física.</p> <p>Mejoras en la nutrición.</p> <p>Disminuyen los "niños de bajo peso".</p> <p>Menos accidentes y urgencias.</p> <p>Se reduce la incidencia de los abusos sobre los niños.</p> | <p>Menos agresivos.</p> <p>Mayor capacidad de concentración, menor distraibilidad.</p> <p>Disminuyen las evoluciones hacia la delincuencia.</p> <p>Mejores actitudes con respecto al colegio.</p> <p>Mejor funcionamiento social</p> <p>Tasas de actitudes prosociales mayores.</p> |
| EN LOS PADRES | <p>Mejora la red social de contención y soporte.</p> <p>Mayor confianza y seguridad.</p> <p>Mejoran las funciones y capacidades parentales.</p> <p>Mejoran las interacciones padres-niños.</p> <p>Relaciones maritales más estables.</p> <p>Menos casos de abuso de los niños.</p> <p>Se alarga el intervalo entre embarazos.</p> <p>Uso más apropiado de los servicios comunitarios profesionalizados.</p> | <p>Las madres realizan o prolongan sus estudios más frecuentemente.</p> <p>Aumenta el número de madres que completan la escolarización.</p> <p>Tasas de desempleo en la familia menores.</p> |

(Derivada de Grant 1991 y tomada de Tizón [23,30])

nan ya una guía acerca de por dónde orientar los futuros pasos. Un resumen de sus resultados principales aparece en la **tabla 2**. Si tenemos en cuenta esas recomendaciones, y si las mismas no son meras “declaraciones huecas de deseos”, tal vez deberíamos pensarnos por qué no se están dedicando fondos, esfuerzos y programas a esos temas preventivos, comenzando por la investigación en promoción primaria y secundaria de los trastornos men-

tales con una perspectiva psicosocial, comunitaria, con la perspectiva que en salud general produjo los más grandes avances sanitarios conseguidos en los últimos siglos⁴ ¿Algún lector conoce el porcentaje de las FISS dedicadas a prevención de base psicológica y psicosocial en la infancia y la adolescencia, a pesar de esas altisonantes declaraciones de nuestros máximos dirigentes sanitarios?

4. Que fueron conseguidos, no lo olvidemos, con medidas generales e “inespecíficas”, tales como el alcantarillado, el tratamiento sanitario de las aguas residuales y los abastecimientos, la mejora en la alimentación, las vacunaciones masivas... Toda una serie de medidas socio-sanitarias que, ni de lejos, se ven cercanas aún hoy en los ámbitos de la salud mental.

4. LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN EN ESTAS EDADES.

Y, sin embargo, de acuerdo con la Conferencia de Ministros de Salud Europeos de la OMS y las conclusiones de la Pre-Conferencia de la misma, la prevención ha de ser un elemento clave en la provisión de servicios de salud para niños y adolescentes. Es evidente hoy que la realización de programas preventivos adecuados en este ámbito, supone a un tiempo un ahorro económico y social, y proporciona beneficios en términos de salud y bienestar tanto para los niños y las familias como para la comunidad [10, 21, 38-51]. Además, existen numerosos estudios acerca de la eficacia, eficiencia y accesibilidad de numerosos programas de prevención y promoción de la salud mental en estas edades [10, 18, 19, 21, 22, 32-35...]. Aunque son investigaciones que difícilmente pueden ponerse en marcha en nuestros medios, ya que las escasas actividades preventivas realizadas normalmente están descoordinadas, descapitalizadas, infravaloradas, infradifundidas, infrapublicadas... ¡Como para que encima se puedan organizar estudios de su eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad, oportunidad, etc., por otra parte ya demostradas en otros medios! [39-41]. Y sin posibilidad reales de recurso o protesta, pues las principales instituciones que reparten los fondos de investigación en nuestro país siguen acogiéndose celosamente al anticientífico método de elegir los miembros de los tribunales de forma no especificada y transparente, y no publicar las listas de los mismos.

La tabla 3 muestra un esquema que suele ser común en el planteamiento de los programas de promoción y prevención en estas edades (como tal, la tabla 3 es una síntesis de aproximaciones de diversos trabajos, tanto de la OMS como europeos y autóctonos).

A menudo, los problemas de los niños y los jóvenes (abusos, trastornos de conducta, problemas legales...) reciben gran atención de los medios de comunicación, en especial cuando se ponen en relación con problemas de la educación o de la justicia. En ello compartimos cierta responsabilidad los profesionales, junto con los medios de “comunicación” y los políticos, al no haber sabido colocar en su lugar la importancia que los problemas de la salud mental juegan en estas situaciones y el esfuerzo correlativo (de organización y económico) que merecen: como recuerda la conferencia de ministros europeos, a pesar de las exigencias económicas que estos problemas plantean, y más en países en vías de desarrollo, si no se atienden con suficiente interés y medios, esas sociedades “serán golpeadas” por las consecuencias en la edad adulta de los trastornos mentales infantiles y de la adolescencia no tratados. Las Guías sobre Política Asistencial producidas por la conferencia de ministros de salud europeos, la propia OMS o la Unión Europea de Especialistas Médicos llaman la atención sobre la necesidad de poner en marcha servicios de alta calidad en este campo [1, 2, 10, 11, 36, 37].

