

PROBLEMAS, PROYECCIONES Y DESAFÍOS EN LA SALUD MENTAL INFANTIL: LA NECESIDAD DE REFORMULAR EL ROL PROFESIONAL

PROBLEMS, IMPLICATIONS AND CHALLENGES IN CHILDREN MENTAL HEALTH: THE NEED OF A CHANGE IN PROFESSIONAL ROLE

Felipe Lecannelier*

Psicólogo Infantil, Candidato a doctor en Desarrollo Infantil, Universidad Autónoma de Madrid, Especialización en Investigación e intervención en apego infantil, University College London, Magíster en Epistemología, Universidad de Chile, Director Centro de Estudios Evolutivos e Intervención en el Niño [CEEIN], Universidad del Desarrollo [UDD], Director Programa Salud Mental Infantil, UDD

Marianela Hoffmann

Psicóloga Infantil, Candidata a Magíster en Psicoterapia Constructivista, Universidad Mayor, Diplomado en Apego y Salud Mental, UDD, Sub-directora CEEIN, UDD

Fernanda Flores

Psicóloga Infantil, Candidata a Magíster en Psicoterapia Constructivista, Universidad Mayor, Diplomado en Apego y Salud Mental, UDD, Coordinadora de Investigación, CEEIN, UDD

Lorena Ascanio

Psicóloga Infantil, Postítulo Psicoterapia Sistémica para Niños y Adolescentes, Universidad Católica de Chile [PUC], Diplomado en Apego y Salud Mental, Diplomado en Estrategias de Intervención Temprana, UDD, Coordinadora Proyectos de Intervención, CEEIN, UDD.

Artículo recibido el 3 de marzo, 2008. Aceptado en versión corregida el 15 de junio, 2008

RESUMEN

*A pesar de la existencia de una mayor sensibilidad frente a los problemas y necesidades de los niños, la salud mental infantil sigue siendo un área en estado de negligencia y crisis. La alta prevalencia de trastornos conductuales, afectivos y sociales, desde el nacimiento hasta la adolescencia, exige acciones urgentes para paliar este problema de salud pública. Sin embargo, en la actualidad se ha detectado una enorme brecha entre la magnitud de estos problemas y el número de profesionales especializados que permitan hacerle frente. El presente artículo aborda estos dilemas y desafíos, aportando una serie de sugerencias sobre reformulaciones necesarias al rol profesional, con miras a adecuarse a la crisis actual de la salud mental infantil. **Palabras clave:** Salud mental infantil, epidemiología del desarrollo, intervención, prevención.*

ABSTRACT

*Despite the emerging awareness of children's problems and needs during the last years, infant, children and youth mental health is still an area full of negligence and crisis. High prevalence of behavioral, emotional and social disorders from birth to adolescence demands urgent actions in order to stop this public health problem. However, there is a huge gap between the magnitude of this mental health problems and the amount of specialized professionals who can face this issue. The present paper tackles this dilemmas and challenges, making a contribution about some important changes in the professional role, in order to adapt to this serious crisis of children mental health. **Key words:** Children mental health, developmental epidemiology, intervention, prevention.*

