

Prevención e intervención en la salud mental de la primera infancia desde los dispositivos de Atención Primaria*

JL. Tizón García

Psiquiatra, psicólogo, psicoanalista. Director de la Unitat de Salut Mental de "Sant Martí-Nord" del Institut Català de la Salut en Barcelona.

Resumen

Hoy existe un amplio consenso acerca de la eficacia, eficiencia y accesibilidad de algunos programas preventivos de la salud mental centrados en la infancia temprana. Dichos programas pueden ser específicos o inespecíficos, pero, en términos generales, suelen darse dos vías para su organización y puesta en marcha: la universidad y las instituciones que dependen de ella y las organizaciones sanitarias. Ese es, al menos, el caso en Europa.

En España, por ejemplo, se han desarrollado programas preventivos centrados en esa edad por parte de algunas universidades, pero, sobre todo, a partir de las redes sanitarias fundamentalmente a nivel local, pero también a nivel autonómico y estatal. En ambos casos, los programas pueden dividirse entre aquellos basados en "encuadres ad hoc" y aquellos basados en encuadres o dispositivos clínicos.

El trabajo presenta algunas sugerencias acerca de un tipo especial de estos últimos programas: los programas preventivos de la salud mental basados en los propios Centros de Atención Primaria: por ejemplo, en algunos centros que atienden a poblaciones con numerosos factores de riesgo psicosociales, en redes sanitarias locales, a partir de la administración (en concreto, de la Dirección de Salud Pública de la Generalitat de Catalunya), y también a partir de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunidad. Por último, se hace un breve apunte de las premisas indispensables para poder realizar actividades de promoción de la salud mental desde los actuales equipos de pediatría.

Palabras clave: *Prevención de la salud mental, Promoción de la salud mental, Salud Mental, Atención Primaria, Equipo de Atención Primaria, Equipo de Pediatría.*

Abstract

Today exist a very wide consensus on the efficacy, efficiency and accessibility to some preventive mental health programs addressed to the early childhood. The existing programs

* Texto aproximado de la intervención en el Taller 25 ("Prevention and Intervention in Early Childhood Mental Health form Primary Care Settings") del 7º Congreso de la World Association for Infant Mental Health (WAIMH) en Montreal (Canadá), julio del 2000: "Prevention and Intervention from Primary Care Settings for Early Childhood: A general outlook".

can be specific and unspecific but, in general terms, there are two ways of organizing the main programs of mental health prevention in childhood: the University and its institutions and the health assistance organizations. This is at least the case in Europe.

In Spain, for example, preventive programs of this kind are being developed by some Universities, but especially by health assistance networks, mainly local but also at regional and national level. In both cases, these programs can be classified between those based on "ad hoc settings" and those based on clinical settings.

The paper presents some suggestion about one special group of the last kind of programs: the preventive programs based on centres of Primary Health Care: primary health teams; local networks that take care of nearly marginal population; the Administration (Direction of Public Health of the Generalitat of Catalonia); and at the top the Spanish Society of Family and Community Medicine.

Key Words: Prevention on Mental Health, Promotion of Mental Health, Primary Care Team, Paediatrics, Primary Health Care.

1. Introducción

Como introducción, y de entrada, creo que es interesante recordar que la promoción de la salud mental en la infancia, cuando logra realizarse, supone al menos cuatro tipos de ventajas:

1) Una promoción de la salud somática del niño, una prevención de sus problemas de salud somática y una serie de pautas saludables con respecto a su futura relación con los servicios sanitarios.

2) Una promoción de su salud mental y una prevención de los problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia.

3) Una prevención de los problemas de salud mental de la edad adulta.

4) Una promoción de la salud familiar y una prevención de los problemas del sistema familiar.

De ahí la gran importancia que en este campo posee el atender adecuada-

mente a lo que ha venido en llamarse *prevención secundaria*, es decir, el diagnóstico y atención precoces de los problemas de la salud mental del niño y de sus familiares. Pero eso revaloriza la importancia de la clínica, de la aproximación clínica, incluso para la realización de actividades preventivas y de promoción de la salud.

Así pues, podría resumir esta introducción recordando dos principios generales:

1. Es cierto que aún nos faltan datos y modelos para prácticas generalizadas de *prevención y promoción específicas* de la salud mental en la infancia, a pesar de los importantes avances logrados al respecto¹⁻¹⁰.

2. Pero existen numerosos datos, experiencias y modelos a favor de la *prevención y promoción de la salud mental inespecíficas*: las obras de

Meissels y Shonkoff¹⁰, Newton¹¹, Garralda^{1,3}, Miller et al¹, Sandri¹⁴, Tremblay et al⁶⁻⁹, así como las obras colectivas de la SEMFyC¹⁵, de la Dirección General de Salud Pública de la Generalitat¹⁶ o de la European Commission¹⁷ son muestras al respecto.

En definitiva, si bien es difícil hoy por hoy prevenir trastornos psicopatológicos específicos, está más que demostrado que algunas actividades, sobre todo las dirigidas a embarazadas y diadas madres-bebés de riesgo, son eficaces, eficientes, accesibles, oportunas y seguras en la *prevención de la psicopatolo-*

gía grave y, más en concreto, del grupo de trastornos llamados *trastornos mentales severos o graves*¹⁸⁻²³. (Tabla I).

2. ¿Como pueden enfocarse las actividades de promoción de la salud mental en la infancia?

2.1. Dos posibilidades generales para la promoción y prevención en salud mental

En términos generales, la prevención y promoción de la salud mental en la infancia, desde el punto de vista pragmático, puede recibir dos enfoques generales:

Tabla I. *Requisitos previos para realizar programas de promoción o prevención específicos en Salud Mental*

1. Conocimientos empíricos sobre la anomalía, enfermedad o trastorno a prevenir.
 2. Que esos conocimientos estén estructurados en un modelo teórico de la aparición de dicho trastorno.
 3. Que ese modelo haya sido comprobado empíricamente en estudios clínicos, observacionales y estadístico-correlacionales (y, si es posible, también por métodos experimentales).
 4. Que exista una voluntad política y sanitaria de prevenir ese trastorno, enfermedad o anomalía.
 5. Que se estructure una metodología de prevención que tenga en cuenta tanto el modelo y sus apoyos empíricos (así como otros datos empíricos o clínicos relevantes para el tema, pero que tal vez no están aún integrados en el modelo).
 6. Que se cuente con medios técnicos, humanos y económicos para la realización de esa metodología preventiva.
 7. Que la estructuración del programa tenga en cuenta los pasos o momentos necesarios para la puesta en marcha de cualquier tipo de programa preventivo, definidos ya desde Caplan (1985) en el campo de los trastornos mentales: **preparación del plan, participación de la población y realización controlada del plan.**
-

1. Uno 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 realizarse¹⁹⁻²³:

- a) a nivel comunitario general;
- b) a través de los dispositivos asistenciales de la comunidad (o “redes profesionalizadas”)^{24, 5};
- c) desde las Universidades o a través de grupos o equipos ad-hoc^{4, 7-9, 10, 11}.