La Comisión Europea ha programado incluso un modelo cronológico para realizar esfuerzos formativos en este campo y para la puesta en marcha de los programas más efectivos y estudiados, recogidos en numerosas publicaciones, tanto de la OMS como de la propia Comisión Europea o de Mental Health Europe [19]. La lectura atenta de las recomendaciones siguientes marca orientaciones claras, apostando por una organización de la prevención de los trastornos mentales desde la infancia sobre la base de políticas de salud mental comunitarias, de fundamento psicosocial, con hincapié en la formación y la especialización en las edades infantiles y en la psicología del desarrollo, así como en la calidad de sus servicios y su

| Tabla 3. Factores de riesgo y protectores seleccionados PARA LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS Y LOS ADOLESCENTES. | | |
|--|---|---|
| Dominio | Factores de riesgo | Factores protectores |
| BIOLOGICO | <p>Exposición a tóxicos durante el embarazo (tabaco, alcohol...).</p> <p>Vulnerabilidad genética o familiar al trastorno psiquiátrico.</p> <p>Traumatismos craneo-encefálicos</p> <p>Hipoxia u otras complicaciones perinatales</p> <p>HIV+</p> <p>Malnutrición</p> <p>Otras enfermedades</p> | <p>Desarrollo físico apropiado a la edad</p> <p>Buena salud física</p> |
| PSICOLÓGICO | <p>Trastornos de aprendizaje.</p> <p>Rasgos de personalidad desadaptativos.</p> <p>Abusos o negligencia sexuales, físicos o emocionales</p> <p>Temperamento difícil.</p> | <p>Habilidad para aprender de la experiencia.</p> <p>Buena autoestima.</p> <p>Capacidad de para resolver problemas.</p> <p>Habilidades sociales.</p> <p>Buen funcionamiento intelectual.</p> <p>Familia cohesionada y afectivamente involucrada con el niño.</p> |
| SOCIAL A) FAMILIA | <p>Cuidados inconsistentes</p> <p>Conflictos familiares</p> <p>Disciplina familiar pobre</p> <p>Cuidados familiares pobres</p> <p>Muerte de un miembro de la familia</p> | <p>Vinculación familiar</p> <p>Oportunidades para una integración positiva en la familia</p> <p>Apoyos para integrarse en la familia</p> |
| B) ESCUELA | <p>Fallo académico</p> <p>Fallos de la escuela para proporcionar un medio adecuado para la asistencia y el aprendizaje</p> <p>Educación inadecuada o inapropiada.</p> | <p>Oportunidades para insertarse en al vida escolar</p> <p>Refuerzo positivos del rendimiento académico</p> <p>Identificación con las necesidades escolares o educacionales.</p> |
| C) COMUNIDAD | <p>Falta de Eficacia comunitaria</p> <p>Desorganización de la comunidad</p> <p>Discriminación y marginalización</p> <p>Exposición a la violencia</p> <p>Falta de la percepción de un lugar en el mundo</p> <p>Transiciones sociales (p.ej. urbanización)</p> | <p>Capacidad de vinculación con al comunidad</p> <p>Oportunidades para un ocio constructivo</p> <p>Experiencias culturales positivas</p> <p>Modelos para roles positivos</p> <p>Apoyos para la integración comunitaria</p> <p>Conexiones con las organizaciones comunitarias, incluidas las religiosas...</p> |

(Derivada de OMS-WHO, 2005 y Tizón 2001, 2004)

funcionamiento en red con el resto de los servicios comunitarios, detrayendo fondos, si es necesario, de otros aspectos asistenciales a favor de los preventivos. Por eso incluyo aquí un resumen y una traducción personal de tales recomendaciones, que no están hechas por un clínico comunitarista... sino por los expertos y ministros de la UE sobre el tema.

Si su desarrollo en nuestro país va a seguir las vías habituales hasta ahora, con escasísimos recursos reales dedicados por cada autonomía sanitaria a estos temas, y con los pocos conseguidos para los mismos pudiendo desaparecer de la noche a la mañana o ser derivados hacia “más urgentes” medidas⁵, hemos de imaginar el futuro de tan álgidas recomendaciones. Incluyo pues aquí un extracto de las mismas, para que el lector y el crítico bienpensante puedan usarlas en la exigencia de fondos para la investigación, la formación y la organización de programas y servicios en tal sentido.

5. UNA BREVE RECOPIACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES Y SU PROTECCIÓN DE LA CONFERENCIA DE MINISTROS DE SALUD EUROPEOS (2005)

5.1. “Recomendaciones generales

1. Hay que conceder una importante prioridad a la salud mental de los niños, jóvenes y adolescentes y proporcionar los fondos y recursos adecuados para las necesidades existentes en cada país. Apoyar la salud mental de estos grupos es una inversión estratégica que crea importantes beneficios para los individuos, las sociedades y los sistemas de salud. Hasta ahora, el desarrollo de programas de salud para la infancia en Europa no refleja la importancia estratégica

de esta dimensión, y la atención y los fondos dedicados al tema, no se corresponden con los dedicados a los adultos o a los mayores.

2. Habrá que asegurar que los Planes de Salud de cada territorio europeo incluyan planes sobre la Salud Mental de los niños y adolescentes como una de sus prioridades. Esos Planes de Acción han de cubrir tanto la promoción de la salud mental como la prevención de los trastornos mentales, así como la provisión de servicios de salud mental de alta calidad. Estos servicios deben ser diseñados en estrecha colaboración entre los variados departamentos administrativos adecuados, y, en particular, los Ministerios o Departamentos de Salud, Enseñanza y Servicios Sociales.

La evidencia señala que las acciones de protección de niños y adolescentes son más eficaces y efectivas cuando se hallan integradas en un esquema de salud pública general y estratégico junto con la salud mental, incluyendo a los niños y adolescentes como uno de sus elementos. Hoy en día esta intención está lejos de ser una realidad. Las estrategias de salud mental deben basarse en datos epidemiológicos y en el análisis de la situación y necesidades de niños y adolescentes. Deben tomar en consideración la sostenibilidad de las acciones y su posibilidad de difundirse en todas las regiones y comarcas de una comunidad.

3. Las líneas políticas y la provisión de fondos deben llenar la brecha existente entre las necesidades de la comunidad, la gestión política y la puesta en marcha de programas. Hay que eliminar las barreras que impiden una amplia integración de los programas efectivos y eficientes y desarrollarlos como prácticas habituales de la comunidad. Las prácticas y programas eficientes y eficaces deben extenderse en otros países Europeos.

