Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2019; 39(135): 241-259
doi: 10.4321/S0211-57352019000100013

Prevención en la infancia: no toda intervención hoy es más salud para mañana

Prevention in childhood: not all interventions today will mean more health tomorrow

Eugenia Caretti Giangaspro[a], Oihana Guridi Garitaonandia[b], Eva Rivas Cambronero[c]

(a) Centro de Salud Mental Vallecas Villa.
(b) Centro de Salud Mental Leganés.
(c) Centro de Salud Mental Moratalaz.

Correspondencia: Eugenia Caretti Giangaspro (eucagian@gmail.com)

Recibido: 03/04/2019; aceptado: 15/05/2019

Resumen: En este trabajo se investigan los beneficios e inconvenientes de las intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud mental infanto-juvenil. Ambas cuestiones son importantes para determinar cuándo y cómo desarrollar estas actividades. Los resultados derivados de una revisión bibliográfica indican que los factores de riesgo tienen que ver con un entorno social problemático o empobrecido y con métodos de crianza inadecuados. De este modo, la parentalidad se erige como uno de los elementos más susceptibles de intervención a través de estrategias preventivas. Sin embargo, no parece que las intervenciones preventivas desde el ámbito clínico sean claramente eficaces. Existe un mayor consenso en que las estrategias útiles son las políticas de promoción de la salud que inciden sobre los entornos sociales problemáticos, modificando prácticas y normas sociales para minimizar la exposición de las familias a acontecimientos estresantes. Posteriormente, hacemos una evaluación de las intervenciones de prevención primaria en los dispositivos de salud mental a la luz de la experiencia clínica. Estas intervenciones,

ya sea de acompañamiento psicoterapéutico o de coordinación de intervenciones no clínicas sobre factores de riesgo, no siempre están indicadas y pueden ser potencialmente iatrogénicas por producir estigma, patologización, sobretratamiento y desresponsabilización. Finalmente, proponemos una guía para la toma de decisiones en intervenciones de prevención primaria teniendo en cuenta cinco ejes: la clínica, los factores de riesgo, los recursos del niño y la familia para enfrentar la adversidad, la existencia de demanda de tratamiento y los posibles perjuicios.

Palabras clave: prevención, salud mental, niños, adolescentes, iatrogenia.

Abstract: In this work, we investigate the benefits and problems of primary prevention interventions and mental health promotion in children and adolescents. Both issues are crucial to determine when and how to develop these activities. The results of a bibliographic review on the subject indicate that risk factors are linked to an impoverished, problematic environment and inappropriate nurturing methods. Whereas parenting becomes one of the elements most susceptible to preventive interventions, the latter do not appear to be effective in clinical settings. There is a growing consensus that useful strategies entail health-promoting policies that impact on problematic social environments by modifying social practices and norms to minimize families' exposure to stressful events. Further, we discuss primary prevention interventions in mental health services in the light of clinical experience. These interventions, either psychotherapeutic accompaniment or coordination of non-clinical partners that take part in risk factors control, are not always indicated. They can be potentially iatrogenic because they involve stigma, pathologization, overtreatment and disresponsabilization. Finally, we propose a guide to decision-making in preventive intervention based on five aspects: clinical manifestations, risk factors, children and family resources to deal with adversity, treatment request, and eventual harms.

Key words: prevention, child, adolescent, mental health, iatrogenic.

Introducción

Con este artículo pretendemos reflexionar sobre la afirmación asumida acríticamente de que la prevención en salud mental infantil es, en sí misma y llevada a cabo por los agentes sanitarios, algo beneficioso y a implementar.

Todos podemos estar de acuerdo de entrada con la sentencia *más vale prevenir que curar.* A priori comprendemos sin mucha necesidad de análisis que los esfuerzos preventivos que llevamos a cabo hoy pueden evitar males en el futuro. Los legisladores se hacen eco de esta demanda social y redactan leyes y normativas que pretenden organizar la actividad preventiva. Pero merece la pena pararse a pensar

qué actividades preventivas efectivamente evitan males en el futuro y a qué coste, así como en qué contextos deben ser aplicadas. Uno de los riesgos que se correrían si no pensáramos en los límites de la prevención sería, por ejemplo, que acabáramos citando pacientes sanos en consultas especializadas en salud mental infantil con la consecuencia de terminar medicando o al menos medicalizando o patologizando manifestaciones cotidianas como son la tristeza por duelo, un malestar por dinámicas familiares alteradas, una dificultad de aprendizaje o el bajo rendimiento escolar.

Uno de los objetivos prioritarios de las políticas sanitarias y sociales más recientes es la promoción y la prevención de la salud mental (1). Se encuentran referencias a las actividades preventivas en leyes y normativas en las que se hace alusión a la labor del sistema sanitario en dicha materia. Aunque sin desarrollar por el momento, la Ley 33/2011 de Salud Pública pretende que los servicios sanitarios encuadrados en el Sistema Nacional de Salud asuman un papel más relevante en la acción preventiva y en la salud comunitaria. La Ley General de Sanidad 14/ 1986, art. 20, en el punto 4, previó que "los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrieran en coordinación con los servicios sociales los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañaban a la pérdida de salud" (2).

En el contexto internacional, la OMS, ante la necesidad de una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social de los distintos países, ha dado lugar al Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Su tercer objetivo alude a "aplicar estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental". Plantea en concreto la necesidad de utilizar los datos sobre los factores de riesgo y de protección para emprender acciones preventivas orientadas a promover la salud mental en todas las etapas de la vida. Apunta especialmente a que los niños y adolescentes con trastornos mentales deben ser objeto de intervenciones tempranas científicamente contrastadas de carácter no farmacológico, ya sean psicosociales o de otra índole, dispensadas desde el ámbito comunitario, evitando ingresos y medicalización. Se pone el foco especialmente en la población de niños y adolescentes con el ánimo de que toda intervención preventiva a estas edades dará lugar a una mejor salud mental en la población adulta (3).