* correspondencia e-mail: flecannelier@udd.cl

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental y adaptación que aquejan a los niños se encuentran en un estado de crisis de salud pública (Huang et al., 2005). El aumento paulatino en las tasas de prevalencia de una variedad de problemas de conducta, violencia, trastornos afectivos, dificultades en el desarrollo del vínculo, etc., han activado señales de alerta para los diversos profesionales, instituciones y sistemas gubernamentales que trabajan en la prevención y promoción del bienestar de los niños y sus familias (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004; Tolan & Dodge, 2005). Sumado a esto, el aumento en los problemas de salud mental infantil viene aparejado con una dificultad mayor: la insuficiencia de profesionales, programas y especializaciones para hacer frente a estas dificultades infantiles. Todo esto ha generado en los últimos años una serie de reflexiones sobre la necesidad de incorporar nuevos conocimientos sobre las competencias/habilidades/destreza en el rol del profesional, que permitan considerar nuevos elementos en la comprensión de la salud mental infantil, junto con mejorar los diversos sistemas de prevención e intervención. El presente artículo pretende generar un espacio de reflexión sobre estos temas, articulando en tres partes su organización: en primer lugar se revisan algunas evidencias relevantes sobre la prevalencia de trastornos que afectan la salud mental infantil desde el nacimiento hasta la adolescencia. Posteriormente se desarrollan los problemas y desafíos para los profesionales de la salud mental, que existen en la actualidad para abordar esta problemática. Finalmente, se entregan de acuerdo a la evidencia y reflexiones actuales, una serie de recomendaciones sobre posibles reformulaciones al rol del profesional, junto con la articulación de temas referidos a la comprensión de la psicopatología infantil, y la creación de sistemas de prevención e intervención sistemáticas y efectivas.

En Chile, la preocupación por el bienestar general de los niños ha ido creciendo de un modo exponencial. Sin embargo, es evidente que los problemas son múltiples, variados y operan en diversos niveles. Por esto, se hace urgente reflexionar sobre estos aspectos, ya que constituyen y constituirán grandes desafíos a trabajar con miras a disminuir el sufrimiento y desadaptación que sufren muchos niños en la actualidad.

Prevalencia de trastornos en Salud Mental Infantil

De 0 a 3 años.

Los avances realizados durante los últimos treinta años en el estudio del desarrollo temprano, tanto a nivel neurobiológico, psicológico, social y relacional, han generado toda una revolución de la comprensión del *mundo del bebé* (Lecannelier, 2006; Meltzoff, 1984; Rochat, 2002; Shore, 2001; Stern, 1985; Trevarthen, 1993; Tronick, 1989). Estos importantes descubrimientos generaron la posibilidad de considerar la infancia temprana como un periodo sensible a la desadaptación y la aparición de problemas de salud mental. Así lo que se conoce actualmente como *Salud Mental del Infante* (entendiendo la infancia como el periodo de los 0 a los 3 años), ha alcanzado legitimación a nivel de la investigación y la intervención de enormes proporciones (Osofsky & Fitzgerald, 2000; Zeanah, 2000).

Tal ha sido el impacto, que un conjunto de expertos del desarrollo temprano elaboraron su propio sistema de clasificación de trastornos (National Center for Clinical Infant Program-CD: 0-3). En general, los estudios en epidemiología del bebé han mostrado que entre el 6 y 24% de los infantes sufren algún tipo de trastorno o dificultad (Skovgaard, Houmann, Christiansen, & Andreasen, 2005). Los trastornos más frecuentes durante los primeros años son el trastorno de sueño (15-50%), el trastorno de alimentación (6-35%), y los trastornos de la regulación (5-15%) (Keren, Feldman, & Tyano, 2001; Maldonado-Durán, Helmig, & Moody, 2001). Todas estas dificultades muestran una baja remisión espontánea, por lo que la intervención y prevención temprana cobra alta relevancia (Maldonado-Durán, 2001). En la actualidad, no se han realizado estudios de epidemiológicos en este tipo de poblaciones, en Chile.

Edad preescolar

Se ha declarado que las investigaciones en salud mental del preescolar se encuentran 30 años atrasadas en relación al estudio de la psicopatología del escolar y adolescente (Angold & Egger, 2004, p. 127). En general, entre el 20-26% de los niños preescolares ha sido diagnosticado con algún trastorno incluido dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM] (American Psychiatric Association, 2005; Keenan, Shaw, Walsh, Delliquadri, & Giovanelli, 1997).