2. **Integrando las actividades preventivas en la atención clínica cotidiana**^{25-36, 19}.

Es la perspectiva que recoge la línea, modelo o dispositivo sanitario que se ha llamado *Atención Primaria de Salud (APS)*. Para el trabajo integrado de prevención-promoción-terapia en el campo de la infancia, algunos venimos defendiendo desde hace años el submodelo de la APS o de la *Asistencia Sanitaria Centrada en el Consultante*^{29, 31, 33-38} que he designado con el término *“Atención Primaria a la Salud Mental de la Infancia” (APSMI)*³⁶⁻⁴⁴.

Hasta llegar a ser detectado por un pediatra o un médico de cabecera del sistema público, el sufrimiento mental del individuo ha de expresarse en una serie de niveles y sobrepasar una serie de filtros que vienen resumidos en la Tabla II, derivada de Goldberg y Huxley⁴⁵. En dicha

tabla se incluyen varias modificaciones que suelo realizar de la tabla original de Goldberg y Huxley y una adaptación de la misma para comprender las manifestaciones y filtros del *sufrimiento psicopatológico* en la infancia.

En ese sentido, la captación de conflictos psicológicos o psicosociales en el niño o la familia por parte del equipo de pediatría depende de diversos factores. Los más relevantes serían posiblemente los siguientes²²:

- La capacidad o sensibilidad del profesional para reconocerlos de forma precoz, capacidad facilitada tanto a nivel idiosincrásico, personal³⁴ como de formación y formación continuada.
- Del modelo de atención que se practica: “biologista” o integrador (mayor capacidad de detección)¹².
- De las posibilidades de colaboración entre los dispositivos de APS y los de Salud Mental^{26, 36-44}.
- No habría que olvidar aquí la parte de responsabilidad achacable a la estructura y la organización de la sanidad en nuestro entorno. Si el profesional no dispone de un tiempo y organización mínimos para realizar su trabajo –y el paciente y la familia, de un tiempo mínimo para que le escuchen–, es difícil apreciar –y más aún,

Tabla II. La atención a los trastornos mentales en las sociedades postindustriales

NIVELES		FILTROS
NIVEL 1	Morbilidad psicopatológica en la población general (15-31,5%) (15-25% en niños y adolescentes)	PRIMER FILTRO Primeros niveles para la contención del desequilibrio emocional y, en especial, las "funciones emocionales" de la familia
NIVEL 2	Pacientes que consultan en A.P.S. y pediatría primaria* (23-30%) (23-50% en niños y adolescentes)	SEGUNDO FILTRO "Conducta de enfermedad" o de trastorno** Capacidad de contención de los padres
NIVEL 3	Trastornos psicopatológicos detectados por la A.P.S. y la pediatría primaria* (10,1 %) (alrededor del 2 % en niños y adolescentes)	TERCER FILTRO Capacidad de detección del E.A.P. (médicos de familia, pediatras, enfermeras)*, **
NIVEL 4	Morbilidad en los Servicios de Salud Mental *, ** (2,3%) (en niños, hasta el 15% si se incluyen los servicios psicopedagógicos y conexos)	CUARTO FILTRO Interrelación E.A.P.-Servicios de Salud Mental* Sensibilidad social y de las instituciones pedagógicas a los temas de S.M.** Facilidades psicopedagógicas*, **
NIVEL 5	Pacientes ingresados en Servicios Psiquiátricos *, ** (0,5%) (0,05% en infancia y adolesc.)	QUINTO FILTRO Decisión de ingreso psiquiátrico*, ** Organización de las redes de atención a la salud y la salud mental del país o sociedad*, **

(Realizada a partir de la idea inicial de Goldberg y Huxley, 1980).

*Tasa sujeta a una importante influencia del tipo de organización sanitaria.

**Tasa sujeta a una importante influencia por la cultura de cada formación económico-social.

tratar– muchos de los conflictos y problemas con repercusiones sobre la salud mental de niño y familias⁴⁶.

Ahora bien: en sentido contrario hemos de recordar que gran parte de los conflictos psicosociales o incluso trastor-

nos mentales no severos de la infancia, y en especial en la primera infancia, pueden ser contenidos mediante *los niveles de contención no especializados e incluso no profesionalizados* de nuestras sociedades³⁵⁻⁴⁴: Tablas III y IV. Desde luego, muchos de tales trastornos mentales no graves y numerosos conflictos emocionales y psicosociales pueden ser ayuda-

dos desde los equipos de pediatría^{18,35-44}. De lo contrario, la patología mental grave y los problemas psicosociales complejos serán detectados, en la misma infancia o en la edad adulta, ya muy evolucionados. Requerirán entonces un planteamiento especializado, mucho más complejo y costoso y, a menudo, menos eficaz^{47,48, 6-9}.

Tabla III. Conceptos fundamentales para la prevención en Salud Mental

FACTORES DE RIESGO (Internos/externos) VULNERABILIDAD de los sistemas: <ul style="list-style-type: none"> • social • familiar • individual • mental 	DISPOSICIONES INNATAS + RELACIONES Y CONTINGENCIAS iniciales + CONTINGENCIAS BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES POSTERIORES	FACTORES DE CONTENCIÓN O RESILIENCIA 1. Desde el Mundo Interno 2. Capacidades yoicas 3. Cuerpo 4. Familia 5. Redes "Profanas" 6. Redes Profesionalizadas
	SEÑALES DE ALERTA En un contexto: Biológico Psicológico Social	
MARGINACIÓN y/o PSICOPATOLOGÍA <ul style="list-style-type: none"> • en la Infancia • posterior 		
PREVENCIÓN TERCIARIA: Rehabilitación y reinserción PREVENCIÓN SECUNDARIA: Detección y tratamiento precoz PREVENCIÓN PRIMARIA: Evitar la aparición del trastorno		

Tabla IV. Características de la Atención Primaria de Salud (desde el punto de vista psicosocial)

- 1) Acercar la Asistencia a la población
- 2) Integrarla en Equipos territorializados e individualizados
- 3) Perspectiva diacrónica
- 4) Modelo teórico, técnico y práctico biopsicosocial
- 5) Integrar prevención-promoción y asistencia (= **"Atención"**)

+

- 6) No opuesta a los "Sistemas Profanos" o "No Profesionalizados" (sino que mejore su eficacia, efectividad y eficiencia)
- 7) Que evite hacer imprescindibles los "Sistemas Profesionalizados Sanitarios"
- 8) Por lo tanto especialmente atenta a la

yatrogenia cronicidad iatrogénica cronicidad medicalizada	= heteronomizar
---	-----------------