Este trabajo se va a centrar en analizar las diferentes intervenciones relacionadas con la promoción y la prevención primaria en la atención a la salud mental de la población infanto-juvenil, así como en reflexionar sobre el interés de llevar a cabo este tipo de acciones en los dispositivos de salud mental, deteniéndonos en sus potenciales beneficios e inconvenientes, para tratar de proponer criterios que puedan orientar las intervenciones de carácter preventivo en las consultas especializadas.

Para una explicación sobre la promoción y prevención primaria, se remite a los lectores a textos publicados sobre la materia en este mismo dossier (4,5).

Análisis de la literatura revisada

Para la elaboración de las directrices de índole preventiva, las autoridades anteriormente citadas se han basado en el conocimiento adquirido acerca del peso que ciertos factores de riesgo parecen tener en el desarrollo de los trastornos psicopatológicos en la infancia y en la adolescencia (6).

Los factores de riesgo que deberíamos poder minimizar o contrarrestar se enumeran en la Tabla 1. Entre ellos, los que se han identificado como genéricos en la salud mental de los niños son: la pertenencia a una clase social deprimida, tener padres con problemas físicos o psicológicos, los métodos de crianza inadecuados, el temperamento difícil, los acontecimientos estresantes y los entornos sociales problemáticos (7).

Tabla 1

Factores de riesgo psicopatológico (6)

FACTORES DE RIESGO PSICOPATOLÓGICO	
Concepción y embarazo	Madre adolescente. Se ignora identidad del padre o padre no reconoce al niño. Hijo no deseado y no aceptado al final del embarazo. Embarazo tras fallecimiento de un hijo o tras abortos múltiples. Embarazo de riesgo. Enfermedades graves en madre o feto. Hijo adoptado.
Factores perinatales	Prematuridad. Bajo peso al nacer. Sufrimiento fetal, hipoxia. Nacido con enfermedad o malformaciones. Hospitalizaciones frecuentes y prolongadas. Separación madre-hijo prolongada. Fallecimiento de familiares cercanos en embarazo y post-parto.
Características temperamentales	Niños "difíciles". Elevada irritabilidad. Difícil de consolar. Complicado en ritmos de alimentación, sueño. Inhibición o retraimiento. Respuestas excesivas a estímulos. Dificultad en adaptarse a los cambios del medio.
Estresores vitales	Fallecimiento de alguno de los padres o de un hermano. Separación conyugal. Nacimiento de un hermano. Maltrato o abuso.

FACTORES DE RIESGO PSICOPATOLÓGICO	
Estresores vitales	Cambio escolar. Ausencias prolongadas de los padres. Hospitalización prolongada del niño o de familiares. Problemas económicos. Cambios de residencia frecuentes. Familias con escaso apoyo social. Institucionalización prolongada.
Características de los padres	Padres muy jóvenes o muy mayores. Abandono, negligencia, rechazo, apego ansioso. Cuidadores múltiples. Vínculos patológicos. Vinculación ansiosa o rechazo. Conflictos graves y crónicos de pareja. Familias monoparentales. Enfermedades crónicas, invalidantes o graves. Padres con déficit sensoriales. Padres institucionalizados en la infancia. Falta de contacto afectivo y lúdico con los hijos. Psicopatología en los padres (trastorno mental grave o abuso de tóxicos).

Además de incidir sobre los factores de riesgo, se advierte de la importancia de valorar los factores protectores, identificados como las facultades del niño cuando se ve enfrentado a situaciones adversas y potencialmente traumáticas. Estos hallazgos se basan en investigaciones que mostraron que, a lo largo del seguimiento de la vida de los individuos desde la infancia a la edad adulta, solo una minoría de niños expuestos a situaciones estresantes y traumáticas acabaron desarrollando trastornos emocionales graves o alteraciones comportamentales persistentes (8). Es un hecho aceptado que, ante acontecimientos adversos, no todos los sujetos responden de la misma manera, sino que cada uno lo afronta en función de los recursos subjetivos de que dispone y del entorno que lo sostiene. Algunos autores se refieren a esta capacidad individual para reaccionar ante las adversidades con un concepto genérico al que denominan *resiliencia* (9).

Por tanto, el diseño de las actividades preventivas se basaría, por un lado, en minimizar los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de patología mental y, por otro, en la promoción y el refuerzo de los factores protectores.

En la literatura encontramos estudios que plantean que la intervención sobre los factores de riesgo puede prevenir la aparición de algunos trastornos mentales en la infancia y en la edad adulta, por lo que se recomienda hacer un seguimiento estrecho de aquellos niños sobre los que concurren varios factores de riesgo (6) e intervenir precozmente sobre tales situaciones. Del mismo modo, se advierte de que los factores de riesgo actuarían "de forma acumulativa y no lineal", subrayándose que

"el hecho de atender a múltiples factores que puedan ser comunes a diferentes trastornos podría ser una posible estrategia eficiente en el campo de la prevención" (1).

Por otro lado, se alude a que los factores de mayor peso predictivo de trastorno son los relacionados con dinámicas familiares disfuncionales, como puede suceder en casos de patología mental parental, en situaciones de abuso y de cuidados negligentes a los niños (10). Por tanto, teniendo en cuenta el peso específico otorgado a dichas situaciones, creemos necesario detenernos en las mismas.

En relación al valor de la presencia de disfunciones familiares, cabe destacar la importancia que cobra en la atención a la salud mental de niños y adolescentes la organización vincular en las etapas precoces de la vida, estando documentada la relación entre patrones vinculares alterados en la primera infancia y el desarrollo de psicopatología en dicha etapa etaria (11). Para establecer un adecuado vínculo resulta necesario que la parentalidad sea ejercida de un modo "suficientemente bueno" (12), lo que conlleva una actitud parental de acoger, traducir y dar un significado a las señales del niño para poder responder a sus necesidades, tanto físicas como emocionales. Se puede deducir, por tanto, que es un aspecto especialmente delicado en niños con alto riesgo orgánico o psicosocial (13). Por otro lado, las condiciones familiares, como la psicopatología de los progenitores o de las figuras de referencia, la existencia de maltrato y de abuso, influirían de forma directa en aspectos vinculares; mientras que las condiciones socioeconómicas, como la pobreza, menoscabarían indirectamente la organización vincular a través de aumento del estrés en el entorno familiar (11).