Específicamente, el 2-4% evidencia trastornos afectivos (Kashani, Allan, Beck, Bledsoe, & Reid, 1997), el 6-16% problemas de conducta, en donde a más temprana la aparición del trastorno, más estable y persistente suele ser a través del ciclo vital (Tremblay, Masse, Vitaro, & Dobkin, 1995). La prevalencia para el Trastorno Opositor Desafiante es de 16.8%, para el Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad [TDAH] es de 2%, y para problemas relacionales con los padres es de 4.6% (Lavigne, Gibbons, et al., 1996; Lavigne, Arend, et al., 1998).

En Chile, no se registran estudios publicados al respecto, aunque una investigación realizada recientemente en la ciudad de Temuco, evaluó a 216 niños preescolares a través de la adaptación y validación chilena del Inventario de Conductas de Thomas Achenbach para niños de 1.5 a 5 años (Lecannelier, Bardet, Bascuñan & Nuñez, 2005), hallándose que el 16.2% se encontraba en un rango clínico de problemas conductuales y efectivos (Ortiz, Lecannelier, & Silva, s.f).

Edad escolar y adolescente

Los estudios en epidemiología del desarrollo en la edad escolar y adolescente han mostrado un aumento alarmante en las tasas de problemas de salud mental infantil, con etiología de origen más bien psico-social (Costello & Angold, 2006). En términos generales, los estudios recientes indican que aproximadamente uno de cada cinco niños tiene un trastorno de salud mental diagnosticable, y uno de cada 10 posee un trastorno severo que limita el funcionamiento y adaptación del niño a sus diversos contextos vitales (Costello, Foley, & Angold, 2006; Friedman, Katz-Leavy, Manderscheid, & Sondheimer, 1996). Es decir, no existe otra enfermedad que dañe de un modo tan significativo, la vida de los niños como los problemas de salud mental infantil (National Advisory Mental Health Council, 2001).

Más específicamente, las tasas de prevalencia en salud mental infantil han arrojado evidencias preocupantes en cada uno de los trastornos investigados: 20% de los niños han experimentado algún trastorno diagnosticado por el sistema DSM, y el 7% presenta un trastorno grave limitante (Costello et al., 1996).

En una revisión reciente que integra seis de los principales estudios epidemiológicos en salud mental infantil, encontraron las siguientes prevalencias (Wadell & Sheperd, 2002): 6.5% de trastornos de ansiedad, 3.3% para trastornos

de conducta, 3.3% para TDAH, 2.1% para depresión, 0.8% para abuso de sustancia, 0.2% para trastorno obsesivo-compulsivo, 0.1% para trastornos alimentarios. La prevalencia total de problemas conductuales, afectivos, del desarrollo y alimentarios fue de 15%.

Con respecto al aumento o disminución de las diversas psicopatologías infantiles, la prevalencia de trastornos de conducta ha aumentado el doble desde 1970 hasta el 2004 (Collishaw, Maughan, Goodman, & Pickles, 2004). Últimas evidencias sobre el autismo, han mostrado una prevalencia del 0.6%, pero contrario a lo que muchos piensan, el autismo no ha aumentado en las últimas décadas (Fombonne, 2003). En relación a la depresión infantil, un reciente meta análisis de 26 estudios concluyó que si bien la tasa es alta, no es válida la afirmación de que la depresión en la edad escolar es una epidemia (Costello, Foley et al., 2006).

Curiosamente, se ha descubierto que existe diferencia entre los trastornos que tuvieron su inicio en la niñez y aquellos con inicio en la adolescencia (Rutter & Sroufe, 2000). En el primer tipo, se encuentra el TDAH, el autismo, otros trastornos del desarrollo diferente al autismo, la ansiedad de separación, fobias específicas, trastorno opositor desafiante. En el segundo tipo, están la fobia social, los trastornos de pánico, la depresión, el abuso de sustancia, la anorexia nerviosa y la bulimia. Algunas investigaciones han mostrado que los trastornos con inicio en la niñez tienen mayor prevalencia en hombres y los con inicio en la adolescencia en mujeres (Rutter, Caspi, & Moffit, 2003). El caso más prototípico de esta distinción, se encuentra en los trastornos de conducta, donde existe una clara diferencia entre el que se inicia en la niñez y el que se inicia en la adolescencia, mostrando el primero mayor desadaptación, la presencia de un alto número de factores de riesgo, y peor pronóstico (Moffit, 1993).

