
Promoción del Desarrollo Psicosocial del Niño en los Países del Sur de Europa

J. Tsiantis

Grecia

En esta comunicación me referiré a ciertos principios básicos y definiciones que abarcan los conceptos de Promoción de la Salud Psicosocial y Prevención. También trataré de la etiología múltiple de los trastornos mentales y de algunas consideraciones y resultados que se derivan de la realización de intervenciones preventivas dirigidas a la promoción del desarrollo psicosocial del niño.

Describiré, brevemente, el innovador esfuerzo que algunos de los países del sur de Europa están haciendo para desarrollar un programa de distribución de servicios para promover el desarrollo psicosocial del niño a través de los servicios de salud de asistencia primaria.

El problema de promover la salud psicosocial de los niños es de la máxima importancia. Sin embargo, el término «promoción de la salud psicosocial de los niños» significa diferentes cosas para diferente gente. Para algunos significa el tratamiento de la enfermedad men-

tal, para otros podría significar la prevención de los trastornos mentales, mientras que para un tercer grupo significa el incrementar la habilidad individual para superar la frustración, el estrés y los problemas. También podría significar el incremento de la capacidad para adaptarse y tener iniciativa ante la adversidad.

Nosotros sabemos que aunque el concepto «promoción de la salud psicosocial en los niños» difiere del de prevención, los dos conceptos están estrechamente relacionados, particularmente en vistas a la prevención primaria y secundaria. Además, se ha argumentado que en el campo de la salud mental es prácticamente imposible y científicamente superficial trazar una línea divisoria entre la promoción de la salud mental y la prevención primaria, por una parte, y entre la prevención secundaria y el tratamiento por otra, particularmente cuando los cambios deseados conciernen al estilo de vida y a los modelos de comportamiento cultural.

Al discutir la promoción de la salud psicosocial y la prevención, es de importancia fundamental definir el nivel de acción del que hablamos. Los niveles tenidos en cuenta son los de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Profesor Asociado
Departamento de Psicología Pediátrica
Hospital Infantil Reina Sofía
Atenas, Grecia
Traducción: J.E. de la Fuente Molina

También se debe remarcar que, tanto la promoción de la salud mental como la prevención primaria en salud mental no son más que una ilusión en todo el mundo, por las siguientes razones:

- Ausencia de reconocimiento público y aceptación

- Escasa cooperación con las instituciones, grupos o personas que participan en el proceso.

- La variedad etiológica de los trastornos mentales y la cantidad de variables y prioridades que hay que tener en cuenta cuando consideramos los modelos de problemas de salud. En Europa, por ejemplo, se sugieren las siguientes prioridades en la promoción de la salud: Estilos de vida muy relacionados con los programas de preparación para la paternidad; Habilidades «extremas» (situaciones estresantes); Calidad de vida de los afectados por minusvalías (comunidad); Características eco-sociales de los ambientes donde se vive (planificación de la ciudad). Cualquier intento de desarrollar programas de prevención y de promoción para la salud psicosocial de los niños, presupone un conocimiento de los factores que contribuyen a las etiología de los trastornos mentales. Por otro lado, también es importante ser conscientes de los factores que contribuyen al normal desarrollo psicosocial.

ETIOLOGÍA MÚLTIPLE DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Sabemos que un amplio rango de factores contribuyen a la etiología de los trastornos en la niñez, y un creciente campo de investigación en las dos últimas décadas se ha centrado en poner en claro los determinantes de la psicopatología infantil. Estos factores son:

1. **Las características del niño** que están asociadas con una incidencia más marcada de la psicopatología, son las características temperamentales del niño (Earls y Jung, 1987) y el sexo del niño, siendo los niños más vulnerables que las niñas (Earls y Jung, Richman y otros, 1982).

También se ha encontrado que un nivel

intelectual elevado puede ejercer una influencia protectora en relación a la incidencia de psicopatología, pero no parece que estos resultados puedan ser aplicados a casos específicos (Worland y otros, 1984).

Además, investigación relativamente reciente ha mostrado que hay un efecto interactivo entre las características innatas del niño y aquellas propias del ambiente próximo (padres, etc), que pueden conducir a comportamientos adaptativos ó desadaptativos (Washington y otros, 1986).

Por supuesto, no podemos estar seguros de si tales características son conductas aprendidas que esconden rasgos genéticos o si son el resultado de la interacción entre la constitución genética del niño y los factores ambientales (McMahon 1987).