Algunos autores aluden a las dificultades en la parentalidad como uno de los factores más susceptibles de intervención a través de estrategias preventivas (12). En este sentido, la primera infancia es la etapa en la que las prácticas de promoción de la salud parecen demostrar mayor utilidad (14).

La presencia de psicopatología en los progenitores en sí misma se ha asociado a un mayor riesgo de que los hijos desarrollen trastornos psicopatológicos diversos (15), sugiriéndose que el mecanismo que condiciona el mayor riesgo es la afectación de las prácticas de crianza en dicho colectivo (16). Sobre este particular, varios estudios apoyan el tratamiento de la psicopatología parental como forma de promoción de la salud mental en la descendencia (17-19). De este modo, una crianza efectiva y positiva de los hijos podría tratar y prevenir el desarrollo de la psicopatología infantil (20).

Vemos así que, si bien se ha querido reforzar la salud mental infantil como medida de prevención de la psicopatología en el adulto, finalmente la atención a la salud mental adulta, cuando las personas atendidas son progenitores y en tanto figuras de referencia principales para sus hijos, es un aspecto fundamental a tener en cuenta en la prevención de la psicopatología en el niño.

Por otro lado, especial mención merecen las situaciones de maltrato y abuso a menores por el grave impacto que ejercen sobre las vidas de aquellos que los padecen.

Está bien documentada su relación con el desarrollo de trastornos psicopatológicos, algunos graves, tanto en la infancia como en la edad adulta (21-24). Asimismo, se sugiere que la presencia de una historia de maltrato en la infancia confiere un peor pronóstico en el curso de determinados trastornos como la depresión (25). Por otro lado, entre las estrategias preventivas para el control de la agresividad en trastornos de conducta, la intervención sobre el maltrato en la infancia es uno de los aspectos que se valoran fundamentales, entre otros (26).

Como decíamos, el abuso y los cuidados negligentes hacia los niños producen efectos negativos a largo plazo, tanto físicos (27) como emocionales. En estos casos de maltrato se han detectado algunos factores relacionados con un mayor riesgo de desarrollar trastornos emocionales y de conducta: la corta edad del niño (que sea menor de 4 años), que tenga necesidades de cuidados específicos para la salud, la pertenencia al sexo femenino, la juventud de los progenitores, que estos sean solteros, el bajo nivel educativo o cultural, que dispongan de bajos ingresos, la existencia de historia de maltrato en los propios progenitores, el aislamiento social, la convivencia en comunidades con altas tasas de violencia, las situaciones de desempleo y la fragilidad de las redes sociales de apoyo. Las intervenciones preventivas del maltrato se dirigen a la identificación de los pacientes de alto riesgo con el objetivo de que las familias sean derivadas a recursos comunitarios donde se fomente la educación parental que mejore las habilidades de crianza, en un intento de reforzar la relación entre padres e hijos. Sin embargo, no se ha encontrado evidencia de que este tipo de intervenciones preventivas sobre el maltrato hayan sido eficaces (28). En definitiva, se valora que las estrategias de prevención del abuso y la negligencia infantil más efectivas son aquellas que modifican políticas, prácticas y normas sociales para crear relaciones y entornos de crianza seguros y estables (29).

En la literatura revisada se han encontrado referencias que apoyan la utilidad de iniciativas y programas concretos en la prevención de psicopatología y en la promoción de un desarrollo positivo, particularmente en niños y adolescentes de alto riesgo, siendo numerosas las actividades llevadas a cabo en dispositivos ajenos a los sanitarios, como la escuela o la comunidad (30,31). Sin embargo, a pesar de que las iniciativas publicadas hayan revelado su valor, los artículos sobre la materia advierten de la necesidad de más investigaciones que permitan valorar la utilidad de las distintas acciones preventivas y que estudien el impacto de las mismas en la salud mental a lo largo de la vida de los sujetos (32). Se alude al escaso número de intervenciones preventivas que dispongan de una base empírica sólida. Uno de los registros que clasifica las intervenciones en base a la evidencia empírica es el Blueprints for Healthy Youth Development Program (Programa Huellas para el Desarrollo Juvenil Saludable). Revisaron más de 1.400 intervenciones preventivas, de las cuales solo el 14% cumplían con los criterios mínimos de inclusión en el registro y menos del 1%

fueron designadas como programas "modelo", a los que se les exigían características de evidencia mínimas. Los responsables concluyeron, por tanto, que de todos los programas preventivos estudiados, "menos de un 1% eran de impacto positivo significativo y válidos según criterios basados en la evidencia" (20).

El ámbito en el que parece existir mayor consenso es el del apoyo a estrategias de promoción de la salud mental en niños y en adolescentes (20,33,34). Se aboga por la creación de ambientes saludables para todos los niños y sus familias, en armonía con los principios de igualdad social, equidad de oportunidades y de atención de los grupos más vulnerables en la sociedad. Entre otras iniciativas, se incluirían la mejora de la nutrición, poder garantizar la educación y el acceso al mercado laboral, la eliminación de la discriminación basada en la raza y el género, y el apoyo de la seguridad económica. En el caso de las iniciativas de carácter promocional, se incide en el valor de implementar este tipo de intervenciones aun no habiendo evidencia de su eficacia en la prevención de trastornos mentales específicos (20).