4. *Los países en transición, con sus situaciones particulares, tales como la falta de recursos económicos o los efectos de la guerra y la violencia, deben recibir un apoyo en sus esfuerzos para redireccionar las inversiones de forma que puedan tener en cuenta las aproximaciones actualizadas de cuidados globalizadores de la salud de los niños y adolescentes.*

Hoy ya no resultan apropiados los modelos institucionales para el cuidado de niños y adolescentes: engendran exclusión social y no son adecuados. Los fondos deben orientarse directamente hacia iniciativas comunitarias de probada eficacia y eficiencia.

5. *Los gobiernos deben desarrollar sus conocimientos básicos en promoción y prevención de la salud mental tomando como punto de partida el conocimiento desarrollado en otros países europeos.*

6. *Las organizaciones internacionales, tales como la Unión europea o la Región Europea de la OMS, deben apoyar el intercambio de conocimientos y promover la cooperación entre los clínicos, los gobiernos y los investigadores con el fin de promover el desarrollo de respuestas adecuadas a los desafíos con los cuales nos hallamos enfrentados, resumidos en los apartados anteriores.*

5.2. Servicios de Salud Mental para niños y adolescentes

7. *El desarrollo de los servicios debe ser regido por perspectivas políticas. Hay que establecer y promover una política de salud mental y crear iniciativas para el desarrollo de servicios para niños y adolescentes. El módulo de la OMS de Políticas de Salud Mental para niños y adolescentes proporciona una guía para el desarrollo de líneas políticas a nivel nacional y a otros niveles del*

gobierno. La legislación en salud mental debe incorporar los derechos internacionales de los niños y adolescentes.

Debe darse una relación de paridad de fondos en relación con servicios comparables de salud: por ejemplo, con los servicios pediátricos generales y/o con los servicios de salud mental de adultos.

8. Estructura de los servicios

La salud mental de los niños y adolescentes debe constituir un área específica de entrenamiento y experiencia en todos los países europeos, a pesar de los diferentes niveles de los sistemas de salud y las diferentes tradiciones científicas y de recursos.

La psiquiatría y psicología de la infancia deben ser una especialidad entre otras especialidades clínicas. Cada país debería poseer al menos una cátedra o instituto formativo para esas disciplinas con un programa de formación e investigación. En caso de no ser así, se debería facilitar el acceso a esa formación y entrenamiento.

Los profesionales de la salud mental (psicólogos psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, trabajadores sociales) deberían recibir un entrenamiento especial dirigido a adquirir conocimientos y herramientas adecuadas en este campo.

Los servicios de salud mental de niños y adolescentes deberían desarrollarse y operar en estrecha colaboración con la familia, la escuela, los centros de día, las comunidades de vecinos y asociaciones vecinales, la familia extensa, los amigos y redes profanas, etc.

Los servicios de Salud Mental para niños y adolescentes deberían proporcionar tanto atención primaria como cuidados especiali-

zados. Si permanecen aislados, separados de los demás servicios de salud para niños y adolescentes, resultan insuficientes e ineficientes.

Cada sistema de salud debe tender a realizar un diseño propio de sus servicios y establecer sus normativas de personal. Las soluciones para la atención a la salud son difíciles de copiar entre un país y otro, pero existen una serie de lecciones básicas que deben ser recogidas de las experiencias de los demás. El Atlas de Salud Mental de los niños y adolescentes que actualmente está desarrollando la OMS, así como otras bases de datos internacionales pueden servir como fuentes de información.

9. Calidad de los servicios

La colaboración de diferentes especialistas de la Unión Europea y de la Región Europea de la OMS ayudará a asegurar la necesaria calidad de los estándares en los diferentes países.

Las intervenciones deben basarse en las pruebas fiables disponibles y deberían incluir un apartado de evaluación; los hallazgos de investigación deberían usarse en la clínica antes de ampliarlos y difundirlos. Si el modelo de intervención se prueba eficaz y eficiente, debería ser promovido y extendido a partir de entonces.

La investigación que incluya factores psicosociales y familiares debe ser apoyada con los fondos adecuados para disminuir carencias en el corpus de evidencias para el trabajo en salud mental.

La calidad de los servicios especializados debe mejorarse estableciendo una especialidad de niños y adolescentes y proporcionando formación a un número adecuado de especialistas.

Las profesiones relacionadas estrechamente con la salud mental (otras especialidades médicas, especialmente medicina de cabecera o de familia, enfermería de APS, escuelas, cuidados de la maternidad...) deberían seguir una formación adecuada en salud mental de los niños y adolescentes para asegurar la calidad de los servicios que proporcionan.

Existe la necesidad de consensuar un formulario ampliamente aceptado para el uso de los psicofármacos en niños y adolescentes.

Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales

10. La salud mental de los niños y adolescentes requiere una aproximación comunitaria de la promoción de la salud mental y la prevención de sus trastornos que incorpore aproximaciones intersectoriales e interdisciplinarias, así como varios agentes relevantes.

Hay que involucrar activamente a los propios jóvenes y sus padres. Salud, educación, medio ambiente, servicios sociales y justicia son departamentos que deben comprometerse con las prácticas de promoción y preventivas. La participación de los profesionales debe incluir al personal de salud de nivel primario, secundario y terciario, los profesionales de la educación, los servicios sociales y bienestar social, los deportes y muchos otros.

11. Habrá que promover los encuadres protectores de la salud, incluyendo en este epígrafe las familias, el hogar, los abuelos, la familia ampliada, las clínicas maternas, las guarderías, los niveles escolares y pre-escolares así como los cuidados de día y los servicios comunitarios y de ocio.

Los gobiernos deben ofrecer programas de apoyo a los padres y educativos que comiencen ya en el embarazo. Debe apoyarse

a las embarazadas para que suspendan el uso de sustancias adictivas. Las líneas gubernamentales deberían incluir políticas de apoyo a aproximaciones escolares holísticas e integrativas que combinen la promoción de la salud mental basada en pruebas con las intervenciones preventivas para niños y adolescentes de riesgo. La red de “Escuelas que promueven la Salud” de los países europeos de la OMS proporciona un marco para su puesta en marcha y evidencia los beneficios de una aproximación encuadrada de cara a una salud mental exitosa.