→ por tanto, **CENTRÍPETA CON RESPECTO A LA COMUNIDAD**
 (= núcleos vivenciales habituales)

Por todo ello, la Atención Primaria de Salud es un buen lugar y "momento de contacto" para el abordaje de numerosos conflictos y trastornos de conducta, emocionales o mentales, en especial en la primera infancia: primero, porque probablemente, junto con las guarderías, sea el dispositivo social, el dispositivo de la "red profesionalizada", con el que contactan mayor número de niños y familias a lo largo del año y de la vida (más de 2,5 visitas por niño y adolescente al año en Catalunya (1996³⁶⁻⁴¹). En segundo lugar, porque diversas investigaciones

realizadas en nuestro medio parecen apuntar que los niños y familias con problemas psicosociales o psicológicos tienen una mayor frecuentación en los dispositivos de APS de nuestros medios¹². En tercer lugar, porque la experiencia clínica y la investigación han mostrado que la intervención precoz en determinados casos, no exclusivamente desde la labor del médico, sino también con el recurso de los diversos tipos de enfermería pediátrica, de los servicios pedagógicos, sociales y/o de los servicios institucionales, pueden evitar trastornos psicosociales

graves en el futuro, a veces irreparables, así como numerosos sufrimientos y/o desorganizaciones familiares^{50,10, 11, 23}.

En efecto, dicho equipo puede realizar actividades de promoción y prevención de la salud mental:

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 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 enfermos"^{35, 51}.

2.2. Actividades específicamente preventivas dentro de la Atención Primaria de salud.

En este momento contamos con una cierta experiencia sobre tres tipos de actividades específicamente preventivas desde la APS:

1. *Programas preventivos realizados en la APS pero organizados a otro nivel social:* Universidad, Administración, Dirección General de Salud Pública, Institutos Municipales de la Salud... En este medio, la compilación de Newton¹¹ o la de la

Comisión Europea¹⁷ proporcionan algunas muestras y desarrollos. Un ejemplo concreto será desarrollado en este taller: el *Protocolo de Salud Mental del Programa del Niño Sano* de la Generalitat de Catalunya¹⁶.

2. *Programas preventivos realizados en la APS y organizados a partir de los propios equipos de APS o de Salud mental integrada en la APS*³⁶⁻⁴⁴. A su vez, como ya hemos visto, estos programas preventivos para la primera infancia en la APS pueden ser de dos tipos: *enfocados hacia trastornos específicos y con enfoques generales (de prevención o promoción en salud mental)*. Una muestra de los primeros es nuestro intento reciente de detectar, en colaboración entre los equipos de salud mental, pediatría de APS, equipos de Atención precoz, guarderías y equipos psicopedagógicos de algunas señales de alerta inespecíficas para la prevención de la esquizofrenia³⁹⁻⁴³. Otros programas preventivos específicos e inespecíficos basados en la APS son los que aparecen resumidos en la Tabla V (practicados por algunas Unidades de Salud Mental en la comunidad vinculadas con la APS). Otros ejemplos diferentes en el mismo sentido serían: 1) El conjunto de subprogramas de prevención de la salud mental de la infancia puestos en marcha por

Tabla V. Programas preventivos para la APSM de la primera infancia de una USM vinculada a la APS

Desde Salud Mental	En colaboración con APS
	* Propios del ESM
<ul style="list-style-type: none">• Ayuda psicológica y psicosocial a la maternidad: Grupos de embarazadas y de puérperas• Grupo y programa preventivo-docente "guarderías y observación de bebés"• Grupo de madres y padres• Seguimiento de Niños con riesgo neurológico y/o sensorial	<ul style="list-style-type: none">• Ayuda psicológica y psicosocial a la maternidad (paternidad)• Grupos "Tipo Balint" con pediatras, enfermeras, personal de dirección, etc• UNIDAD FUNCIONAL DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA PRIMERA INFANCIA (UFAPI)• Guarderías y observación de bebés• Niños "enfermizos"• Observación terapéutica en la infancia• Seguimiento del niño con alto riesgo de trastornos mentales• Grupos de Reflexión sobre las relaciones padres-hijos con el personal de pediatría• Seminarios "teóricos" en tanto que "grupos de trabajo"
	<p style="text-align: center;">PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN SM DE LA SOC. ESP. DE MED. DE FAMILIA:</p> <ul style="list-style-type: none">• Atención a la mujer y al niño durante el embarazo y el puerperio• Embarazo en la adolescencia• Hijos de familias monoparentales• Antecedentes de Patología psiquiátrica en los padres• Retraso escolar• Trastornos en el desarrollo del lenguaje
	<p style="text-align: center;">PROGRAMAS PREVENTIVOS EN RELACIÓN CON LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA</p> <ul style="list-style-type: none">• Factores de riesgo y señales de alarma en las diversas edades de la infancia• Prevención en SM dentro del Programa del "Niño Sano"
	<p style="text-align: center;">OTROS</p> <ul style="list-style-type: none">* Asmáticos: Niños asmáticos crónicos* Asmáticos: Grupos de familiares de niños asmáticos* Niños hospitalizados y post-hospitalizados

la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria^{15,22,23,65}. 2) La Unidad Funcional de Atención a la Salud Mental de la Primera Infancia (UFAPI), uno de nuestros dispositivos más originales, que hemos presentado en otras publicaciones^{35, 62, 63}.

3. Pero la orientación más ambiciosa consiste en intentar una organización de los equipos y las interrelaciones entre ellos según el modelo de la *Atención Primaria a la Salud Mental de la Infancia*³⁶⁻⁴⁴: se trata de desarrollar, siguiendo los modelos de la Atención Primaria a la Salud y la Atención Sanitaria Centrada en el Consultante^{54, 29, 31}, la integración de la asistencia clínica y la promoción y prevención en la consulta cotidiana. Es el modelo de cuidado de la salud mental que llamamos Atención Primaria a la Salud Mental.