Para concluir con este apartado, consideramos importante subrayar el reclamo que impera en la literatura revisada sobre la importancia de llevar a cabo un mayor número de estudios que evalúen la validez de las intervenciones preventivas y de los factores de eficacia asociados a las mismas (35). Asimismo, cabe subrayar la escasez global de alusiones que adviertan de los efectos potencialmente perjudiciales de las actividades preventivas en la atención a la salud mental de niños y adolescentes. Incluso desde posiciones más defensoras de las políticas de promoción y prevención en salud mental se hace referencia a "potenciales impactos negativos de las mismas" (35), sin que hayamos encontrado referencias concretas.

Reflexiones sobre la prevención en salud mental infanto-juvenil desde la experiencia clínica

Antes de comenzar a reflexionar sobre la pertinencia de las intervenciones preventivas desde los dispositivos de salud mental infanto-juvenil, debemos definir las particularidades de la clínica con niños para situar las coordenadas básicas de nuestro análisis. Nuestro paciente, el sujeto menor de edad, se diferencia del adulto en tres cuestiones fundamentales. En primer lugar, el niño o adolescente se encuentra aún en proceso de formación. Es un sujeto en pleno proceso evolutivo, en vías de conformación de su cuerpo y su aparato psíquico. Sus capacidades cognitivas, su modo de sentir y relacionarse, sus recursos para defenderse de la adversidad no están plenamente desarrollados. Por lo tanto, la historia infantil y las contingencias de su vida van a afectar fuertemente a la forma de inscribirse socialmente, de acercarse a los objetos del mundo, y van a proveer o no de recursos a ese sujeto para afrontar los avatares de la vida adulta. En segundo lugar, este ser en evolución nos va a introdu-

cir en una modalidad clínica borrosa donde la sintomatología se caracteriza por su aspecto desdibujado, cambiante y con una frontera poco nítida y móvil entre lo normal y lo patológico. Por último, el niño es un sujeto dependiente de los adultos de su entorno, principalmente de las figuras parentales. No es capaz aún de tomar sus propias decisiones y asumir las consecuencias, no es responsable plenamente de sus actos y, por tanto, está sometido a las decisiones, las carencias y las arbitrariedades del otro familiar. Depende de los cuidados, del afecto y del discurso de sus padres. No dispone aún, menos cuanto más pequeño, de herramientas para oponerse o alejarse de su familia, sus profesores y los adultos que lo cuidan (36).

Estas tres particularidades son fundamentales a la hora de reflexionar sobre la prevención de los problemas mentales. Todas ellas nos invitan a una actitud preventiva: 1) la capacidad evolutiva del niño lo hace candidato a beneficiarse de una intervención precoz que frene a tiempo las malas marcas de la historia; 2) la dificultad de delimitar la sintomatología nos empuja a continuar la atención a la espera de comprender mejor el problema; 3) la vulnerabilidad derivada del estado de dependencia nos activa el instinto de protección.

Tener en cuenta en toda su dimensión las características específicas de nuestros pacientes nos hace ver lo indiscutiblemente útil de las medidas de promoción en salud mental, es decir, de las estrategias políticas de mejora del entorno de crianza y de control de los factores de riesgo. Asimismo, debemos conocer que dichas características generan una tendencia a implementar medidas de prevención sin detenernos a reflexionar sobre la utilidad de lo que estamos haciendo y sus eventuales consecuencias. El propósito del siguiente recorrido será preguntarnos cuál es la utilidad de las intervenciones de prevención primaria, de la atención psicológico/psiquiátrica, cuando nos encontramos a un sujeto sometido a una serie de factores de riesgo de enfermar pero sin psicopatología o con síntomas menores. ¿Qué podemos ofrecerles a estos niños desde los dispositivos de salud mental? ¿Qué perjuicios puede causarle nuestra intervención? ¿Qué tipo de intervenciones podrían considerarse adecuadas y cuándo deben ser realizadas?

a) Interés de la intervención preventiva

Las intervenciones preventivas que se vienen realizando desde los Centros de Salud Mental se llevan a cabo en su mayor parte de forma no protocolizada y se podría decir que ni siquiera nombrada como tal. Cada clínico, con su propio criterio, determina cuándo continuar el seguimiento o tratamiento de un paciente aun cuando no existen alteraciones psicopatológicas o estas son mínimas. Es habitual mantener el seguimiento de un paciente en los casos de dudosa psicopatología o cuando existen factores de riesgo en el entorno siguiendo un empuje poco meditado en el que la tendencia a prevenir en esta franja etaria nos marca el paso. Es usual

mantener una observación, acompañar el crecimiento del niño bajo la consigna "ver evolución", sin sopesar demasiado ni el verdadero interés de esa vigilancia ni los costes de este seguimiento para el paciente.

El objetivo de las intervenciones en prevención es evitar la aparición de psicopatología en caso de haber factores de riesgo y/o síntomas menores que nos hagan pensar que estamos en la antesala de un sufrimiento psíquico importante. Para ello, ¿qué podemos aportar con nuestro trabajo que permita evitar una evolución hacia la "enfermedad"? Desde nuestras consultas, los clínicos podemos contribuir de dos maneras. El aporte más clásico y compartido con la clínica del adulto consistiría en facilitar un espacio de acompañamiento psicoterapéutico (raramente asociado a tratamiento psicofarmacológico) que, en caso de existir demanda de atención, podría evitar que un acontecimiento estresante genere psicopatología. En otras ocasiones, debido a que nuestros pacientes son menores de edad, el trabajo desde salud mental se centrará en la coordinación de intervenciones alrededor de uno o varios factores de riesgo para minimizar el impacto sobre el paciente a modo de una coordinación de cuidados. Tal sería el caso de niños en seguimiento con familias gravemente desestructuradas, en los que participamos de la coordinación de recursos para recomponer el entorno cercano del menor.

b) Perjuicios de las intervenciones preventivas. La prevención cuaternaria

Para tomar la decisión de realizar una intervención preventiva, además de sopesar el interés de la misma, debemos tener en cuenta el principio hipocrático de *primum non nocere* y considerar cuáles serían los daños potenciales que pueden producir nuestras terapias; es decir, tomarnos el tiempo para valorar el efecto iatrogénico de nuestras intervenciones. Tomando como guía el artículo sobre prevención cuaternaria de Ortiz Lobo e Ibáñez Rojo (37), analizaremos los efectos iatrogénicos de la prevención primaria, del diagnóstico y del tratamiento en la clínica infanto-juvenil.