12. Hay que adoptar una aproximación orientada a las habilidades sociales para los niños en todos los grupos de edad, comenzando durante el embarazo y la primera infancia. Los grupos vulnerables de todas las edades, incluyendo los niños y adolescentes inmigrantes, requieren una atención especial.

Entre los factores de protección que contienen a niños y adolescentes y su desarrollo sano, se hallan los siguientes: resiliencia, “self-reliance”, competencias emocionales y competencias sociales. Todas ellas facilitan unas relaciones humanas adecuadas, que son un factor protector fundamental. La promoción de las capacidades verbales, una precondition para un desarrollo social y cognitivo sano, es también importante, especialmente entre las poblaciones en riesgo (p. ej., emigrantes).

13. Los problemas de estigmatización y discriminación en los temas de salud mental deben atenderse mediante acciones preventivas con niños y adolescentes.

La promoción de la salud mental ha de incluir y dar oportunidades para la prevención de los problemas de estigmatización, discriminación y exclusión social de los niños y adolescentes con problemas de Salud Mental

que se hallen desescolarizados o marginalizados.

14. Hay que construir políticas que se basen en las evidencias adquiridas en las evaluaciones sistemáticas de intervenciones a nivel regional, nacional y transnacional.

Las líneas políticas han de hacer un uso mayor de las aproximaciones probadas, que ya existen en Europa, en el ámbito de la promoción de la salud mental y la prevención de sus trastornos en niños y adolescentes. Debería apoyarse su desarrollo y difusión. Al mismo tiempo, hay que promover y alentar la realización de experiencias piloto innovadoras.

15. Hay que reforzar los vínculos entre investigación y práctica en promoción y prevención en Salud Mental. Hay que apoyar decididamente el que los profesionales puedan comprometerse en la formación continuada en este campo

Habría que promover la integración en las intervenciones de las nuevas evidencias; por ejemplo, acerca de los factores de riesgo sociales, la imagería cerebral o la teoría del apego. Las instituciones clínicas y de investigación deberían trabajar mancomunadamente en la evaluación de las nuevas líneas.

Alcohol, drogas y adolescentes

16. Todos los países europeos deberían hacer un esfuerzo para poner en marcha las declaraciones, decisiones, recomendaciones y guías ya existentes al respecto.

17. Las organizaciones involucradas en los programas de alcohol y drogas, salud y salud mental de la UE deben mejorar su coordinación a nivel nacional e internacional, así como su colaboración con sus redes respectivas.

18. *Las organizaciones internacionales (incluyendo la OMS y la UE) deberían participar activamente en promover las políticas sobre sustancias adictivas dirigidas a la población como un todo (p.ej., impuestos, políticas de impuestos, precios y mercados).*

19. *Hay que introducir a nivel local, nacional e internacional la obligación de determinar del impacto sobre la salud, la salud mental, el bienestar y la calidad de vida de todas las acciones políticas o administrativas.*

20. *Las intervenciones educativas deben hacerse a largo plazo, sostenibles y promoverlas en combinación con otras políticas efectivas. Hay que proporcionar recursos adecuados para ese fin.*

21. *Hay que dedicar una atención especial a las funciones y capacidades familiares: hay que alentar a las familias a asumir un papel educativo más amplio sobre los jóvenes.*

22. *Hay que desarrollar servicios de acogida para jóvenes en medios de acogida comunitarios, en especial para los jóvenes vulnerables o en riesgo.*

23. *La publicidad directa e indirecta del alcohol debe restringirse adoptando regulaciones que limiten la publicidad directa en horas infantiles y restrinjan la esponsorización de acontecimientos deportivos por parte de la industria del alcohol, en especial en los deportes con gran asistencia de jóvenes.*

24. *En la medida de lo posible, hay que involucrar a los jóvenes en estas políticas y en la toma de decisiones”.*

6. Algunos ejemplos

La conferencia de Ministros Europeos de Salud proporciona una serie de ejemplos sobre programas de promoción de la salud

mental de niños y adolescentes y o de prevención de sus trastornos que pueden servir como base para la reflexión y la implementación de programas en cada uno de los países de la UE, entre los que, al parecer, está España [1, 2]. Esa casuística de programas se hallará ampliada en numerosos documentos y, entre otros, en el promovido en 1999 por *Mental Health Europe*. En varios de los programas de promoción de esa organización y en sus fichas metodológicas se ha hecho un resumen y una serie de propuestas para el avance en este campo por parte de las instituciones europeas, las cuales incluyendo una serie de programas españoles [1, 2, 10, 19, 42].

En concreto, la conferencia de ministros europea pone como ejemplos el sistema móvil de provisión de servicios y revisión de centros puesto en marcha en Marburg (Alemania), el Programa “Familia Eficaz” finlandés (www.stakes.fi), programas para abusos físicos o sexuales de niños y adolescentes, tales como el Teléfono Azurro, el programa de terapia grupal de Tmisoara (Rumania), los programas para TGD de Noruega, los programas de “Stakeholder”, el programa *Autism Europe* de formación y autoayuda familiar (www.autismeurope.org), el Programa *Partnership for Children*, dirigido directamente a niños de 6 y 7 años con problemas (www.partnershipforchildren.org.uk), programas orientados a la formación de profesionales tales como el de la “European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP: www.action.mi.it/escap/1) y el FOCUS (www.focusproject.org.uk), así como varios programas propios de las asociaciones profesionales de la especialidad.

7. Dos formas de integrar la promoción y prevención de la Salud Mental de la Infancia en nuestro país.

Una clasificación diferente de los principales tipos de programas preventivos realiza-

dos o en marcha a nivel internacional es la que proporciona Offord [20], que los divide en *programas definidos por marcadores* (del niño, de la familia, de su medio...) y *programas universales* (para todos los niños de una determinada población o dispositivo) [22, 1, 2, 11, 41]. Ejemplos actuales de los primeros serían el *Comprehensive Child Development Program*, el *Fast Trak Program*, el *Copping Power Program for Aggressive Children*, el *Adolescent Transitions Program*, el *Montreal Prevention Experiment*, etc. Ejemplos de programas “universales” serían el de *Bright Futures* [15, 21, 22, 38], el *Better Beginings*, *Better Futures*, el *Life Skills Training Program* para la prevención del abuso de drogas, los programas *Preparing for Drug (Free) Years*, el programa para el refuerzo familiar en los inicios de la adolescencia de Iowa, el *Programa del Nen Sá* o el *Protocol de Salut Mental del programa del Nen Sá* catalanes [42], etc.