2.3. La promoción de la salud mental integrada en la clínica de APS: el modelo de la "Atención Primaria a la Salud Mental de la Infancia"

La atención primaria a la salud mental es una aplicación del modelo médico de la asistencia centrada en el consultante^{53-55, 29, 31, 36-44} para el trabajo en la atención primaria de salud (APS). Si se persiste en un funcionamiento disociado pe-

diatría/salud mental, la red de salud mental infanto-juvenil tiende a quedar marginada, dedicada al tratamiento intensivo de pocos casos y muy graves, con unas largas listas de espera que, por sí mismas, definen su escasa accesibilidad para la población y para los profesionales de APS. Y al tiempo, los equipos de pediatría asisten día a día, casi impotentemente, al desarrollo de psicopatología infantil y familiar en el 15 a 20% de los niños. Con la experiencia desmotivadora frecuentemente añadida de que difícilmente pueden pedir ayuda a los equipos de salud mental infanto-juvenil en los casos más leves o en los casos que se están cronificando, que son los casos en los cuales precisamente, más podrían hacer como profesionales y como red asistencial los equipos de APS. De ahí que vayan admitiendo progresivamente un papel de dependencia del especialista, de dependencia con respecto a los equipos de salud mental y no un papel de *intercambio bidireccional*³⁵⁻³⁷. Con una consecuencia especular: los equipos de salud mental infanto-juvenil reciben entonces casi únicamente casos graves y/o crónicos, con lo cual sus *funciones emocionales introyectivas* (esperanza, confianza, solidaridad, contención), que son las bases de una asistencia adecuada, resultan lenta pero inexo-

rablemente socavadas. De ahí que algunos propongamos esa línea de *atención primaria a la salud mental como una línea colaborativa imprescindible* en el trabajo en la salud mental de la infancia. En definitiva, que también en el ámbito infantil es necesaria una visión menos hospitalocéntrica, más comunitaria, más participativa e interdisciplinaria, entre los

equipos de pediatría y los de salud mental infanto-juvenil.

2.4. La práctica de la APSM de la infancia en los dispositivos pediátricos actuales

En la Tabla VI se intenta un repaso rápido de las posibilidades y concreciones de esa perspectiva del trabajo con la infancia.

Tabla VI. *Actividades fundamentales para la atención a la salud mental en la infancia y la adolescencia por parte de los equipos de atención primaria de la infancia y la adolescencia*

1. PROMOCIÓN DE LA SALUD (MENTAL):	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción, en la entrevista clínica, de las "Pautas de salud mental promocionables desde la APS".
2. PREVENCIÓN PRIMARIA	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a los "Momentos-clave" y a los Factores de Riesgo y vulnerabilidades psicosociales.
3. PREVENCIÓN SECUNDARIA	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a: <ul style="list-style-type: none"> – señales de alerta – diagnóstico y tratamiento precoces.
4. REALIZACIÓN ORGANIZADA DE SUBPROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN A.P.S.	<ul style="list-style-type: none"> • Por ejemplo, el del "niño Sano" o los propuestos por el PAPPS y la SEMFYC.
5. ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS BÁSICAS:	
* Fomentar una relación de confianza entre padre y equipo	
* Reforzar las "FUNCIONES PARENTALES" y, en especial, las emocionales (confianza de los padres en sus capacidades como tales)	
* APROVECHAR LA ENTREVISTA CLÍNICA para los temas de promoción y prevención	
* ORIENTACIÓN FAMILIAR DE LA AYUDA PSICOLÓGICA	
* ¿PSICOFÁRMACOS?: Evidencia escasa. En todo caso, secundarios e integrados en el conjunto de medidas psicológicas y psicosociales	
* Saber cuándo interconsultar y/o derivar	
* FACILITAR EL CONTACTO CON LOS SISTEMAS "NO SANITARIOS" DE AYUDA A LA SM.	
* ¿"PSICOTERAPIA DE A.P.S."?: No. Más bien, ayudas psicológicas de A.P.S.	

Como consecuencia de ese enfoque, *un primer grupo de tareas de APSM* de los equipos pediátricos y de APS en general consistirá en difundir unas *pautas de promoción de la salud y la salud mental recomendables* en cada sociedad, unas pautas que, fundamentalmente, tendrán que ver con cómo usar y cuándo usar cada uno de los niveles para la contención del desequilibrio mental y no solo los farmacológicos^{35,36,44}. Cada sociedad tiene sus sistemas de ayudar al desarrollo mental de sus miembros. Los pediatras y los equipos de pediatría, sean conscientes de ello o no, están favoreciendo unas pautas de relación y desfavoreciendo otras pautas de relación. Algunos lo saben, y lo hacen conscientemente. Otros, sin darse cuenta, lo están haciendo cada día. Y de dichas pautas, las hay que van a favor de la salud mental, pero otras tal vez no: de ahí la importancia de que todos los equipos de APS que atienden a niños (pediatras y médicos de familia) tuvieran una idea de lo que en un grupo de expertos del Consejo Asesor en Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental y del Programa de Salud Mental de Catalunya hemos llamado "Pautas de Salud Mental recomendables en cada edad"⁴⁹. Pero hay otras perspectivas: por ejemplo, las de los "touchpoints" de Brazelton⁵⁶⁻⁵⁸, las de

Emde⁵⁹, las de "Bright Futures"^{60,61}, etc. Sería relevante que dichas pautas (y no las meramente inconscientes y/o de "sentido común") se pudieran introducir de forma integrada en la consulta cotidiana o que, al menos, se pudieran introducir en las visitas del "Programa Preventivo del Niño Sano".

Los grupos de tareas segundo y tercero en las cuales los equipos de pediatría pueden contribuir al cuidado de la salud mental de la población hacen referencia a las *actividades de prevención primaria y secundaria en temas de salud mental integradas en la atención pediátrica habitual*. En tal ámbito es habitual que los pediatras estén hoy detectando una serie de factores de riesgo que indican una vulnerabilidad específica en ese niño o en esa familia, así como las señales de alerta de desviación hacia trastornos mentales o hacia conflictos psicosociales de difícil resolución^{64,16}. De ahí nuestra colaboración en la reciente publicación del *Protocolo de Salud Mental del Programa del Niño Sano*¹⁶.

El *cuarto tipo de tareas* hace referencia a la colaboración de la pediatría de APS en trabajos específicamente preventivos en salud mental. Hoy ya se están realizando en los Centros de Salud actuales algunos programas preventivos en salud

mental, tanto a cargo de las Unidades de Salud Mental³⁵ como a cargo de los propios equipos de APS: por ejemplo, los programas preventivos en salud mental de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria^{15, 22, 23, 65}.

El quinto grupo de tareas de atención a los temas de salud mental que ya se están realizando en la clínica cotidiana de los Centros de Salud actuales son las actividades terapéuticas en salud mental (Tabla VI). Si se realizan con un mínimo de eficacia, oportunidad y seguridad, todas ellas poseen propiedades preventivas incluso a nivel primario en el caso de muchos trastornos mentales de los adultos. De entre ellas, hay que destacar que la principal actividad terapéutica que en este momento puede realizar el equipo de atención primaria en el campo de la pediatría es y ha de ser la de mantener la confianza de los padres en sus propias capacidades como tales. No es posible ni conveniente hoy sustituir las *funciones parentales de los progenitores* para, con la ayuda de los equipos profesionalizados, subvenir a las necesidades del desarrollo de sus hijos. En otros términos: una tarea fundamental de las redes profesionalizadas sanitarias es la de *contener y desarrollar las funciones parentales*. Ciertamente, esa tarea que podría mejorar

con mayores conocimientos acerca de la psicología del desarrollo individual, familiar y grupal por parte de los equipos de APS.