2. **Factores parentales y familiares.** Esta categoría contiene factores que dependen del amor, cuidados, afecto y respuesta satisfactoria a las necesidades emocionales, intelectuales y sociales del niño, manifestadas por los padres, y la familia. Toda la extensa literatura sobre la psicogénesis del trastorno mental, el rol de la madre y la pérdida del padre, y la significación de las relaciones insatisfactorias entre la pareja ó trastornos relacionales en la familia, investiga esta cuestión, además de la contribución que estos factores hacen a la etiología de los trastornos mentales infantiles. La bibliografía remarca la importancia psicosocial de los padres, y de factores más específicos tales como la buena calidad de las relaciones entre la madre y el niño, que intensifica el desarrollo de la relación (Bowlby). El énfasis en una relación activa tan necesaria para el desarrollo del niño, así como para el bienestar y satisfacción de los padres, significó las bases de la teoría del afecto de Bowlby (1969, 1973). Evidencias en la investigación han sugerido que las relaciones seguras tempranas proporcionan una experiencia a través de la cual los individuos interiorizan o representan las relaciones (Sroufe y Fleeson, 1988).

Por ejemplo, el Proyecto de Desarrollo Infantil de Minnesota ha mostrado que los niños con apegos inseguros estaban significativa-

mente más propensos a tomar actitudes menos positivas frente a sus pares de edad en las relaciones de grupo, así como a mostrar porcentajes superiores de dificultades emocionales y sociales (Sroufe y Fleeson, 1988).

3. Factores ambientales y sociales. Factores sociales tales como la influencia de la escuela, el grupo de niños de la misma edad del barrio, los medios de comunicación de masas, etc., también juegan un papel en el desarrollo normal o anormal de la personalidad del niño. Algunos de estos factores pueden ejercer una influencia protectora.

Un estudio longitudinal que implicaba un muestreo de la comunidad de niños de Atenas investigó el efecto de posibles factores preventivos en niños ($n = 215$) que habían tenido uno o más acontecimientos vitales significativos en su familia durante el año anterior. Se encontró que aquéllos que habían mostrado más baja puntuación en el cuestionario de Ackenbach ($n = 95$ niños, $n = 91$ niñas) —niños que no mostraron indicios de trastornos emocionales— difirieron de aquéllos que tenían trastornos emocionales ($n = 13$ niños, $n = 16$ niñas), en que los primeros tenían altas puntuaciones en la escala de habilidades sociales y de actividad escolar del cuestionario. Este hallazgo, común en ambos sexos, de que los niños que tienen baja puntuación en la escala Ackenbach, a pesar de la existencia de acontecimientos vitales familiares, son aquéllos que obtienen mayor puntuación en competencia y actividades sociales, es considerado indicativo de la hipótesis de un efecto preventivo (protector) de los pares de edad del grupo. También es conocida la importancia del efecto protector del entramado social y la relación entre el apoyo social y la competencia de los individuos, para hacer frente a los factores estresantes (Soukou y otros, 1989).

Hay también evidencia específica de que el comportamiento infantil está influenciado por la atmósfera de la escuela a la que asisten (Rutter y otros, 1979). Este hecho parece exigir otros factores de ambiente social; es discutido el hecho de que la conducta, tanto del niño como del adolescente, depende de las

características del grupo de amigos del cual forma parte y de las expectativas del rol social que deben adoptar de acuerdo a las circunstancias en las que se hallen. También se sabe que los medios de comunicación de masas y la televisión pueden tener un efecto (positivo o negativo) sobre la conducta del niño y el adolescente (Philips D. y otros, 1989; Hafner y Schmidtke, 1989), así como la subcultura a la que pertenecen y la comunidad en general. Estos efectos pueden incluir: pobre relación en el entramado social, incapacidad de comunicarse con los diferentes sistemas de apoyo en la comunidad, incorrecto funcionamiento de las instituciones sociales e incoherencia entre los valores adoptados por el sistema económico y los valores de la vida familiar o comunitaria (Moncrief y Cochran 1988).

4. Estrés - Acontecimientos Vitales y Trastorno Psiquiátrico. Se ha escrito mucho sobre el estrés y su papel como causante de psicopatología. Los niños reaccionan al estrés de muy variadas maneras, tomando la forma de reacciones psicopatológicas leves, transitorias o agudas, en el núcleo de las cuales yacen intensas experiencias de ansiedad.

Entre las preguntas relacionadas con el estrés y su relación etiológica con la psicopatología, están las siguientes: ¿afecta la experiencia de un estrés en edad temprana al ajuste años más tarde? y, en segundo lugar, ¿el padecer ciertas experiencias negativas durante los primeros años de la vida, tiende a incrementar la inmunidad en años posteriores?. Esta última cuestión normalmente implica el denominado efecto «inoculatorio» o «fortalecedor».