Pero, desde una perspectiva pragmática, hay que tener en cuenta que en varias de las CCAA de nuestro país, a diferencia de muchos países anglosajones y en vías de desarrollo, coexisten una red de salud mental y una red de APS públicas extendidas en el territorio y universales. Por una vez, no estamos “en franca desventaja”. Eso permite dos enfoques diferentes de las actividades preventivas, tal como se argumentaba ya en obras citadas anteriormente [39-42].

A. Un enfoque más “clásicamente preventivo”: A través de programas de promoción concretos y delimitados de promoción y prevención específica o inespecífica en salud mental. Estos programas de promoción de la salud (mental) de la infancia pueden realizarse partiendo de:

1. El nivel comunitario general.
2. A través de los dispositivos asistenciales de la comunidad (o “redes profesionalizadas”).

3. Desde las Universidades.

4. Mediante grupos, equipos u organizaciones ad-hoc.

B. Integrando las actividades preventivas en la atención clínica cotidiana. Es la perspectiva que recoge la línea, modelo o dispositivo sanitario al que he llamado la *atención primaria a la salud mental* [39], realizable mediante la colaboración de nuestros equipamientos de salud mental comunitarios junto con los de atención primaria de salud y de servicios sociales. Y resulta que es precisamente la línea que los ministros europeos defienden en su declaración (lo cual no es de extrañar, porque cumple los requisitos de apoyo en la comunidad, predominio de las intervenciones psicosociales, participación comunitaria, combinación de la clínica y la prevención, preeminencia de los equipos clínicos públicos, pruebas empíricas a su favor, etc... Todo un programa para tener en cuenta).

En cualquier caso, para la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales y la ayuda a la resolución de los conflictos psicológicos desde los dispositivos sanitarios, hay que determinar previamente los *factores de riesgo* o *vulnerabilidad* sobre los que sea desea incidir –y, en su caso, los *factores protectores* [24, 39, 13, 52-55]. Según el modelo de los programas preventivos de base *clínica*, tanto sea de salud o de salud (mental), deberían priorizarse aquéllos que menos interfieran o sobrecarguen la actividad cotidiana de los equipos, es decir, aquéllos para los cuales, con un mínimo de eficacia garantizado, la eficiencia, accesibilidad, oportunidad y seguridad sean máximas.

Los Equipos de Pediatría de la Atención Primaria de Salud se hallan en una posición privilegiada para la realización y/o la coordinación y soporte a ese tipo de programas, ya

que dichos equipos pueden realizar actividades de promoción y prevención de la salud mental [23, 25, 39, 41, 52, 57]:

(a) Con todo tipo de consultantes (niños y familiares), en el contexto de la actividad clínica cotidiana.

(b) En su relación con los niños aquejados de trastornos mentales.

(c) En la realización de otros programas preventivos o de promoción de la salud y la salud (mental) tales como el del “Niño Sano”, el seguimiento de niños con déficits o trastornos sensoriales o psicomotrices, en el caso de los niños con enfermedades (somáticas) crónicas, en los “niños enfermizos”, etc.

(d) En colaboración con otro tipos de servicios tales como los servicios sociales comunitarios, los equipos psicopedagógicos, los equipos de justicia y bienestar de los niños y sus familias, los equipos de pediatría hospitalarios, los equipos de salud mental infanto-juvenil, etc. En estos casos, no siempre el centro de los programas preventivos ha de ser el propio equipo de salud, pero casi siempre es un colaborador imprescindible para cualquiera de dichos programas, en especial si son de base clínica [25, 52], y, sobre todo, en la primera y segunda infancia..

Teniendo en cuenta esas ideas anteriores, me gustaría desde aquí estimular la dedicación de personal de nuestras redes de salud mental y atención primaria a estos ámbitos, dada la importancia y amplitud de las tareas a realizar. En ese sentido, primero habría que relativizar las dificultades de puesta en marcha de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria desde nuestros dispositivos clínicos. Por un lado, porque esa participación activa es la vía más real para que los clínicos comiencen a comprometerse con los programas preventivos: Comprobando que no son tan abstrusos o complejos como a veces nos los pintan. En

segundo lugar, para que la experiencia de los clínicos pueda matizar algunas actitudes en exceso altisonantes y, al tiempo, simplistas, de algunas de las autoridades, “expertos” y programas en este campo, en el sentido de “*All you need is CBT*” [56]. No todo es ni debe ser “terapia cognitivo-conductual”, ni en este campo ni en otros muchos. Y muchos menos, una “psicofarmacologización” abusiva de la infancia y sus problemas.

En esa vía de estimular la creatividad, y no para que sean considerados ejemplares, recordaré algunos de los programas preventivos puestos en marcha en una serie de dispositivos clínicos de salud mental en atención primaria en los que trabajamos en Catalunya desde hace más de 25 años. Por un lado, ese interés por lo preventivo nos llevó a estructurar una serie de problemas de base clínica, de prevención primaria y secundaria, que vienen resumidos en el libro sobre “Protocolos elementales para la atención Primaria a la salud mental” [39], algunos de los cuales tuvimos la ocasión de poder evaluar empíricamente con excelentes resultados (a menudo olvidados). En los demás, tuvimos que conformarnos con apoyarnos en evaluaciones anteriores en otros países. Una segunda muestra es nuestra participación en el Programa de Prevención y Promoción de la Salud Mental del PAPPSS y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, hoy ampliamente difundido y conocido [40, 41]. Una tercera muestra es nuestra participación en la creación y desarrollo del protocolo de salud mental del programa del Niño Sano (42, 57), hoy continuada con el desarrollo del Programa Formativo para la Promoción de la Salud Mental de la Infancia desde Pediatría (del Departament de Salut de Catalunya). Una cuarta muestra podría consistir en recordar la puesta en marcha de programas de formación para la pediatría de atención primaria muy especia-