2.5. Programas específicos del prevención en salud mental: Algunos ejemplos.

Ya hemos citado anteriormente ejemplos de programas específicamente preventivos en salud mental, como son los británicos del *Royal College of G.P.*^{19, 20, 26}, o el de la SEMFYC y el PAPPS en España^{15, 22, 23, 65} ambos consideran las crisis o transiciones psicosociales como momentos idóneos para la actividad preventiva en salud mental desde la APS. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que existen otras muchas propuestas (y programas en marcha), tanto en el ámbito europeo como en el norteamericano^{1, 10-12, 15}.

Sin embargo, en muy pocos casos el punto de partida o dispositivo fundamental para la prevención es la APS, por eso, la Tabla VII muestra los subprogramas que, hoy por hoy, la SEMFYC y el PAPPS están intentado poner en marcha en la Red de Centros Investigadores de la APS española (en la actualidad, más de cuatrocientos Centros de Salud están adscritos a alguno de los apartados de Prevención General de dicho programa). Desgraciadamente, aún no existen datos

Tabla VII. Programas de prevención en salud mental desde la A.P.S. del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la SEMFyC¹

PROGRAMA	Actividades de promoción y prevención en SMI que incluye (o incorpora de otros programas)
PROGRAMA DEL " NIÑO SANO "	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento del desarrollo psicomotriz (Haizea-Llevant) • Protocolo de Salud Mental
PROGRAMA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalías oculares y de la visión • Hipoacusia • Accidentes en la infancia • Malos tratos y negligencia sobre el niño
PROGRAMA DE SALUD MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> • Atención al embarazo y puerperio • Embarazo en la adolescencia • Hijos de familias monoparentales • Antecedentes de patología psiquiátrica de los padres • Retraso escolar • Trastornos en el desarrollo del lenguaje. • Actividades comunes con la edad adulta² <ul style="list-style-type: none"> - Prevención del suicidio - Prevención secundaria de los trastornos depresivos - Prevención secundaria de los trastornos por ansiedad excesiva

¹ (SEMFyC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

² Con menor grado de desarrollo de sus aplicaciones a la infancia y la adolescencia que el resto de los programas y subprogramas.

fehacientes sobre el número de Centros de Salud que están practicando algunos de los subprogramas de prevención y promoción de la salud mental desde la APS, aunque se considera que deben ser varias decenas.

Un ejemplo de programas específicos que quería mencionar aquí es el de nuestra *Unidad Funcional de Atención a la Salud Mental de la Primera Infan-*

cia (UFAPI), un dispositivo preventivo y clínico para la primera infancia englobado en la APS. Se trata también de uno de nuestros campos de investigación clínica. En último extremo, se halla fundamentada en técnicas psicoanalíticas tales como el *grupo de discusión e interconsulta*³⁵ y la *observación psicoanalítica de bebés* –modelo de E. Bick, adaptado para el trabajo en APS por

J.L. Tizón^{35,62,63}. En el 2001 se halla en su séptimo año de funcionamiento. Se compone de dos tipos de grupos de trabajo: el *grupo de interconsulta, semicerrado*, y el *grupo de observación terapéutica o asistencial en la primera infancia, cerrado*. Ambos grupos son interprofesionales, formados por pediatras, enfermeras de pediatría, psiquiatras y psicólogos, personal de atención precoz, personal de trabajo social, personal de guarderías, personal en formación de diversas disciplinas, etc. En el *grupo de interconsulta* se discuten y siguen los niños que los diferentes equipos presentan y los tratamientos interdisciplinarios de los casos de niños y familias de riesgo o de psicopatología manifiesta, fundamentalmente en los primeros cuatro años de vida. En el *grupo de observación* se realizan observaciones a domicilio de algunos bebés, observaciones que se discuten en el seminario quincenal, la observación sirve, ante todo, para la contención del grupo humano observado y, además, para la formación del personal asistencial.

Un caso característico de la actividad de la UFAPÍ fue el de Viçens, un niño de 18 meses, enviado por su pediatra por la alta frecuentación de la madre: venía día si y día no a la consulta de pe-

diatría quejándose de que "este niño no para, no para. No duerme nada y sólo llora". La pediatra no había logrado aclarar la causa del malestar del niño y por eso presentó el caso en el grupo de interconsulta. Se decidió realizar una observación a domicilio de entre 8 y 12 sesiones, para la cual se recabó el consentimiento de la familia.

Ya desde las primeras observaciones la observadora pudo transmitir su importante angustia ante las indefensión de Viçens: no sólo no lloraba tanto y sí dormía, sino que, además, se pudo observar en tres ocasiones cómo podía llegar a dormirse en el pasillo, sólo, tras estar minutos y minutos golpeándose contra la pared, con el marco de la puerta o realizando otras estimulaciones autosensores. La madre, presente en casa, parecía no conectar nunca con el sufrimiento emocional del niño, aunque sí podía atender a los aspectos operativos de su cuidado. El padre, presente en algunas observaciones, parecía mucho más sensible y en contacto con éstos. Pero en la casa (y en la mente del niño) parecía que flotaba un dolor enorme, siniestro, que no era fácil de aclarar. Hasta que la hermana de la madre, y luego la propia madre, pudieron hacerlo: el padre se hallaba de baja laboral, gravemente

enfermo, pendiente de un trasplante cardíaco que no llegaba. Aunque parezca increíble, ni los pediatras, ni los médicos de familia, ni las enfermeras del Centro de Salud conocían ese dato. Como tampoco sabían que el padre había intentado suicidarse en dos ocasiones y que toda la familia estaba desbordada por las ansiedades de muerte. Pero no es tan increíble: el clima depresivo reinante en toda la familia llevaba a un aislamiento pesimista de la misma, a evitar los contactos "innecesarios", a rechazar las ayudas "no controladas". Una vez más, el llanto incoercible de un niño, de Viçens, pudo aclararnos la situación de intensas angustias de muerte y depresivas de todo un núcleo familiar, angustias que hasta entonces sólo mediante la vía indirecta de la identificación proyectiva en el niño habían podido manifestarse: Como sucede a menudo era a través de un niño que "lloraba mucho" que podían traernos el llanto de la familia. Como suelo decir a menudo, "cuando un niño llora mucho (o dicen que llora) es la familia la que llora aunque no pueda expresarlo". Ese cambio de perspectiva en la comprensión del niño y la familia, un cambio en último extremo diagnóstico, ha de implicar entonces importantes cambios en las perspectivas

terapéuticas: al menos, eso es lo que habría que intentar a partir de observaciones similares a la realizada. Pero es que hay familias que, por sus propias culpas o por otras dificultades, se defienden del cambio; hay familias incluso que rechazan o evitan cualquier vía de ayuda: de ahí que tan sólo pueda ayudárseles, durante un tiempo, con la vía del "observador no participante", que, si está contenido, ayuda en la contención de las ansiedades familiares, a introyectar en los padres la capacidad de observar al hijo, a valorar al niño en sus expresiones espontáneas. En muchos de los casos de primera infancia hemos llegado a la conclusión de que es una de las pocas vías toleradas por madres o padres demasiado culpabilizados, demasiado actuadores u operatorios o demasiado depresivos. En todo caso, en algunas ocasiones, sólo después de o durante una "observación terapéutica" adecuadamente realizada, pueden aceptar otro tipo de ayudas y equipos. Y en otros, como el de los padres de Viçens, ni así: el único beneficio terapéutico pudo proporcionarlo la propia **observación terapéutica**.