Algunos autores, sin embargo, entienden las reacciones infantiles al estrés como aquellas descritas en el caso Chowchilla sobre el rapto de un grupo de niños, como punto de partida para discutir que la experiencia de una abrumadora ansiedad no facilita el endurecimiento, pero de hecho crea un serio problema al normal desarrollo de la personalidad (Terr 1979). Garnezy (1982), por otro lado, adopta una aproximación más optimista y señala que algunos niños son más resistentes que otros; este endurecimiento depende de: factores biológi-

cos innatos y de un desarrollo, en los primeros años de vida, satisfactorio en un buen ambiente con apoyo familiar y parental y otras relaciones en que apoyarse.

Incluso hoy en día, existe controversia sobre como un factor estresante provoca los resultados que causa, y como se deberían cuantificar los efectos del mismo. Además, es difícil separar los efectos del estres en el propio niño de los causados en los tutores del niño; se ha encontrado que madres con muchas experiencias en acontecimientos vitales, relatan, con mucha mayor frecuencia, problemas en el desarrollo de sus hijos. Esta relación es independiente del juicio de otros factores demográficos o sociales en la familia. Una posible explicación es que puede haber una relación etiológica entre la alta puntuación obtenida en acontecimientos vitales y una mayor incidencia de los problemas relatados. Por otro lado, también puede ser debido al hecho de que estas madres son menos resistentes y reaccionan con mayor sensibilidad, dando parte de más problemas de los que en realidad habían (Beautrais y otros, 1982).

Evidencias de la investigación han mostrado que los acontecimientos vitales de los padres, pueden ser más capaces de explicar el desacuerdo en el «ajuste» del niño que el «estatus» marital o que los acontecimientos vitales del niño (Hodges y otros, 1984). Un estudio de niños, entre seis y doce años, de una clínica militar psiquiátrica, mostró que la psicopatología parental y el estres en general provocaron los mayores efectos en todos los niveles de síntomas de los niños (Jensen y otros, 1989). Los hallazgos de éste y otros estudios muestran, aparte de nada más, la importancia de acciones preventivas dirigidas a los padres con problemas psicosociales.

En resumen, los factores que deben ser tenidos en cuenta en la etiología del trastorno mental, o los factores que contribuyen al correcto desarrollo psicosocial de la conducta normal en los niños, y que se deben tener en cuenta a la hora de llevar a cabo una intervención preventiva son los siguientes:

- Factores de predisposición individual (hereditarios, físicos, ambiente familiar, educación, etc.).

- Factores de predisposición ambiental (atmósfera escolar, cultura del grupo de pares de edad, factores comunitarios, etc.).

- Condiciones actuales de vida (estres y crisis, factores protectores, red de sistema de apoyo, etc.).

- Factores circunstanciales (acceso a drogas, alcohol, etc.).

CONSIDERACIONES Y CLAVES DE LA INVESTIGACIÓN EN LA IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA

1. Causalidad multifactorial: nivel múltiple de actuación

Como ya se ha apuntado, hay una compleja interacción entre los diferentes factores etiológicos, y que el individuo sea considerado mentalmente sano o no, depende de esta interacción. Hemos visto que hay una etiología múltiple en la mayoría de los trastornos mentales de la niñez, lo que significa que es muy difícil indicar cualquier relación causa-efecto entre factores específicos etiológicos y el trastorno en que se encuentran. Consecuentemente, una intervención preventiva que se proponga reducir el comportamiento disfuncional, debe hacer uso de modelos de intervención a diferentes niveles (Tsiantis, 1989). Nuestra intervención debe estar enfocada a reducir los efectos del estres ambiental en, por ejemplo, el nivel escolar y familiar, o a reforzar la habilidad del niño para enfrentarse al estres y los conflictos mentales que origina; por ejemplo, en el caso de un niño con dificultades en el aprendizaje causado por factores psicológicos y por el mal funcionamiento de la escuela, nuestra intervención preventiva incluiría consejos a los padres, psicoterapia al niño y una entrevista con el colegio. Por supuesto, debemos ordenar nuestras intervenciones por prioridades y decidir que tipo de actuación tendrá los mejores resultados posibles al coste (psicológico y económico) menor, y que tipo de

intervención puede ser llevada a cabo de modo realista.