lizados y específicos, tales como los Seminarios de Observación Terapéutica en la Infancia, en los que venimos trabajando interrumpidamente desde 1991 [39, 57]. Son pequeñas aportaciones de un equipo concreto (la Unidad de Salud Mental de Sant Martí – La Mina, en Barcelona), que estamos intentando desarrollar actualmente en un campo más específico: El de prevención y detección precoz de las psicosis. Para ello intentamos desarrollar e investigar los protocolos de trabajo de nuestro equipo de *Prevención en salud Mental – EAPPP (Equipo de atención precoz a las personas en riesgo de psicosis)* (Tizón, en prensa) y el instrumento de cribado de factores de riesgo en la infancia que hemos llamado LISMEN (*Listado de Ítems de Salud Mental*: [53-55]).

La mejora, ampliación y generalización de esos trabajos, de otros programas españoles, y de muchos otros programas nord-europeos y centro-europeos, más ambiciosos y desarrollados, implica una serie de premisas y cambios organizativos y formativos. Pero no hay

que olvidar que esas necesidades de formación y, en su caso, de reorganización, por costosas que sean, se hallan al servicio de lo que los expertos en general, y los ministros de salud europeos en particular, califican como las “actividades más eficientes para el cuidado de la salud mental de la población”. Aunque es de temer que organizaciones supuestamente públicas, con fondos públicos, tribunales secretos y prioridades ignotas sigan acaparando los fondos de investigación, formación y organización clínica en salud mental, en abierto desacuerdo con esas premisas, y a mayor gloria y beneficio de ¿adivinan ustedes qué organizaciones y orientaciones de la sanidad?. Y una pista clarificadora: ¿Seguirá ocurriendo que los planes concretos de un Ministerio y sus instituciones de provisión de fondos vayan en contra de las declaraciones firmadas por su Ministro.

Anexo.

Red Europea de Promoción en la Salud Mental: La salud mental de los niños es lo primero.

BIBLIOGRAFIA

1. **WHO-OMS.** Conclusions from Pre-conference “*The Mental Health of Children and Adolescents*”, organised by European Commission, WHO European region and the Ministry of Health of Luxembourg on 20-21 September 2004 in Luxembourg. Geneva: OMS 2005.
2. **WHO-OMS.** WHO European Ministerial Conference on Mental Health (12-15 th January 2005): “*Facing the Challenges, Building solutions*”. OMS-WHO: Geneva 2005.
3. **Gomez-Beneyto M et al.** (1994). *Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain.* Acta Psychiatrica Scandinavica, 89:352-357.
4. **Meltzer H et al.** *The mental health of children and adolescents in Britain.* London. Office for National Statistics, 1999.
5. **Patterson GR,** De Baryshe BD, Ramsey E. *A developmental perspective on antisocial behaviour.* American Psychologist, 1989,44(2):329–335.
6. **Scott S et al.** (2001). *Financial cost of social exclusion: Follow-up study of antisocial children into adulthood.* British Medical Journal, 323:191-195.
7. **Sourander A et al.** Have there been changes in children’s psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2004, 43 (9): 1134–1167.
8. **Steinhausen HC et al.** (1998). *Prevalence of child and adolescent disorders: The Zurich Epidemiological Study.* Acta Psychiatrica Scandinavica, 98: 262-271.
9. **Tsuang MT et al.,** eds. (1995). *Textbook of Psychiatric Epidemiology.* New York, John Wiley and Sons, Inc.
10. **United States Department of Health and Human Services** (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General.* Rockville, MD, United States Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
11. **WHO-OMS.** *Child and adolescent mental health policies and plans.* World Health Organization, Geneva, 2005.
12. **Olsen KA,** Rosenbaum B. *Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: review of studies.* Acta Pscyhiat Scan 2006; 113: 247-272.
13. **Tienari P.,** WynneLC, Moring J. *The Finnish adoptive family study of schozizophrenia. Implications for family rese-arch.* Br.J. Psychiatry 1994,164: 20-26.
14. **Eisenberg L.** (2000). Getting down to cases - making mental health interventions effective. Bulletin of the World Health Organization, 78: 511-512.
15. **Garralda, ME,** ed. *Managing children with psychiatric problems.* London: British Medical Journal Publishing Group, 1993.
16. **Jané-Llopis E,** Anderson P. *European action plan on mental health promotion and mental disorder prevention.* Nijmegen: IMHPA, 2005 (<http://www.imhpa.net/actionplan>).
17. **Keating D,** Hertzman C, eds. (1999). *Developmental Health and the Wealth of Nations: Social, Biological and Educational Dynamics.* New York, The Guilford Press.
18. **Meissels SJ & Shonkoff JP** (comps). *Handbook of Early Childhood Intervention.* Cambridge: Press Syndic of the University of Cambridge, 1990.
19. **Mental Health Europe** - European Commission. *Mental Health Promotion for Children up to 6 Years: Directory of Projects in the European Union.* Bruxelles: European Commission 2000.