Para terminar este subapartado, recordaré que otros ejemplos de trabajo específicamente preventivo, en este

caso sobre temas específicos también, serían los trabajos de prevención de la esquizofrenia⁶⁶⁻⁷² o de la violencia juvenil a partir de señales de alerta y momentos críticos en la infancia^{6-9, 39-44}: Tablas VIII y IX.

Tabla VIII. Antecedentes y Factores de riesgo precoces en la Infancia para la Esquizofrenia posterior

RESUMEN

PROBLEMAS BIOLÓGICOS PRE O PERINATALES

- Problemas obstétricos y perinatales
 - Bajo peso/gestación acortada
 - Daños neurológicos perinatales
 - Menor tasa de Lactancia materna con respecto a los hermanos
-

DESARROLLO

- Retraso en la deambulación
 - Retraso del desarrollo
 - Trastornos cognitivos
-

SOCIALIZACIÓN

- Hábitos solitarios
 - Evitación de la relación social
 - Mayores problemas de las madres para manejarlos a los 4 años
 - Dificultades en las relaciones con pares/Prefiere socializarse en pequeños grupos/Menos de dos amigos
 - Historia de juegos en solitario
 - Pasividad en la relación social
 - Separaciones tempranas de los padres
 - Institucionalización temprana
 - Trastornos en la dinámica familiar: funciones familiares empobrecidas
-

Otros Síntomas o trastornos

- "Hipersensibles", Labilidad emocional
 - TDAHA
 - Ansiedad en situaciones sociales y evitación social
 - Trastornos de lenguaje
 - Conductas disruptivas y agresivas
 - Malos resultados escolares (en infancia y adolescencia)
 - "Niño raro" según la opinión de los profesores
-

(Derivada de Alanen 1997, Jablenski 1999, Olin et al 1998, Maziade et al. 1996)

Tabla IX. Antecedentes precoces de la violencia juvenil (Derivada de R.E. Tremblay, et al 1998)

- Niños impulsivos ya desde la guardería
(Aumento "normal" de la agresión: 9-24 meses)
 - Niños que agreden a los otros repetidas veces pasados los 2-4 años
(Período sensible para la inhibición de la agresión hasta los 3-4 años)
 - Niños que sufren abusos sexuales y/o físicos reiterados
 - Niños insensibles a las necesidades de los otros
 - Niños rechazados por sus pares por esos motivos
 - Padres y niños altos frecuentadores
-

3. Premisas impredecibles para realizar actividades preventivas y de promoción de la salud mental desde los equipos de pediatría

Una dificultad inicial para que los equipos pediátricos puedan realizar este tipo de actividades, tanto específicamente preventivas como propias de un modelo de atención primaria a la salud mental, radica en la deficiente formación de muchos profesionales de la atención a la infancia en el ámbito psicológico y psicosocial, tanto a nivel de conocimientos, habilidades e instrumentos básicos, como incluso a nivel de actitudes^{31,33-37,43, 73,74}. Esta formación parece hoy especialmente deficiente en el campo de la entrevista clínica (individual y familiar) y en el campo de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para llevar a cabo la "ayuda psicológica" propia de los equipos sanitarios no especializados en salud mental. En otra comunicación hablaremos

de las necesidades formativas en salud mental que parece prioritario integrar hoy ya dentro de la formación de los médicos y equipos de pediatría para poder realizar los trabajos de los cuales venimos hablando. La Tabla X muestra un resumen del "programa priorizado de formación continuada en salud mental" aprobado a tal efecto por el Consejo Asesor en Salud Mental de la Generalitat de Catalunya⁷⁵ con el fin de intentar subvenir progresivamente a esos déficits formativos. Incluye, destacado, el apartado específicamente dirigido a los equipos de pediatría de APS. La necesidad de tal tipo de *formación y formación continuada en salud mental* es lo suficientemente importante para que a este tipo de tareas les hayamos aplicado el término de *Programa de Prevención en Salud Mental Fundamental y Básico*: la formación en salud mental del personal de atención primaria. Se trata de un fundamento insoslayable para

que los programas preventivos de la salud mental en la edad pediátrica puedan ponerse en marcha y alcanzar al menos el tipo de resultados que muestra la Tabla XI, que deseaba incluir como re-

sumen para estimular la formación y la dedicación en este campo, crucial para la práctica de la pediatría y la atención a la salud mental en los decenios venideros.

Tabla X. El programa priorizado de formación continuada en salud mental para la Atención Primaria de salud de la Generalitat de Catalunya (1997)

PEDIATRÍA De APS	MEDICINA FAMILIA Y C.	ENFERMERÍA	TRABAJO SOCIAL
1. Curso de entrevista clínica			
2. Curso básico de formación en Salud Mental para APS.			
3. Introducción a la atención a la FAMILIA desde la A.P.S.	3. Introducción a la atención a la FAMILIA desde la A.P.S.	3. Aspectos psicológicos de los CUIDADOS de ENFERMERÍA	3. La intervención del T.S. con grupos específicos de pacientes
4. PROGRAMAS PREVENTIVOS para pediatría de A.P.S.	4. Abordaje del DUELO Y LAS PÉRDIDAS	4. La intervención psicosocial de la enfermera (nivel II)	4. Técnicas grupales para T.S. de A.P.S.
5. Grupos de Reflexión (tipo BALINT) ó Seminarios de Antropología básica	5. Detección y tratamiento precoz de la DEPRESIÓN ó Grupos de Reflexión (tipo BALINT)	5. Grupos de Reflexión (tipo BALINT)	5. Grupos de Reflexión (tipo BALINT)

(Derivada de Consell Assesor en Salut Mental de Catalunya, 1996)

Tabla XI. Resultados de los programas preventivos prenatales y en la primera infancia cuando están bien diseñados