2. Actuación preventiva

Sabemos que a la hora de planificar nuestra actuación preventiva nos estamos dirigiendo a grupos de alto riesgo. Los individuos que se consideran que pertenecen a estos grupos, no lo son solamente por sus características individuales, sino también porque en sus vidas cotidianas deben tener que enfrentarse a circunstancias desagradables y a estres que pone en peligro su adaptación y correcto funcionamiento mental. Consecuentemente, nuestra actuación preventiva puede ser dirigida a situaciones de riesgo tanto en el entorno individual como a grupos de riesgo. En el primer caso, todas las tentativas son hechas para modificar el ambiente, mientras que en el segundo el cambio es en el individuo mismo, con el ánimo de reforzar los mecanismos de defensa ante el estres o la negativa influencia del ambiente. Como consecuencia, en ambos casos debemos reconocer y definir los factores negativos y ponderar su severidad en cada caso aparte. Planificar, llevar a cabo y valorar la efectividad de la intervención preventiva deseada para modificar los diferentes factores de riesgo, tiene lugar en un segundo nivel. Sería también importante y debería investigarse y valorarse, la efectividad de varias combinaciones de actuaciones preventivas.

3. El proceso de etiquetaje

Uno de los prerequisites para llevar a cabo una actuación preventiva es el conocimiento del alcance y tipo del problema, y un reconocimiento a tiempo del mismo, por medios de investigación epidemiológica u otros medios. Sin embargo, tal acción crea dilemas éticos o puede acarrear efectos más generales en todo el entramado ambiental de los individuos afectados. Un problema común, es el denominado «proceso de etiquetaje», que crea dilemas éticos y aumenta las cuestiones concernientes a los derechos humanos y al alcance permitido de la interferencia en las vidas privadas de los individuos. Esta cuestión conecta con el grado de responsabilidad que la sociedad permite tener a las personas sobre sus

propios problemas, o a lo lejos que los sociólogos o los profesionales de la salud mental pueden llegar cuando se introducen en las vidas privadas de las familias, si no han sido requeridos para ello.

4. Quién usa los servicios

Otra cuestión es la concerniente a la identidad de aquéllos que usan los servicios de salud mental. Sabemos que las poblaciones que hacen uso de ellos son frecuentemente las mejores educadas –más cultas– (Wrathe y otros, 1985) y aquéllas que tienen menos necesidad de los mismos. En la práctica, los grupos de alto riesgo no contactan con los servicios, porque no conocen su existencia, por recibir suficiente apoyo de la comunidad en que viven (McKinlay, 1972, 1973) o porque niegan la existencia del problema –como un mecanismo de defensa– para evitar el rechazo social o el sufrimiento personal a nivel mental.

Un factor muy importante que determina el alcance del uso de los servicios de salud mental por aquéllos que realmente los necesitan, depende del modo en que el ambiente natural y social del individuo interactúa con el ambiente de los servicios de salud mental; en otras palabras, de la relación entre los dos ambientes. La investigación ha mostrado amplias evidencias que demuestran que el uso de los servicios de salud mental por aquéllos que los necesitan, depende de los rasgos del entramado social de dicho individuo, esto es, de la magnitud, composición, densidad y funciones de la trama social en las siguientes áreas:

- Acceso a, y flujo de información (el entramado social como un sistema de comunicación)

- Capacidad: para la formación y expresión de la reticencia a adaptarse a los modelos existentes (el entramado social como un sistema referencial), para actuar como amortiguador (la red social como sistema de apoyo) y para ayudar a resolver los problemas del mundo a la vez que se le apoya (el entramado social como un sistema de soporte y apoyo, Gottlieb y Hall, 1980).

Consecuentemente, podría parecer que la investigación sobre las maneras de que el en-

tramado social funciona, proporciona una considerable panorámica para entender y mejorar la relación y cooperación entre los servicios primarios comunitarios de atención y los sistemas especializados de salud mental.

Todo lo dicho anteriormente indica la gran importancia del apoyo social y del papel protector que puede jugar para los individuos con trastornos mentales. Se ha propuesto que la acción preventiva debería ser aplicada al ambiente natural y social de los individuos, junto con el uso del debido trabajo de asesoramiento individual y la consulta institucional o mediante la promoción de la salud mental. Sin ninguna duda, deberíamos también tomar en consideración que durante la puesta en marcha de las intervenciones preventivas de este tipo — como, de hecho, de cualquier intervención— deberíamos tratar de explorar los mecanismos por los cuales podamos explicar la efectividad de nuestra intervención. En otras palabras, deberíamos tratar de entender lo que está ocurriendo.

Sabemos, por ejemplo, que el grupo de pares de edad puede funcionar como un factor protector a la hora de reducir o eliminar el comportamiento disfuncional del adolescente. Sin embargo, no conocemos exactamente lo que ocurre en estos casos, o precisamente que es lo que le es transmitido al adolescente por el grupo. Se requiere más investigación en estos campos.