- 20. Mircea T.** *Strategies for responding to the needs of adolescents in Romania.* In: Young JG, Ferrari P, eds. *Designing mental health services for children and adolescents: a shrewd investment.* Philadelphia, Brunner/Mazel, 1998: 385–393.
- 21. Newton J.** *Preventing Mental Illness in Practice.* London:Routledge, 1992.
- 22. Offord DR** (1998). Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: Trade-offs among clinical, targeted and universal interventions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37:686-694.
- 23. Tizón JL.** *Una aproximación a las posibilidades de la atención primaria a la salud mental de la infancia.* Cuadernos de Gestión 2001; 7 (1): 9-30.
- 24. Tizón JL** *Repercusiones sobre el niño de los trastornos mentales de sus progenitores y cuidadores.* Formación Médica Continuada (Barcelona) 2005; 12 (4): 70-85.
- 25. Tizón JL.** *Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis: clínica e investigación pueden aunarse.* Revista de la Asoc. Española de Neuropsiquiatría 2007 (en prensa, publicación aceptada).
- 26. WHO-OMS.** *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: a summary report.* Geneva: World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf).
- 27. WHO-OMS.** Project Atlas: Database. Geneva, World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence, 2004 (<http://204.187.39.30/Scripts/mhatlas.dll?name=MHATLAS&cmd=start&geolevel=World>).
- 28. Leibson CL et al.** *Use and costs of medical care for children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder.* *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285 (1): 60–66.
- 29. Ghodse H.** *Dramatic increase in methylphenidate consumption.* *Current Op Psychiat* 1999,12: 265-268.
- 30. Tizón JL** *Repercusiones sobre el niño de los trastornos mentales de sus progenitores y cuidadores.* Formación Médica Continuada (Barcelona) 2005; 12 (4): 70-85.
- 31. Ezpeleta L.** (editora) *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo.* Barcelona: Masson 2005.
- 32. Knapp M et al.** (2002). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 3. *Impact of comorbid conduct disorder on service use and costs in adulthood.* *British Journal of Psychiatry*, 180:19-23.
- 33. Knapp MRJ, Scott S, Davies J** (1999). The cost of antisocial behaviour in younger children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4:457-473.
- 34. Levav I et al.** *Psychiatric services and training for children and adolescents in Europe: Results of a country survey.* *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2004, 13: 395–401.
- 35. Robins LN.** *A 70 year history of conduct disorder: Variations in definition, prevalence, and correlates.* In: Cohen P, ed. *Historical and geographical influences on psychopathology.* Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 1999: 37–58.
- 36. WHO-OMS.** *Caring for children and adolescents with mental disorders.* Setting WHO directions. Geneva: WHO 2003.
- 37. WHO-OMS.** *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health.* WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence: Geneva 2003.
- 38. Peters RD, McMahon RJ.**(Eds). *Preventing Childhood Disorders, Substance Abuse and Delinquency.* London:SAGE; 1996.
- 39. Tizón JL, San-José J, Nadal D.** *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental.* (2 tomos: I. Protocolos para adultos. II. Atención a la Infancia. Técnicas Grupales. Protocolos Preventivos). Barcelona: Herder, 1997, 2000.
- 40. Tizón JL,** Buitrago F, Ciurana R (Coordinador), Chocrón L, Fernández C, García-Campayo J, Montón C, Redondo MJ. *Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud.* El Programa del PAPPS y la SEMFyC, versión 2003. En www.papps.org/recomendaciones/2003/saludmental.pdf (página del Programa de Actividades

Preventivas y de Promoción de la Salud y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria). Un resumen en *Atención Primaria* 2003; 32 (Supl2): 77-101.

41. Tizón JL. *Prevención de los trastornos de salud mental.* En PAPPs y SEMFYC: Curso a distancia de prevención en atención primaria. Módulos 5,6 y 7. Barcelona: SEMFYC, 1997, 1999, 2003.

42. DGPS-Direcció General de Salut Pública - Amigó E, Angulo F, Artemán A, Callabed J, Casalé D, Cerdán G, Closa J, Fernández R, García E, Ibáñez M, Prats R, Puig M, Sanglós R, Sasot J, Tizón JL, Toro J, Trías E. *Programa de Seguiment del Nen Sa: Protocol de Salut Mental Infantil i Juvenil.* Barcelona: Direcció General de Salut Pública - Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya 1999.

43. Lejarraga H, Krupitzky S, Gimenez E, Diamant N, Kelmansky D, Tizbaldi F, Cameron N. *The organisation of a national survey for evaluating child psychomotor development in Argentina.* *Pediatric Perinatal Epidemiol* 1997;11: 359-373.

44. Lejarraga H, Menéndez AM, Menzano E, Guerin L, Biancato S, Pianelli P, Fattore MJ, De Racco P et al. PRU-NAPE: Screening for psychomotor development problems at primary care level. *Arch Argent Pediatr* 2008, 106(2):119-125.

45. Carter AS, Briggs-Grown M. ITSEA-BITSEA: *Infant toddler & Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment.* Harcourt Assessment, Yale Guedeney A, Fermanian J. A Validity and Reliability Study of Assessment and Screening for Sustained Withdrawal Reaction in Infancy: The Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal* 2001; 22(5): 559-575.

46. Guedeney A, Dumond C, Grasso F, Starkis N. *Comportament de retrait relationel du jeune enfant: du concept a l'outil diagnostique.* *Medicine et Sciences* 2004; 6-7: 1-5.

47. Matthey S, Guedeney A, Starkis N, Barnett B. *Assessing the social behavior of infants: Use of the ADBB scale and relationship's to mother's mood.* *Infant Mental Health Journal* 2005; 26 (5): 442-458.

48. Guedeney A, Grasso F, Starkis N. *Le séjour en crèche des jeunes enfants: Sécurité de l'attachement, temperament et fréquence des maladies.* *La Psychiatrie de l'enfant* 2004; 47 (1): 259-312.

49. Larroque D, N'Guyen TTS, Guedeney A, Marchand L, Burguet A. *Temperament at 9 months of very preterm infants born at less than 29 week's gestation: The Epipage study.* *Developmental and Behavioural Pediatrics* 2005; 26: 148-55.

50. Oliver M, Mendez J, Sanchez V, Tomasi A, Yolitta H, Marina K, Correa MJ, Blasco M, Jacobs I, Guedeney A. *Project for the validation of ADBB scale in an Argentine infant population.* *Infant Mental Health Journal*, 2008;29(3A), No. 322.

51. Artigue J, Tizón J, Parra B, Gomá M, Ferrando J, Sorribes M, Marzari B, Pérez C, Pareja F. *Una aproximación a la detección precoz de los trastornos mentales graves.* *Revista de Psicopatología del Niño y del Adolescente (Barcelona)*, 2004; (4): 51-67.