- Efectos iatrogénicos de la prevención primaria

La simple atención continuada en consulta, que puede parecer inocua, pues no parece suponer ningún hacer por parte del clínico, entraña una complejidad mayor de lo que parece a primera vista. El niño y su familia son derivados y acogidos por un Servicio de Salud Mental con el peso de significación que esto supone: hay algo que no funciona, algo sintomático en el niño que debe ser valorado y, si fuera preciso, tratado. Mantener el caso en seguimiento es una autentificación de la categoría de "patológico" del problema por el que consultan. Muchos niños padecen, en múltiples ocasiones de forma dócil y silenciosa, el lugar de "enfermos", "locos" o de

"niño con problemas". La asistencia a consultas de psicología o psiquiatría, aunque sea solo porque estamos valorando, cuidando que no empeoren sufrimientos cotidianos o protegiéndolos de acontecimientos adversos, puede ser estigmatizadora y por tanto debe estar bien justificada.

La difícil frontera entre lo normal y lo patológico, más aún en el periodo infantil, puede dar lugar a que síntomas menores, por el hecho de ser alojados en el entorno sanitario, tiendan a medicalizarse y se fuercen diagnósticos e intervenciones terapéuticas. El ejemplo más típico es el de la patologización de los problemas en el rendimiento escolar, que muchas veces terminan diagnosticados, sobretratados y hasta con certificados de minusvalía (38).

Asimismo, mantener la mirada atenta sobre las conductas y emociones del niño convierte sus manifestaciones en potenciales síntomas, con el riesgo constante de desvincularlas de la subjetividad y decisión del menor, y, por tanto, de desresponsabilizarlo de sus actos. Algo parecido ocurre también con sus padres al quedar desvinculados de los problemas por los que ellos mismos han consultado por el hecho de depositarlos en manos de la ciencia, cerrándose así la posibilidad de que se pregunten por aquello que no funciona en la relación con su hijo.

- Efectos iatrogénicos del diagnóstico y del tratamiento

En el campo de la psiquiatría las clasificaciones diagnósticas son un tema controvertido, tanto por la delimitación de los distintos trastornos -influida fuertemente por el momento histórico y la conceptualización de la psicopatología de la época- como por la posibilidad de ser considerados "diagnósticos" tal como se utilizan en otros campos de la medicina, en los que dan nombre al proceso patológico que causa una agrupación sintomática. En la actualidad no se conoce la etiopatogenia de los trastornos psíquicos y tampoco está demostrada la existencia de un proceso fisiopatológico que los origine. Por ello, los sistemas diagnósticos no deberían ser considerados más que como clasificaciones meramente descriptivas que nos permiten ordenar un campo del saber (39). Emitir un diagnóstico, por tanto, supone refrendar la hipótesis no comprobada de ese origen orgánico del problema en cuestión y medicalizar el síntoma. Esta orientación va a tener sus costes para el paciente. Por una parte, lo cosifica al desatender su condición de agente y lo desresponsabiliza de sus acciones y su malestar. Por otra, minimiza la influencia de los factores socioculturales en la producción de problemas psicológicos y entorpece, por tanto, el trabajo hacia una modificación de los mismos (37, 40).

El ejemplo paradigmático de este efecto del diagnóstico en la infancia es el de los "niños hiperactivos". Uno de los principales motivos de consulta en la práctica infanto-juvenil son los retrasos en el rendimiento escolar que suelen llegar a salud

mental bajo la "sospecha de déficit de atención (con o sin hiperactividad)". Con esto se genera la creencia de que existe un fallo neurológico en el niño que está bloqueando el aprendizaje (41). Confirmar el diagnóstico basándose únicamente en la cuantificación de síntomas, desatendiendo el funcionamiento mental del niño, las características de la familia y las posibles falencias del sistema educativo, nos lleva a otorgar la condición de enfermo a un menor sin el aval científico necesario y a cronificar problemas en el entorno familiar y sociocultural.

Un efecto similar ocurre con el diagnóstico de trastorno del espectro autista. La entrada del DSM-V ha propiciado un empuje a la patologización de las particularidades en la relación social al haberse espectrificado la categoría de autismo y desdibujado la frontera entre la timidez y las alteraciones de la interacción (42). Aunque en cierta medida se agradece cierto "alivianamiento" del diagnóstico de autismo, que ya no es más una entidad estanca ni de obligado arrastre para toda la vida, nos vemos muchas veces forzados por el orden institucional a diagnosticar modalidades singulares del lazo social aún indefinidas.

El paso inmediato después del diagnóstico es el tratamiento, frecuentemente médico, de estas problemáticas. Este tratamiento no está exento de riesgos. Muchas fuentes nos informan de los problemas del uso de psicofármacos, haciendo referencia a la ausencia de beneficio a largo plazo, a la vivencia negativa de sus efectos por parte de los pacientes, a la tendencia a cronificar y a los abundantes y deteriorantes efectos adversos que presentan (37). Particularmente en la práctica con niños, debemos recordar que estamos ante organismos en proceso de formación y que la evidencia científica es escasísima, dadas las dificultades de investigación en esta población. Es decir, que es muy poco el conocimiento que se tiene sobre los efectos terapéuticos y los perjudiciales en la población infantil, especialmente los que ocurren a largo plazo, dado el poco tiempo de utilización de los psicofármacos en esas edades. El uso *off-label* de los medicamentos en niños supone un porcentaje mayoritario de las indicaciones psicofarmacológicas. El empleo del metilfenidato y de otros estimulantes en problemáticas de aprendizaje interpretadas como cuadros leves de TDAH está a la orden del día a pesar de las abundantes incertidumbres acerca de sus resultados a largo plazo y de los datos que sugieren posibles efectos adversos desconocidos (43, 44).