Al llevar a cabo los programas de intervención preventiva en el campo de la salud mental infantil, es razonable seguir los siguientes pasos: empezar con una relación de las necesidades existentes y los problemas, en cada parte del país en cuestión; a continuación se deben ordenar estas necesidades y problemas según su prioridad, con el apropiado planteamiento de los servicios y programas de salud mental. Es esencial contar con los necesarios recursos financieros y, por supuesto, con los recursos humanos apropiados. Entre otros factores a tener en cuenta se encuentra la actual legislación aplicable a la salud mental, que requiere rectificaciones.

ATENCIÓN PRIMARIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

De unos años para acá, se ha puesto mucha atención en el desarrollo de programas para la promoción de la salud y prevención en la salud mental y desarrollo psicosocial infantil, a través de los servicios de asistencia primaria. La OMS ha dado un énfasis particular al desarrollo de tales programas.

La investigación ha demostrado que un porcentaje significativo de niños que acuden a los servicios de salud de asistencia primaria, sufren trastornos mentales. Más específicamente, se encontró en cuatro países en vías de desarrollo que, entre el 10% y el 29% de sus niños sufrían algún trastorno emocional. Esta investigación mostró que la incidencia del trastorno emocional es comparativamente alta; mientras que los adultos acompañantes (las madres) identificaron fácilmente y dieron cuenta de problemas psicológicos y conductuales comunes, la plantilla de los centros de asistencia primaria identificó únicamente entre el 10% y el 22% de los casos en que habían trastornos emocionales.

También se ha dirigido la atención a la importancia de la formación apropiada y sensibilización de la plantilla de los centros de asistencia primaria, respecto al rápido reconocimiento, actuación preventiva y promoción de la salud, tanto física como mental (Cullen 1978; Giel 1981; Graham P. 1985; Richman 1983; Stevenson y otros 1988; Jellinck 1989).

La OMS ha puesto un particular interés en los modelos actuales de formación de los trabajadores de los centros de asistencia primaria, en la región europea, que se dedican al desarrollo de la salud mental y psicosocial infantil. Se encontró que la formación, en estas ramas de la salud, de los médicos de cabecera, pediatras y enfermeras de la comunidad era deficiente, incluso en países con buenos servicios.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: CONTENIDOS GENERALES

Los contenidos generales de dichos programas de promoción de la salud son :

– Descubrir los factores de riesgo relacionados con la salud mental de la población, y desarrollar programas de educación y apoyo para la reducción de esos factores.

– Propagación de consejos para la salud y para las condiciones de cambios en el estilo de vida, así como evitar la influencia ambiental que dañe a la salud.

– El desarrollo de habilidades (destreza personal) para hacer frente a los sucesos que nos hacen temer por nuestra salud, incluyendo el estrés diario.

– El desarrollo de un sistema efectivo para la evaluación de la promoción de la salud mental y de la prevención primaria en salud mental, a través de organizaciones comunitarias y niveles de grupo.

La División de la Salud Mental de la OMS, Copenhague, decidió recientemente llevar a cabo un programa dirigido a reforzar e intensificar el normal desarrollo psicosocial de los niños menores de cinco años, a través de los centros de atención primaria. Esta acción está dirigida a los países del Sur de Europa, y hasta ahora, Bulgaria, Yugoslavia, Grecia, España y Portugal han tomado parte en el mismo, mientras que han sido remitidas invitaciones para participar a Turquía, Chipre y sur de Italia (OMS, 1990).

Se ha decidido que el programa será desarrollado a través de los centros de asistencia primaria, por las siguientes razones:

– Como ya se ha indicado anteriormente, una amplia proporción de los problemas de salud mental va referida, inicialmente, a los médicos de asistencia primaria o a los trabajadores de esos centros.

– La actuación preventiva puede ser conseguida con la paralela preparación y sensibilización de la plantilla de los programas de asistencia primaria.

– Investigaciones muestran evidencias de que algunos beneficios se pueden obtener a largo plazo, e incluso se han descrito casos en que la intervención fué seguida de efectos a largo plazo y no a corto término.

– Muchos estados miembros de la región europea de la OMS tienen una infraestructura

de servicios de asistencia primaria, a través de la cual la población en general tiene acceso a la asistencia maternal e infantil.

– Existen evidencias de que tales programas pueden ser beneficiosos, económicamente hablando.