Cabe destacar que el 75% de los problemas de salud mental en la edad adulta, tuvo su inicio en la edad escolar o adolescente (Costello, Foley et al., 2006). En un estudio de largo alcance, se encontró que el 80% de adultos con historia de depresión mayor, trastorno de ansiedad, o adicción a las drogas, presentaron sintomatología de inicio antes de los 20 años (Burke, Burke, Regier, & Rae 1990).

Contrario a lo que se pensaba sobre la baja probabilidad de que dos trastornos co-ocurrieran en el mismo intervalo de tiempo (lo

que se conoce como co-morbilidad) la evidencia actual demuestra todo lo contrario en donde la co-morbilidad es la regla entre los diversos trastornos (Angold, Costello, & Erkanli, 1999), aumentando significativamente el riesgo de adaptación de los niños.

En Chile se han realizado algunos estudios epidemiológicos al respecto, en donde el primer estudio reportado fue realizado por el equipo del Dr. Montenegro y sus colaboradores utilizando la versión clásica del Child Behavior Checklist [CBCL] 6-18 en una muestra representativa de la población escolar de la Región Metropolitana, compuesta de 517 niños de entre 6 y 11 años, de tres niveles socio-económicos, obteniendo tasas de prevalencia de problemas conductuales y afectivos de alrededor de 15% (Bralic, Seguel, & Montenegro, 1984). Posteriormente, De la Barra, Toledo y Rodríguez (2003) estudiaron la prevalencia de salud mental en 1279 niños de siete escuelas de la Región Metropolitana encontrando una tasa de problemas afectivos y conductuales del orden del 10%. En otro estudio reciente, realizado con 429 escolares de la ciudad de Temuco, la proporción fue de problemas de salud mental fue de 21% (Silva, Ortiz, & Livacic, 2006). Por último, la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Beca [JUNAEB] dentro de su programa Habilidades para la Vida, dio a conocer el año 2005 un informe sobre conductas de riesgo en una muestra de 28451 escolares provenientes de 611 colegios, evidenciando un 12.7% de conductas desadaptativas en el hogar (Delgado, Zuñiga & Jadue, 2006).

Por lo tanto, la evidencia epidemiológica es clara en mostrar que los niños pueden mostrar, desde el nacimiento, una serie de problemas y trastornos conductuales, afectivos, y relacionales que les dificulta una adaptación normal a sus diversos contextos vitales (familia, colegio, amigos). Estas altas prevalencias piden una acción urgente de parte de los diversos profesionales involucrados. Sin embargo, en este punto encontramos una segunda dificultad.

SALUD MENTAL INFANTIL

Se podría hipotetizar que si el día de mañana el 100% de los niños que presentan alguna dificultad psico-social decidieran consultar a algún profesional de la salud mental, no más del 10% podrían ser atendidos de un modo oportuno (Jenkins, 1998). Es decir, existe una brecha preocupante entre las altas tasas de problemas de salud mental infantil y la baja

existencia de profesionales para hacer frente a estos problemas (Tolan & Dodge, 2005). En la actualidad, más del 75% de los niños con problemas emocionales y conductuales no están recibiendo ayuda especializada y los niños provenientes de poblaciones de alto riesgo (pobreza, minorías raciales, zonas rurales) reciben solo el 13% de atención (Ringel & Sturm, 2001)

El problema se agrava aún más cuando los reportes han mostrado que de los profesionales que entregan ayuda psicológica y psiquiátrica, solo un escaso número lo hace bajo el alero de una formación especializada y específica de alta calidad (Tolan & Dodge, 2005). La gran mayoría de los profesionales suele recibir una formación general para tratar un abanico amplio de trastornos, sin obtener entrenamiento en técnicas específicas para cada trastorno. Esto se acentúa aún más en el caso del tratamiento de patologías más graves, tales como el autismo, el Síndrome de Down, o incluso casos extremos y crónicos de maltrato, abuso y negligencia.