Por otro lado, según diversos estudios, la administración de antipsicóticos atípicos en la infancia y la adolescencia ha crecido de forma importante en las últimas décadas, especialmente a costa de indicaciones para el tratamiento de problemas de comportamiento y agresividad. En algunos estudios se encontró que el 75% de las indicaciones se realizaban *off-label,* aun con el conocimiento comprobado de los efectos adversos de tipo metabólico, especialmente acentuados en niños (45-48).

La valoración de la iatrogenia de las intervenciones psicoterapéuticas resulta mucho más compleja debido a la heterogeneidad propia del terreno de las psicotera-

pias. Algunas plantean el síntoma como enfermedad o trastorno a erradicar y se hacen cómplices en el proceso de objetualización del niño y de desresponsabilización de las familias. Otras, más respetuosas con la subjetividad infantil, pueden igualmente contribuir, al prolongarse, a una tutorización excesiva del crecimiento del niño que genere en los padres una falta de confianza en sus propias capacidades educativas.

Antes de concluir, no debemos olvidar hacer también una breve alusión a los riesgos de no intervenir. Desatender síntomas menores, factores de riesgo graves o demandas aparentemente poco consistentes, pero con importante angustia asociada, puede llevar a un mal uso de los recursos que genere aún más daños. Ejemplo de esto serían tanto las derivaciones a neuropediatría de los problemas de aprendizaje, que terminan frecuentemente sobretratados, como las medidas de tutela por falta de entendimiento del problema o la judicialización de conflictos familiares por falta de un espacio de interlocución.

c) La indicación de la intervención preventiva primaria

Considerando el trabajo clínico de largo recorrido, es difícil posicionarse taxativamente con un sí o un no frente a la intervención preventiva en función de si existe psicopatología significativa. Con frecuencia podemos constatar el beneficio de nuestra intervención aun cuando el niño no presenta un trastorno o síntomas francos. Del mismo modo, en otros casos comprobamos lo prescindible de nuestra labor, que se sostiene por demandas de terceros y que incluso podría generar un perjuicio al menor. La extrema complejidad de la clínica y los múltiples factores que influyen en la toma de decisiones de un plan terapéutico nos pueden llevar a abandonarnos a la clínica del caso por caso y, por tanto, a no aportar ningún conocimiento sobre el tema. Para evitar esto, y con la intención de construir algunos puntos de apoyo a la hora de indicar una intervención de tipo preventivo, vamos a plantear cinco ejes de reflexión a modo de guía para la toma de decisiones:

1- La clínica

Evaluaremos la presencia de manifestaciones clínicas y sus características aunque sean menores y no lleguen a generar una alteración significativa en la vida del niño como para constituir un trastorno susceptible de ser tratado. Consideraremos si nuestra labor puede contribuir de modo beneficioso en el abordaje de las mismas.

2- Factores de riesgo de psicopatología (ver Tabla 1)

Debemos valorar en cada caso la magnitud del factor de riesgo en cuestión, su potencial capacidad traumática y la posibilidad de intervenir sobre el mismo. Existe

un espectro infinito de acontecimientos estresantes y de eventos traumáticos de los cuales no hay apenas conocimiento en cuanto a su peso específico a la hora de generar psicopatología. Tendremos que investigar en cada caso la violencia o sufrimiento potencial que pueden suponer para el menor.

3- Recursos del niño y la familia para afrontar la adversidad. Red de apoyo

Tendremos en cuenta las características del entorno familiar del paciente: su nivel socioeconómico, su nivel formativo, la red de apoyo de los propios padres, tanto la institucional como la conformada por la propia familia extensa, las dinámicas familiares y la capacidad de acoger afectivamente el malestar del hijo e interrogarse por el mismo. Asimismo, es importante tener en cuenta la edad del niño y sus recursos subjetivos.

4- La existencia de demanda terapéutica

La demanda propia del menor, que comparece con poca frecuencia, puede ser un elemento importante a la hora de habilitar un acompañamiento psicoterapéutico, aunque la clínica no sea significativa. Más frecuente es la presencia de la angustia de los padres, el desbordamiento de la familia, que también será indispensable acoger para dar una buena salida, ya sea para un abordaje preventivo o para diseñar una intervención de no tratamiento (49).

5- Los efectos iatrogénicos

Tenemos que tener en cuenta en cada caso los posibles daños de nuestra intervención, tanto por habilitarla como para evitar las complicaciones que puedan devenir en el proceso de seguimiento, como ya se ha expuesto en el apartado anterior. Por ello, si la clínica, los factores de riesgo, la falta de recursos y la demanda del paciente no inclinan fuertemente la balanza hacia la necesidad de un seguimiento, es mejor no intervenir. Haremos una devolución a los padres y al paciente que permita reordenar la demanda, dar un sentido al interrogante que los ha llevado a consulta y, según este, reconducirlos a recursos normalizados comunitarios o simplemente devolverles la seguridad en sus propias herramientas de cuidado. Tratándose de niños, haremos especial hincapié en la posibilidad de que retomen la consulta en caso de duda o de una mala evolución.

Para ejemplificar estas encrucijadas de nuestra praxis, podemos plantear las siguientes viñetas clínicas:

Viñeta 1:

Una niña de 12 años, hija única, con dificultades menores en el aprendizaje escolar que es traída por sus padres, ambos en tratamiento en el Centro de Salud Mental con diagnóstico de trastorno mental grave de largo tiempo de evolución y con serias dificultades en la convivencia familiar. La demanda de los padres tiene que ver con la angustia de que su hija pueda devenir "enferma" igual que ellos, a pesar de no existir datos clínicos para pensarlo. La niña no desea acudir a salud mental.