Objetivos del proyecto. Desarrollar medidas preventivas (una entrevista semiestructurada) que se puedan aplicar en el trabajo de los profesionales empleados de la salud mental y en el campo de los servicios de asistencia primaria, utilizando todos la misma metodología.

Nuestra actuación está dirigida a la población normal de padres y niños que acuden a los centros de asistencia primaria, para seguir los trámites regulares en control clínico prenatal, control de peso, vacunaciones y problemas de salud física. Los objetivos de la intervención incluyen:

Embarazo: discusión de la nutrición, higiene, cuidados médicos y sentimientos de la madre sobre el niño que nacerá y el futuro rol parental; en general, discusión de los temas relevantes para preparar la maternidad.

Edad de 0 a 2 años: interacción madre-niño y padre-niño, hábitos de sueño, separación a la entrada en el jardín de infancia, desarrollo del lenguaje, etc.

Edad de 2 a 5 años: proceso de individualización, separación, reacción al estrés, papel de los padres, juegos y juguetes, relaciones maritales y salud mental de los padres.

El objetivo es que las cuestiones acabadas de exponer deberían ser lo prioritario de la intervención. Se prevee que estas cuestiones serán incorporadas, con la formación apropiada, al trabajo de los profesionales de la atención primaria, especialmente las enfermeras o pediatras que estén en contacto con los niños y sus familias.

El grupo objetivo. Los niños menores de cinco años, siguiéndoles desde el embarazo hasta dicha edad. Aunque los niños serán los objetivos en que se hará un esfuerzo para reforzar su desarrollo psicosocial, la actuación se llevará a cabo a través de sus padres. La muestra será un grupo de población cuyas

necesidades primarias de salud sean cubiertas por las identificadas estructuras de asistencia de un área específica.

La actuación será llevada a cabo por personal ya empleado como parte de la estructura sanitaria, enfermeras cualificadas o pediatras. Se tendrá cuidado de formar al personal que realizará la intervención.

También se realizará un esfuerzo para planificar un control de calidad y desarrollar el componente evaluativo del programa que se realice.

Tras el desarrollo de las medidas preventivas, un estudio piloto de las técnicas de intervención se pondrá en marcha con un número limitado de padres (y niños) en cada país, posiblemente en diferentes centros, para asegurarse de que todos los materiales son relevantes, fáciles de usar, apropiados y fidedignos. Tras el estudio piloto, el grupo se reunirá de nuevo: 1) para ultimar la entrevista semiestructurada, discutir el control de calidad y el componente evaluativo, y 2) para discutir las cuestiones referentes a la formación de la plantilla.

Siguiendo todo esto, el programa de intervención se aplicará en los respectivos países. A tener en cuenta el hecho de que los países involucrados se encuentran en diferentes niveles de desarrollo socio-económico, con diferentes culturas y posiblemente con diferentes porcentajes de desarrollo y existencia de los centros de asistencia primaria y de los centros de salud mental. Las estructuras de los sistemas de salud también varían de un país a otro.

El objetivo final de este programa será elaborar programas de actuación dentro de los sistemas regulares de asistencia a la salud propios de cada país, y en este caso la duración del período de intervención será irrelevante.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Es de gran importancia un mayor desarrollo de programas de prevención y de promoción de la salud psicosocial infantil, en todos los

países, y en los del sur de Europa. De estos programas deberían ser prioritarios los relacionados con la organización y planificación de los servicios de salud y salud mental infantil.

1. Entre los parámetros esenciales para llevar a cabo tales programas se encuentra el desarrollo de una infraestructura de centros de salud mental infantil, integrada en la comunidad (de naturaleza comprensiva y coordinada y con igualdad de calidad y standards). Esta es una condición previa esencial para la incorporación de los centros de salud mental a la red de centros primarios de salud, una política sanitaria que la OMS ha estado promocionando durante los últimos quince años (OMS 1989).

2. La puesta en funcionamiento de estos programas debe incluir la preparación de la promoción de la salud mental. El contenido de los programas de preparación debe reconocer la primacía de los padres y de la familia más cercana, como las más poderosas fuentes de promoción de la salud mental en los niños. Estos programas también deben recalcar la necesidad, para la sociedad y el estado, de apoyar a los padres en su papel. Todos los niños y sus familias tienen «fuerza», éste debería ser el objetivo de los esfuerzos de promoción de la salud.

3. Tales programas deberían ser planificados para que fueran realistas, sin causar grandes costes, y que respondieran a las necesidades de la mayoría de los niños en cualquier país.