52. Tizón JL, Parra B, Artigue J, Ferrando J, Catalá L, Sorribes M, Pareja F, Perez C. *Hijos de pacientes con psicosis en el Proyecto SASPE: Investigar para cuidar un futuro comprometido.* *Archivos de Psiquiatría* 2006;69(1): 47-68.

53. Tizon JL, Artigue J, Parra B, Ferrando J, Catalá L, Pérez C, Pareja F. *Risk factors of Psychoses: Is a preventive detection possible?* *Acta Psychiatrica Scandinavica. (Supplementum)* 2006: 431 (114): 14.

54. Tizon JL, Artigue J, Parra B, Pérez C, Ferrando J. *First results of the LISMEP: an approach to the early detection of severe mental disorders.* *Acta Psychiatrica Scandinavica. (Supplementum)* 2006: 431 (114): 55.

55. Tizón JL, Artigue J, Parra B, Sorribes M, Ferrando J, Pérez C, Pareja F, Gomá M, Marzari B. *Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva?.* *Clínica y Salud.* 2008; 19 (1): 27-58.

56. Holmes J, Neighbour R, Tarrrier N, Hinselwood RD, Bolsover N. *All you need is cognitive behaviour therapy?.* *BMJ* 2002; 324: 288-294.

57. Torregrosa MJ, De Muga E, Tizón JL. *Técnicas de intervención en situaciones de riesgo de patología mental en la primera infancia.* En J. Callabed (dir.): *El primer año de vida del niño.* Barcelona: Club de Pediatría Social 2001 (pp-67-69).

Anexo I.

RED EUROPEA DE PROMOCION EN SALUD MENTAL

Promoción en Salud Mental de niños menores de 6 años

RECOMENDACIONES

LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS ES LO PRIMERO

Los niños tienen el derecho de ser protegidos y ayudados en su desarrollo hacia el bienestar y hacia un estilo de vida mentalmente saludable, incluyendo habilidades para la promoción, sin distinción de raza, religión, género, o discapacidades físicas y psíquicas. La promoción de la salud mental en los primeros años de vida promueve una amplia gama de resultados positivos, incluyendo el incremento de la salud mental, menos riesgo de trastornos mentales y de conducta, mejor calidad de vida y una diversidad de resultados positivos tanto sociales como económicos. La Red Europea de Promoción de la Salud Mental recomienda elevar la conciencia de la importancia de la salud mental de los niños y desarrollar políticas para promover la salud mental y el bienestar de los niños y sus familias mediante:

- Una paternidad acogedora, responsable y sensible que facilite el desarrollo de las relaciones padres-niño.

- Prestando particular atención a los niños vulnerables, tales como:

- niños en riesgo psicosocial o con salud vulnerable (prematuros, discapacitados o niños con enfermedades crónicas, niños con problemas precoces de desarrollo y de conducta);

- niños con un entorno familiar vulnerable (niños víctimas de abusos o negligencias; hijos de familias monoparentales o de padres adolescentes; niños adoptados o en acogi-

miento; familias conflictivas; hijos de padres con trastornos de salud mental o toxicómanos);

- niños en riesgo por sus condiciones socioculturales (refugiados, inmigrantes, padres en paro).

- Apoyando un entorno de seguridad, la amistad entre iguales, una vecindad no violenta y acogedora que promueva y proteja la salud mental en la infancia.

- Desarrollando guarderías y centros de día que enfoquen y promuevan la salud mental en la infancia.

- Facilitando escuelas que proporcionen salud mental promoviendo entornos, currículos y programas adecuados.

- Incrementando el reconocimiento de las necesidades de los niños en los Servicios Comunitarios y de Salud (atención primaria, médicos de familia, hospitales y otros servicios de salud, bibliotecas, campos de deportes, etc.) contemplando la intervención preventiva y precoz, así como el apoyo educativo y social de los niños y las familias.

Desarrollando puestos de trabajo para proporcionar un contexto que promueva la salud mental de los padres y apoye la vida familiar.

- Realzando y monitorizando el cuidado del niño y un marco de protección legal para facilitar y asegurar la promoción de la salud mental y la protección de los niños.

- Para implementar y consolidar estas recomendaciones, es vital proporcionar fondos especiales que apoyen el desarrollo, implementación y mantenimiento de iniciativas efectivas y eficaces económicamente, que promuevan la salud mental y el bienestar de los niños y las familias en diferentes encua-

dres, así como apoyar la investigación, la formación, y el desarrollo de líneas de actuación e intercambio de conocimientos.

Estas recomendaciones se han adoptado conjuntamente por Salud Mental Europa y los Coordinadores Nacionales del Proyecto de Promoción de la Salud Mental de niños menores de 6 años en la última reunión del Proyecto, en Bruselas el 27 de noviembre de 1999.

- Adults for Children, Noruega
- Afrée, Francia Aghia Sophia Children's Hospital, Grecia
- Asociación Española de Neuropsiquiatría, España
- Børne-og Ungdomspsykiatrisk, Dinamarca
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Alemania
- Cécilia, Francia
- Department of Health-Health Promotion Unit, Irlanda
- European Centre for Bioethics and Quality of Life, Italia
- Federatie diensten geestelijke gezondheidszorg, Belgica
- Folk Hälsö Institutet, Suecia
- Forum luxembourgeois de L'enfance et de l'adolescence, Luxemburgo
- Health Education Authority, Inglaterra
- Hospital de Donna Estefania-Departamento de Psiquiatria, Portugal
- International Attachment Network, Inglaterra
- Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, Belgica
- Mental Health Europe, Bélgica
- Stakes, Finlandia
- The Clifford Beers Foundation, Inglaterra
- Trimbo's Instituut, Holanda
- University of Nijmegen, Holanda

*Director del Equipo de Prevención
en Salud Mental - EAPPP
(Equip d'Atenció Precoç als Pacients
amb risc de Psicosis)
C/ Córsega 544, 08025-Barcelona
Tel 934 360 004 - Fax 934 355 303;
eappp.bcn.ics@gencat.cat*