	A CORTO PLAZO	A LARGO PLAZO
EN LOS NIÑOS	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoras en la salud física • Mejoras en la nutrición • Disminuyen los “niños de bajo peso” • Menos accidentes y urgencias • Se reduce la incidencia de los abusos sobre los niños 	<ul style="list-style-type: none"> • Menos agresivos • Mayor capacidad de concentración, menor distraibilidad • Disminuyen las evoluciones hacia la delincuencia • Mejores actitudes con respecto al colegio • Mejor funcionamiento social • Tasas de actitudes prosociales mayores
EN LOS PADRES	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora la red social de contención y soporte • Mayor confianza y seguridad • Mejoran las funciones y capacidades parentales • Mejoran las interacciones padres-niños • Relaciones maritales más estables • Menos casos de abuso de los niños • Se alarga el intervalo entre embarazos • Uso más apropiado de los servicios comunitarios profesionalizados 	<ul style="list-style-type: none"> • Las madres realizan o prolongan sus estudios más frecuentemente • Aumenta el número de madres que completan la escolarización • Tasas de desempleo en la familia menores

Bibliografía

1. Peters RV, McMahon RJ. (eds.). *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency*. Londres: SAGE, 1996.
2. Garralda ME. *Managing children with psychiatric problems*. Londres: BMJ, 1993.
3. Hughes T, Garralda ME. *Trastornos mentales en la infancia y la adolescencia*. En: JL Vázquez-Barquero (ed.). Madrid: Aula Médica 1998.
4. Rutter M. *De los hallazgos en la investigación a la práctica clínica*. Córdoba: Fundación Castilla del Pino 1997.
5. Offord DR. *The State of Prevention and Early Intervention*. En: RV Peters y RJ McMahon (eds.): *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency*. Londres: SAGE, 1996.
6. Tremblay RE. *Comprendre et favoriser le développement des enfants (pour changer le monde)*. Société Royale du Canada Butll of Presentations 1997; 50: 117-130.
7. Tremblay RE. *When Children's Social Development Fails*. En: DP Keating and C. Hertzman (eds.): *Developmental Health and the Wealth of Nations: Social, Biological and Educational Dynamics*. New York: Guilford Press 1999.
8. Tremblay RE, Boivin M, Zoccolillo M, Montplaisir J. *The search for the age of "onset" of physical aggression: Rousseau and Bandura revisited*. *Criminal Beh Mental Health* 1999; 8-23.
9. Tremblay RE, Lemarquand H, Vitaro F. *The Prevention of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder*. En: HC Quay y AE: *Hogan Handbook of disruptive behavior disorders*. New York: Kluwer Academic and Plenum Pub. 1999.
10. Meissels SJ y Shonkoff JP (comps). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Press Sybdic of the University of Cambridge, 1990.
11. Newton J. *Preventing mental illness in practice*. London: Tavistock and Routledge 1992.
12. Cox AD. *Preventive aspects of child psychiatry*. En: Garralda ME. *Managing children with psychiatric problems*. Londres: BMJ, 1993: 179-207. (También en *Arch Dis Child* 1993, 68,5: 691-701.
13. Miller L, Rustin M, Rustin M y Shuttleworth R. *Closely Observed Infants*. Londres: Gerald Duckworth & Co. 1989.
14. Sandri R. (dir). *L'observation du nourrisson selon Esther Bick*. Lyon: Césura, 1994.
15. *Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la SEMFyC*. Curso a distancia de Prevención en Atención Primaria (pp 1-18). Barcelona: Renart 1996.

16. 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.
17. European Commission & Mental Health Europe: *Mental Health Peromotion for Children up to 6 years: Directory of Projects in the European Union*. Brussels: Mental Health Europe 2000.
18. Consell Assesor en Salut Mental de la Generalitat de Catalunya. Tizón JL (coord). *Inform Final i Recomenacions del Grup de Treball sobre "Col.laboració i Suport amb l'Atenció Primària"*. Barcelona: Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya, 1995 (5 tomos).
19. Royal College of General Practitioners. *Prevention of Psychiatric Disorders in General Practice*. Londres: Royal College G.P., 1981.
20. Brogren PO. *Promotion of Mental Health*. Helsinki: Nordiska hälsovårdshögskolan Socialdepartament 1985.
21. Lamb HR. *Psiquiatria pública y prevención*. En Talbott JA, Hales RE, Yudofsky SC (dir). *Tratado de Psiquiatria*. (2a ed). Barcelona: Ancora, 1996.
22. 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.
23. Tizón JL, Ciurana R, Buitrago F, Camón R, Chocron R, Fernández C, Montón C. *Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud*. Atención Primaria. 1997; 20,2: 122-151.
24. Tizón JL (dir). *Atención Primaria a la Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria*. Barcelona: Mosby-Doyma, 1992.
25. Heinicke CM. *Towards Generic principles of treating Parents and Children: Integrating Psychotherapy with the School-Aged Child and early, Family Intervention*. J Consulting Clinical Psych 1990; 58, 6: 713-7191.
26. OMS. *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*. Ginebra:OMS, 1992.
27. Royal College of General Practitioners, Royal College of Psychiatrists. *Shared care of patients with mental health problems*. Londres:Royal College G.P., 1993.
28. Ciurana R, Martín-Zurro A. *Introducción a la medicina preventiva clíni-*

ca. En PAPPS-SEMFyC Curso a distancia de Prevención en Atención Primaria (pp 1-18). Barcelona: Renart 1996.

29. Tizón JL. *Nueve tesis sobre la organización de unos dispositivos comunitarios de la Salud Mental*. Revista Mensual/Monthly Review 1981; 4 (6-7): 39-55.

30. Tizón JL. *La Observación Terapéutica del Niño junto con su Madre en la clínica infantil*. Clínica y Análisis Grupal 1991; 13, 3: 417-443.

31. Tizón JL. (dir). *Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria*. Barcelona: Doyma 1992.

32. Tizón JL. *Los nuevos modelos asistenciales en Medicina: Una visión a partir de algunos de sus fundamentos psicológicos y epistemológicos*. Revisión en Salud Pública 1995; 4: 57-83.

33. Tizón JL. *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona: Biblária, 1995 (4a ed.).

34. Tizón JL. *Componentes psicológicos de la práctica médica: Una perspectiva desde la Atención Primaria*. Barcelona: Biblária, 1996 (5a ed.).

35. Tizón JL, San José J, Nadal D. *Protocolos y Programas elementales para la atención primaria a la salud mental*. Barcelona: Herder 1997.

36. Tizón JL. *El pediatra, la salud mental y los equipos de salud mental*.

En: J. Sasot y F.A. Moraga (eds.). *Psicopediatría en atención primaria*. Barcelona: Prous Science, 1999 (pp. 83-101).

37. Tizón JL. *Posibilidades, medios y sistemas de relación entre los Equipos de Salud Mental y los Equipos de Atención Primaria*. En: Otero JF, et al. *Transtornos Psiquiátricos y Atención Primaria*. Madrid: DOYMA, 1996 (pp. 31-52).

38. Tizón JL. *La atención primaria a la salud mental (APSM): Una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante*. Atención Primaria 2000. 26, 2: 111-119.