Del mismo modo, un alto número de programas que se implementan para prevenir y tratar diversos trastornos, no han mostrado el nivel de efectividad esperado. Muchos de estos programas que se implementan, no suelen ser evaluados bajo criterios metodológicos sistemáticos, y/o se implementan en settings limitados sin conexión con los diversos contextos vitales del niño (Fonagy, Target, Cottrell, Phillips, & Kurtz, 2002).

Otro problema se relaciona con la evidencia empírica sobre la efectividad de los diversos enfoques y estrategias de intervención para los múltiples problemas de salud mental, o lo que se conoce como ¿Qué funciona para quién? (Fonagy et al., 2002; Kazdin, 2002). Algunas revisiones han mostrado que si bien resta mucho por investigar para saber qué tipo de enfoque, modelo o estrategia funciona para qué tipo de trastornos, la evidencia existente durante los últimos 20 años puede guiar de un modo confiable la actividad profesional, dado que existen varias estrategias que han demostrado ser efectivas para los trastornos más prevalentes (Weisz, Sandler, Durlak, & Antón, 2005). Esta evidencia no solo se ha demostrado para la atención individualizada de los niños y sus familias, sino también para la implementación de programas preventivos a gran escala (Denham & Burton, 2004; Durlak & Wells, 1997; Smith, Pepler, & Rugby, 2004). Sin embargo, el problema radica en que esta

evidencia e información disponible, no suele ser utilizada por los profesionales para guiar sus intervenciones (Glasgow, Lichtenstein, & Marcus, 2003, citados en Tolan & Dodge, 2005).

A nivel de la práctica profesional, la tendencia sigue imperando hacia la aplicación de técnicas y estrategias dictadas por el enfoque o modelo del profesional, más que por la información actualizada de *qué sirve para quien*. Más aún, muchos enfoques psicológicos han planteado la incompatibilidad de aplicar estrategias y técnicas provenientes de otros enfoques, modelos o programas, dificultando enormemente la colaboración e integración en el tratamiento de diversas patologías adaptadas a lo que el paciente necesita, más que restringir la forma de ayuda a lo que el profesional quiere o sabe hacer. Detrás de esto, subyace el problema mayor que en muchas disciplinas sociales no se suelen consultar referencias actualizadas como parte del quehacer profesional.

Por lo tanto, en la actualidad nos enfrentamos a un grave desequilibrio entre la alta frecuencia de problemas de salud mental infantil y la dificultad de hacer frente a toda esa demanda a través de un servicio profesional especializado, basado en la evidencia, y adaptado a las necesidades de cada niño y su familia. Esto inevitablemente conduce a reflexiones sobre el rol actual del profesional de salud mental infantil.

Hacia una revisión en las concepciones en salud mental infantil y cambios en el rol profesional

La solución de la gran brecha en la salud mental infantil pasa por acciones en diversos niveles institucionales y profesionales (las cuáles no es el objetivo del presente artículo desarrollar). Sin embargo, en el ámbito del rol y actitud profesional se necesita un cambio para adaptarse a esta crisis de salud pública. Curiosamente, durante los últimos años diversos profesionales y expertos provenientes de variados intereses en la promoción del bienestar infantil, tales como las políticas públicas (Tolan & Dodge, 2005), la evidencia de la efectividad de los tratamientos (Fonagy et al., 2002), y la ciencia de la prevención (Lalongo et al., 2006), han propuesto ciertos lineamientos generales (y hasta consensuales) sobre la tendencia futura del rol del profesional en la salud mental infantil. Fonagy et al. (2002) proponen que paulatina e implícitamente está surgiendo una especie de pan-modelo o modelo

sistémico implícito (o quizás un anti-modelo) que busca una combinación de múltiples perspectivas integradas en diversos niveles, bajo el alero de la evidencia empírica actual sobre todas las disciplinas abocadas al estudio de la prevención, tratamiento y explicación de las trayectorias normales y desviadas del desarrollo infantil.