4. El desarrollo de la prevención y de los programas de promoción de la salud mental infantil a través de los centros de asistencia primaria, requieren, *inter alia*, no sólo la conexión entre los servicios de salud mental y los de salud en general, sino también que exista una preparación apropiada de aquellos que trabajan en asistencia primaria. Los principios básicos de la preparación para una actuación en la salud mental en la comunidad, incluyen habilidades en la comunicación humana (habilidad para escuchar), un conocimiento de los problemas psicosociales y la salud mental (el ciclo vital de la familia) y actitudes que puedan esconder una conducta

terapéutica. También se incluye un conocimiento de la psicopatología básica, de la multicausalidad y de la relación mutua entre los numerosos aspectos personales, sociales y culturales y del desarrollo de redes de asistencia y estrategias de autoayuda.

Por otro lado, el cambio de énfasis en la práctica de la psiquiatría infantil en la dirección de la prevención e intervención temprana, ha traído cambios en el modo de como los componentes del equipo paidopsiquiátrico son preparados. Se ve ahora como esencial que dicha preparación debería incluir tanto aspectos teóricos como prácticos de la prevención.

5. Los siguientes puntos deberían ser tomados en consideración a la hora de llevar a cabo los programas de salud mental infantil:

5.1. La etiología multifactorial de los trastornos mentales. Estos factores incluyen predisposición individual, parámetros ecológicos, condiciones actuales de vida y elementos circunstanciales.

5.2. La actuación preventiva puede ser dirigida tanto a situaciones de riesgo como a grupos de alto riesgo. En el primer tipo, se intenta modificar el ambiente, mientras que en el segundo los cambios se hacen en el individuo, con el objeto de fortalecer los mecanismos de rechazo al estrés, o de fortalecer los mecanismos para tratar con los efectos nocivos ambientales.

5.3. Es importante que al poner en práctica la actuación preventiva, se reconozca la función protectora de las existentes infraestructuras sociales y su papel en la vida del individuo.

5.4. Al llevar a cabo las intervenciones preventivas a nivel primario, y en el caso de grupos de alto riesgo que no han pedido ayuda, es importante tener en mente los dilemas éticos y los problemas políticos que se producen, así como la consideración de lo lejos que pueden llegar los profesionales en las vidas privadas de las personas.

6. Es igualmente importante identificar las áreas de investigación relacionadas con las necesidades actuales y los problemas de cada país. Algunas de las muchas áreas de investigación que requieren exploración en los países

del sur de Europa son las siguientes:

6.1. Revisión de la efectividad de las prácticas primarias de crianza en algunas culturas específicas, y de los modelos usados, y su relevancia en las situaciones actuales de cambios y de dificultad económica. El objetivo, aquí, sería identificar aquellas costumbres que intensifican el desarrollo normal psicosocial y las que tienen un efecto negativo. Obviamente, las costumbres del primer tipo deberían reforzarse y las del segundo grupo modificarlas. Esto requerirá una considerable cantidad de esfuerzo interdisciplinario si se quieren alcanzar resultados positivos.

6.2. El desarrollo de la intervención preventiva y de las técnicas dirigidas a las primeras etapas del desarrollo del niño. Esta acción y estas técnicas deberían de utilizar recursos locales disponibles que deberían estar integrados en el currículum de formación de los trabajadores sanitarios, personal que cuida de los niños, profesores, trabajadores sociales y trabajadores de la comunidad.

6.3 Se debería prestar atención a la monitorización y evaluación de la puesta en marcha de tales programas. La evaluación debe ser comprensiva y debe cubrir todos los aspectos de los cuidados de la salud mental de la comunidad, tales como la administración, epidemiología, efectividad clínica y la satisfacción de la administración pública, de los usuarios y de los profesionales especializados.

Me gustaría acabar esta comunicación repitiendo una de las principales recomendaciones de la Conferencia de Ottawa sobre la Promoción de la Salud Mental de los Niños y Jóvenes (1987): «que el trabajo en grupo y comunitario en la promoción de la salud mental es más importante que la intervención individual».

Bibliografía

1. ADAM H., STERN E., and SEIN R. (1989). «Anticipatory Guidance: a modest intervention in the nursery». *Pediatrics* 76, 5, 781-786.
2. BOWLBY J. (1969). «Attachment and Loss». Vol I. Attachment Hogarth Press. London.
3. BOWLBY J. (1973). «Attachment and Loss». Vol II.