39. Tizón JL. *Padres e hijos en el primer año: fundamentos y repercusiones de la vinculación*. En: Club de Pediatría Psicosocial: El Primer Año de vida del niño, Libro de Ponencias y Comunicaciones del IV Symposium Interdisciplinario de Pediatría Psicosocial. Barcelona: Club de Pediatría Psicosocial 2000 (pp 21-37).

40. Tizón JL. *Prevención de los problemas de salud mental del embarazo en la adolescencia*. En: SEMFyC (Ed.) Curso a distancia de Prevención en Atención Primaria. Barcelona: SEMFyC y PAPPS 1999 (pp 69-87).

41. Tizón JL: *Com pot evolucionar la pediatria? Una perspectiva des de la psicopatología del desenvolupament*. Pedatría Catalana 2000, 60: 511-530.

42. Tizón JL. *Atendiendo al sufri-*

miento de los padres: *Cuidando el futuro*. En: Sasot J, Moraga FA (eds). *Avances en Psicopediatría: Padres, salud, sociedad*. Barcelona: Prous Science 2001. (pp. 145-167).

43. Tizón JL. *Nuevos elementos a considerar para la atención primaria a la salud mental de la infancia*. En: Club de Pediatría Social (ed). *Los dos primeros años de vida*. Barcelona: Club de Pediatría Social 2001 (pp. 85-124).

44. 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.

45. Goldberg DP, Huxley P. *Common Mental Disorders*. London: Routledge 1992.

46. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. *The Pediatrician and the "New Morbidity"*. *Pediatrics* 1993; 92 (5) 731-733.

47. Beitchman JH, Inglis A, Schachter D. *Child Psychiatry and Early Intervention: I. The Aggregate Burden of Suffering*. *Can J Psychiatry* 1992; 37: 230-233.

48. OMS. *Salud mental y desarrollo psicosocial del niño*. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS 1977.

49. Sebría F. *Pautas de salud mental promocionables en l'entrevista*. En: Programa de Salud Mental de Catalunya y Ti-

zón JL (Coord.) et al. *Treballs, conclusions i recomenacions del Grup de Treball sobre Suport a l'Atenció Primària de Salut*. Generalitat de Catalunya-Programa de Salut Mental, 1995 (5 vols. polic.).

50. Meltzer D, Harris H, Hayward B. *El paper educatiu de la família*. Barcelona: Espaxs, 1989.

51. Pedreira JL. *La vulnerabilidad en la primera infancia*. *An Psiquiatría (Madrid)* 1997; 13 (7) 299-310.

52. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat. *Programa de Seguiment del Nen Sá*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat 1994.

53. Balint M. *El Médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros Básicos 1968.

54. Tizón JL. *Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Ariel 1988.

55. Tizón JL. *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona: Biblária, 1995 (4a ed)

56. Brazelton TB. *Touchpoints: Emotional and Behavioral Development*. Paris: Stock, 1992.

57. Brazelton TB. *Su Hijo: la referencia esencial*. Reading (Mass.): Addison-Wesley Pub. Co. 1994.

58. Brazelton TB y Cramer BG. *La relación más temprana*. Barcelona: Paidós 1993.

59. Emde RN. *Individuality, context and the search for meaning*. Child Dev 1994; 65 (3): 719-737.
60. National Center for Clinical Infant Programs: *Clasificación diagnóstica 0-3*. Buenos Aires: Paidós 1998.
61. Green M (ed.). *Bright Futures: guidelines for health supervision of infants, children and adolescents*. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Children Health 1994.
62. Delgado M, de Muga ME, Torregrosa MJ, Garrell J, Tizón JL. *Observació assistencial á la Primera Infància: l'Unitat Funcional d'Atenció a la Salut Mental a la Primera Infància (UFAP)*. En: I.C.S. (ed.) *L'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut: Lligant CAPS*. Esplugues de Llobregat (Barcelona): Departament de Sanitat de la Generalitat- Servei Català de la Salut, Regió Sanitària de Costa de Ponent, 1998 (pp.34-36).
63. Torregrosa MJ, de Muga L, Tizón JL. *Técnicas de Intervención en Situaciones de Riesgo de Patología Mental en la Primera Infancia*. En: Club de Pediatría Psicosocial: El Primer Año de vida del niño, Libro de Ponencia sy Comunicaciones del IV Symposium Interdisciplinario de Pediatría Psicosocial. Barcelona: Club de Pediatría Psicosocial 2000.
64. Mazet P, Stoleru S. *Psicopatología de la primera infancia*. Barcelona, Masson, 1990.
65. Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L, Fernández C, García J, Montón C, Redondo MJ, Tizón JL. *Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud*. Atención Primaria 1999; 24 (1): 133-192.
66. Tizón JL. *Determinación y determinismo en psicopatología: I. ¿Un problema filosófico? II. Una reflexión acerca de los diversos tipos de factores de riesgo*. Archivos de Neurobiología 1999; 62 (4): 277- 289 y 2000, 63 (1): 21-42.
67. Alanen YO. *Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment*. London: Karnack Books 1997.
68. Alanen YO. *Vulnerability to Schizophrenia and Psychotherapeutic Treatment of Schizophrenic Patients: Towards and Integrated View*. Psychiatry 1997; 60: 142-157.
69. Jablenski A. *Schizophrenia: epidemiology*. Curr Op Psychiatry 1999;12: 19-28.
70. Olin SC, Mednick SA. *Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly*. Schizophr Bull, 1996; 22 (2): 223-240.
71. Olin SC, Mednick SA, Cannon T, Jacobsen B, Parnas J, Schulsinger F, Schulsinger H. *School teacher ratings predictive of psychiatric outcome 25 ye-*

ars later. Br J Psychiatry Suppl 1998; 172 (33): 7-13.

72. Maziade M, Gingras N, Rodrigue C, Cardinal A, Gauthier B, Tremblay G, Côte S, Fournier C, Boutin P, Hamel M, Rioy MA, Martínez M, Mérette C. *Long-term stability of diagnosis and symptom dimensions in a systematic sample of patients with onset of schizophrenia in childhood and early adolescence. I: nosology, sex and age of onset*. Br J Psychiatry 1996; 169 (3): 361-370.

73. Tizón JL. *Notas sobre investigación y formación en la atención a la sa-*

lud mental en la infancia. Clínica y Análisis Grupal 1996; 72 (18): 255-269.

74. Tizón JL. *Reflexiones sobre la formación para la atención a la salud mental infanto-juvenil*. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1996; 16 (57): 129-146.

Consell Assesor en Salut Mental de la Generalitat de Catalunya. Tizón JL. (co-ord). *Inform Final i Recomenacions del Grup de Treball sobre Formació en Salut Mental per a la Atenció Primària de Salut*. Barcelona: Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya, 1996.