En este caso las dinámicas disfuncionales parentales derivadas de la psicopatología de los padres eran importantes. La red de apoyo familiar era muy pobre, pero la disposición de los padres para contar con los apoyos institucionales era buena. La niña estaba asintomática, no tenía interés en hablar de las dificultades en la relación con sus progenitores y le pesaba especialmente tener que acudir a salud mental. Se decidió el alta de la menor y gestionar el recurso de educación social, así como incluir en el plan de continuidad de cuidados del padre y de la madre el apoyo en la crianza de la hija realizado por el trabajador social del Centro de Salud Mental.

Viñeta 2:

Una niña de 11 años, hija de padres separados, acude por trastorno adaptativo en relación con abusos sexuales de dos años de duración por parte del padre. La denuncia fue desestimada. En consulta nada hace pensar que la niña esté mintiendo. El padre tiene la posibilidad de llevarse a la niña cuando quiera y cada tanto manda mensajes a la madre demandando verla. Tras la intervención de Servicios Sociales y la reapertura del caso judicial, la niña mejora anímicamente y desaparece la angustia de forma mantenida. Se encuentra aún pendiente de juicio.

En esta ocasión se decide continuar con una intervención preventiva espaciada por tres factores: 1) para cubrir la necesidad de eventuales informes clínicos para el proceso judicial, 2) por la presencia de un factor de riesgo con alta potencialidad traumática y 3) para proporcionar, con la conformidad de la niña, un espacio de interlocución que la acompañe en el devenir de los acontecimientos relacionados con la demanda inicial.

Viñeta 3:

Un niño de 7 años, mayor de dos hermanos, hijo de una familia estructurada en la que no se aprecian dinámicas patológicas. Es traído por dificultades en el aprendizaje en relación con inatención y desmotivación en el estudio que producen frecuentes conflictos en casa y una ocupación excesiva del trabajo escolar en la vida

diaria del niño. Asimismo, relatan peleas cotidianas con el hermano pequeño. No se observa psicopatología alguna. El motor de la demanda es la angustia de la madre.

Se decide programar unas entrevistas con la madre y el niño para realizar una intervención breve en la que el objetivo será informar al colegio de la ausencia de psicopatología y trabajar con la madre en el sentido de despatologizar la conducta del niño y devolverle la confianza en sus propias herramientas para ayudar a crecer a su hijo.

Conclusiones

La infancia es un momento de especial cuidado de la salud mental de cara a conseguir que el proceso de crecimiento se desarrolle con el menor sufrimiento posible y que las personas puedan llegar a la vida adulta en buenas condiciones para llevar adelante sus deseos y establecer lazos afectivos. Este cuidado de la salud mental no tiene por qué ser entendido siempre como intervención sanitaria, pues una falta de indicación o un exceso de la misma pueden ser nocivos para el niño. Es por esto que pensamos que es importante estar advertidos del potencial iatrogénico que puede conllevar el hecho de que niños sanos asistan a los programas de atención a la salud mental infanto-juvenil. Igualmente, debemos estar prevenidos de los posibles efectos de la tendencia actual a medicalizar el sufrimiento psíquico y a patologizar comportamientos propios de la infancia y adolescencia.

Por ello, apoyamos que las actividades de prevención en la atención a la salud mental infanto-juvenil sean realizadas principalmente a partir de iniciativas de promoción dependientes de políticas sociales y de apoyo a los padres en la crianza. Creemos que el contexto en el que deberían implementarse prioritariamente dichas medidas no es tanto la consulta especializada de los programas de salud mental infanto-juvenil, sino el barrio, la familia o la escuela, en definitiva, la comunidad. Pensamos que políticas contra las desigualdades sociales pueden redundar a largo plazo en un mayor acceso de los individuos a una mejor convivencia, trabajos mejor remunerados y a una parentalidad responsable, con métodos de crianza saludables, así como minimizar la exposición a acontecimientos estresantes condicionados por un entorno social problemático. Solamente aquellos casos en los que se considere sólidamente fundamentada una intervención clínica preventiva deberían mantener su asistencia a los Centros de Salud Mental.

Las actividades de promoción de la salud mental en niños y adolescentes tendrían que estar encaminadas a la humanización de las relaciones sociales y al cuidado de los lazos comunitarios en los que se integran los niños y sus familias, promoviendo redes de contención y de sostén en los barrios y en la comunidad. En la época actual, en la que los niños tienden a ser observados desde una mirada de la medición y el control, resulta absolutamente necesario subrayar la importancia que tiene la apuesta

por una palabra que resulte subjetivizadora y sostenedora para los niños y para sus familias. Una palabra que aporte otra perspectiva, que, alejada de la tendencia etiquetadora, nos permita entender y atender los fenómenos propios de la infancia.

Bibliografía

(1) Artigue J, Tizón JL. Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. Aten Primaria 2014;46(7): 336-56.

(2) Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. [Consultado en febrero 2019]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499

(3) Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020. [Consultado en febrero 2019]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/

(4) Padilla Bernáldez J. Prevención: ¿aún podemos ser amigos? Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2019;39(135): 159-175.

(5) Ortiz Lobo A. Contra la prevención sanitaria individual del sufrimiento mental. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2019;39(135): 177-191.

(6) Pascual A. Detección precoz. En: Mollejo E (coord). Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia. Madrid: AEN/ Estudios 48, 2012; p. 19-27.

(7) del Barrio V. Salud mental infanto-juvenil: requisitos para su evaluación, diagnóstico precoz y prevención. Infocop, 2010 [Internet] [Consultado marzo 2019]. Disponible en www.infocop.es/view_article.asp?id=3123

(8) Werner EE. Risk, resilience and recovery: prespectives from the Kauai longitudinal study. Dev Psychopathol 1993; 5:503-13.

(9) Rutter M. Resilience: some conceptual considerations. J Adolesc Health 1993; 14:626-31.

(10) Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. Br J of Psychiatry 2010; 197(5):378–85.

(11) Alcamí M, Ortiz P, Terán S. Evaluación y diagnóstico de los trastornos mentales graves. En: Mollejo E (coord). Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia. Madrid: AEN/ Estudios 48, 2012; p. 29-79.