- Separation Anxiety and Anger. Hogarth Press, London.
4. BELL V., LYNE S., KOLVIN I. (1989). Play Group Therapy: Processes and Patterns and Delayed Effects in Needs and Prospects of Child and Adolescent Psychiatry. Ed. M. Schmidt and H. Remschmidt, Hogrefe and Huber. Publishers Stuttgart.
 5. CALDWELL B.M. (1970). The rationale for early intervention. *Exceptional Child* 36, 717.
 6. COHRAN, MONCRIEFF (1988). Addressing Youth and Family Vulnerability: Empowerment in an Ecological Context. *Canadian Journal of Public Health* 79, 510-516.
 7. CULLEN J.K. (1976). A six year controlled trial of prevention of children's behavior disorders. *Pediatrics* 86, 4: 662-666.
 8. DOGLAS J. (1975). Early hospital admissions and later disturbances of behavior and learning. *Developmental medicine and Child Neurology* 17, 456.
 9. EARLS F. and JUNG K.G. (1987). Temperament and home environment characteristics as causal factors in the early development of childhood psychopathology. *J Am Ac Child Adol Psychiatry* 26: 491-498.
 10. SAMPAIO FARIA J.G. (1989). Notes on the promotion of Mental Health within the Health promotion concept. Fourth WHO Workshop. Dresden 26-30 June 1989. ed. J. Neuman, H. Schreoder, P. Voss.
 11. GARALDA M.E. and BAILEY D. (1986). Children with psychiatric disorders in Primary care. *J. Child Psychol Psychiatry* 27, 5: 611-624.
 12. GRAHAM P. (1989). Child Psychiatry in relation to primary health care. *Soc. Psychiatry* 17: 109.
 13. GOTTLIEB B. and HALL A. (1980). Social networks and the utilisation of preventive mental health services in R. Bruce, R. Ketterer, B. Bader and J. Monahan (eds). *Prevention in Mental Health, Sage Annual Reviews of Community Mental Health* vo. 1, pp. 1670194, Beverly Hills. London, Sage.
 14. HAFNER H. and SCHMIDTKE A. (1989). Do televised Fictional Models Produce Suicides among Youth. Ed. C. Piefer. American Psychiatric Press Inc Washington D.C.
 15. JELLINEK M.S. (1989). The present status of child Psychiatry in Pediatrics. *New Engl. J. Med.* 306: 1227.
 16. MACMAHON R.J. (1987). Some current issues in the behavioral assessment of conduct disordered children and their families. *Behavior Assessment* 9: 235-252.
 17. MCKINLAY J. (1972). Some approaches and problems in the study of the use of services. An overview. *Journal of Health and Social Behavior* 13, 115-151.
 18. MCKINLAY J. (1973). Some forces, lay consultation and helping behavior. *Social Forces* 51, 275-299.
 19. RICHMAN N., STEVENSON J. and GRAHAM P.J. (1982). *Preschool to School. A Behavioral Study*, London, Academic Press.
 20. RICKEL A. and LAGNER T. (1985). Short and long term effects of Marital Disruption on children. *Am. J. Comm. Psychology* 13: 559-611.
 21. PHILLIPS D., CARSTENSEN L., PAIGHT D. (1989). Effects of Mass Media News Stories on Suicide with New Evidence on the role story content in suicide among Youth. Ed. C. Piefer. American Psychiatry Press Inc Washington D.C.
 22. SOUKOU—VALAVANI I., TSJANTIS J., CATSOUGIANNI K., (1989). Mental Health and life events. Preliminary findings from the community programme of Mental Health and prevention in WHO workshop. Dresden 26-30 June 1989. ed. J. Neuman, H. Scroeder, P. Voss.
 23. SROUFE L.A. and FLEESON J. (1988). The coherence of Family relationships in R.A. Hinde and Stevenson-Hinde (eds). *Relationships within Families* Oxford University Press Oxford.
 24. WASHINGTON J., MINDE K. and GOLBERG S. (1986). Temperament in preterms infants: Style and stability. *J. Am. Ac. Child Psychiatry* 25: 493-509.
 25. WHO (1989). *Mental Health within the Health Promotion concept*.
 26. WHO (1990). *Promotion of the psychosocial development of children through Primary Health care services. Report of a meeting in Athens 3-5 May 1990. Regional office for Europe*.
 27. WORLAND J., WEEKS D.G., JANES D.L. and STROCK B.D. (1984). Intelligence, classroom behavior, and academic achievement in children at high and low risk for psychopathology: a structural equation analysis. *J. Abnorm. Child Psychology* 12: 437-434.
 28. WRATE R.M., KOLVIN I., GARSIDE R.F., WOLSTENGOLWE F., HULBERT C.M. and LEITCH I.M. (1985). *Helping Seriously disturbed children in Longitudinal studies in child Psychology and Psychiatry*. Ed. A.R. Nicol John Willey and Sou Ltd.