(12) Hoghughi M, Speight ANP. Good enough parenting for all children and strategy for a healthier society. Arch Dis Child 1998; 78:293-300.

(13) Jiménez AM. Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2002; 22:82:115-26.

(14) Alcamí M, Ortiz P. Introducción. En: Mollejo E (coord). Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia. Madrid: AEN/ Estudios 48, 2012; p. 13-15.

(15) Rutter M, Quinton D. Parental psychiatric disorder: effects on children. Psychol Med. 1984;14(4):853-80.

(16) Harvey E, Stoessel B, Herbert S. Psychopathology and parenting practices of parents of preschool children with behavior problems. Parent Sci Pract. 2011;11(4):239-63.
(17) Beardslee WR. Prevention and the clinical encounter. Am J Orthopsychiatry. 1998;68(4):521-33.
(18) Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TR. Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1998;37(11):1134-41.
(19) Gunlicks ML, Weissman MM. Change in child psychopathology with improvement in parental depression: a systematic review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008;47(4):379-89.
(20) O'Loughlin K, Althoff RR, Hudziak JJ. Manual de salud mental infantil y adolescente de la IACAPAP 2018. Cap. A.14 Introducción. [Consultado marzo 2019]. Disponible en: iacapap.org/wp-content/uploads/A.14-Prevención-Spanish-2018.pdf
(21) Larkin W, Read J. Childhood trauma and psychosis: evidence, pathways, and implications. J Postgrad Med. 2008; 54(4):287-93.
(22) Schäfer I, Fisher HL. Childhood trauma and psychosis: what is the evidence? Dialogues Clin Neurosci 2011; 13(3):360-5.
(23) Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. Schizophr Bull. 2012;38(4):661-71.
(24) Ng QX, Yong BZJ, Ho CYX, Lim DY, Yeo WS. Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. J Psychiatr Res. 2018;99:129-41.
(25) Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavourable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. Am J Psychiatry 2012; 169:141–51.
(26) Scott JG, Tunbridge M, Stathis S. The aggressive child. J Paediatr Child Health. 2018; 54(10): 1165-9.
(27) Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med. 1998;14(4):245-58.
(28) Felitti VJ. The relation between adverse childhood experiences and adult health: turning gold into lead. Perm J. 2002; 6(1): 44-7.
(29) Division of Violence Prevention. National Center for Injury Prevention and Control. Centers for Disease Control and Prevention. Preventing child abuse and neglect: a technical package for policy, norm, and programmatic activities. [Consultado marzo 2019]. Disponible en: https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/can-prevention-technical-package.pdf
(30) Ringeisen H, Henderson K, Hoagwood K. Context matters: schools and the "research to practice gap" in children's mental health. School Psychol Rev. 2003; 32:153–68.
(31) Rones M, Hoagwood K. School-based mental health services: a research review. Clin Child Fam Psychol Rev. 2000; 3:223–41.
(32) Cho SM, Shin YM. The promotion of mental health and the prevention of mental health problems in child and adolescent. Korean J Pediatr. 2013;56(11):459-64.

(33) Sarraceno B. Prólogo del informe compendiado para la Prevención de los Trastornos Mentales de la OMS 2004. [Consultado febrero 2019). Disponible en www.who.int/mental_health/.../Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
(34) Shastri PC. Promotion and prevention in child mental health. Indian J Psychiatry. 2009; 51(2): 88–95.
(35) Jané-Llopis E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2004; 89: 67-77.
(36) Marcelli D. Manual de psicopatología del niño. 7ª edición. Madrid: Elsevier-Masson, 2007.
(37) Ortiz-Lobo A, Ibáñez Rojo V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. Rev Esp Salud Pública 2011; 85 (6): 513–25.
(38) Caretti E. Los deberes escolares como problema: una perspectiva clínica. Cuadernos de Pedagogía 2017; 475: 46-9.
(39) Timimi S. Campaign to abolish psychiatric diagnosic systems such as ICD and DSM. [Consultado en marzo 2019]. Disponible en: http://www.criticalpsychiatry.net/wpcontent/uploads/2011/05/CAPSID12.pdf
(40) Timimi S. The McDonaldization of childhood: children mental health and neo-liberal market cultures. Transcult Psychiatry 2010; 47: 687-706.
(41) García de Vinuesa F, González H, Pérez M. Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil. Madrid: Alianza Editorial, 2014.
(42) Frances A. Opening Pandora's box: the 19 worst suggestions for DSM5. Psychiatric Times, 2010 [Consultado marzo 2019]. Disponible en: http://www.psychiatrictimes.com/dsm/content/article/10168/1522341
(43) Storebø O, Ramstad E, Krogh H, Nilausen T, Skoog M, Holmskov M, et al. Efectos beneficiosos y perjudiciales del metilfenidato para niños y adolescentes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Biblioteca Cochrane, 25 noviembre de 2015. Consultado marzo 2019]. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD009885/efectos-beneficiosos-y-perjudiciales-del-metilfenidato-para-ninos-y-adolescentes-con-trastorno-de
(44) Saiz Fernández LC. Atentos al déficit de atención. Boletin de información farmacoterapeutica de Navarra 2013; 21(5).
(45) McVoy M, Findling RL. Clinical manual of child and adolescent psychopharmacology. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2012.
(46) Olfson M, King M, Schoenenbaum M. Treatment of young people with antipsychotic medications in the United States. JAMA Psychiatry. 2015;72(9):867-74.
(47) Crystal S, Olfson M, Huang C, Pincus H, Gerhard T. Broadened use of atypical antipsychotics: safety, effectiveness, and policy challenges. Health Aff (Millwood). 2009;28(5):770-81.
(48) Brophy S, Kennedy J, Fernández-Gutiérrez F, John A, Potter R, Linehan C, et al. Characteristics of children prescribed antipsychotics: analysis of routinely collected data. J Child Adolesc Psychopharmacol 2018; 28(3): 180-91.
(49) Ortiz-Lobo A, Murcia-García L. La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En: Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, Estudios 41, 2009.