Algunos elementos de estas propuestas son que el niño es más que un individuo, los modelos transaccionales/sistémicos de complejidad ya han demostrado con creces que el niño no puede ser comprendido, evaluado y tratado como una entidad individual, desconsiderando los múltiples sistemas en los que está comprendido (Sameroff, 1995). Esto implica que las explicaciones simples y un-causales sobre la dinámica compleja infantil deben ser modificadas por una visión multinivel (biológico, individual, relacional, social y cultural) y multiproceso (conducta, afectos, cognición, lenguaje, apego), bajo múltiples trayectorias del desarrollo. El *setting* del cambio no debe restringirse a la consulta individual, el futuro profesional debe ser una persona conectada a todos los contextos vitales del niño, trabajando e implementando estrategias en el colegio, domicilio, barrio, etc. Este es un elemento muy importante, ya que muchos psicólogos y psiquiatras suelen atender a los niños en la consulta, siendo que salir de la consulta a trabajar con profesores, pediatras, educadoras de párvulo y visitas domiciliarias, parece ser una estrategia más adaptada al verdadero contexto de cambio del niño. Ya algunos estudios han demostrado que el *setting* de la consulta puede no ser el mejor lugar para provocar cambios positivos en el niño y su familia, en relación al contexto de la comunidad, escuela, hogar, e incluso campamentos de verano (Cunningham, Bremner, & Boyle 1995; Olds, Henderson, & Kitzman, 1994; Smith et al., 2004). Incluso, resultados controvertidos han demostrado que el agente del cambio no necesariamente es el profesional de salud mental especializado (sino que también lo pueden ser los amigos, los profesores, educadoras de párvulo, o los padres) (Denham & Burton, 2004; Howes, 1999). Otro punto importantes es que la intervención debe adaptarse al niño y su contexto, y no viceversa: la posición clásica del experto que aplica un modelo o enfoque determinado, opera bajo la lógica que las técnicas y estrategias que propone el modelo, deben servir para la amplia gama de trastornos. Sin embargo, dada la

diversidad y complejidad de la psicopatología infantil parece muy difícil que un set limitado de estrategias funcione para este amplio abanico de problemas. Por esto, la propuesta actual consiste en tratar de buscar la estrategia que mejor se adapte a la problemática, edad, nivel de funcionamiento y cultura del niño, independiente de si pertenece o no al enfoque en cuestión. Este principio básico de preguntarle al niño y su familia lo que necesita, más que imponerle lo que requiere si bien se aplica a todo problema infantil, es casi una obligación en aquellas poblaciones de extremo riesgo, en donde la mayor colaboración con la familia disminuyendo la posición de sabio (pero no de experto) parece ser la única vía de lograr mayor continuidad y motivación en el tratamiento (Mc Donough, 2004). El concepto de familia es redundante en el tratamiento con niños: es decir, en la actualidad se considera que ningún tratamiento psico-social de ningún tipo debería excluir a la familia como foco central de cambio y ayuda. Otro punto es guiar las intervenciones bajo la información disponible de *qué funciona para quién*: tal como ya se ha mencionado, existe información acerca de procedimientos y estrategias efectivas (y no efectivas) para diversos trastornos. Por ejemplo, ningún tratamiento del autismo es efectivo sino es a través de un equipo multidisciplinario que implique un trabajo varias horas a la semana, y en diversos contextos vitales del niño (Fonagy et al., 2002).

Por lo tanto, es un deber profesional estar informado sobre los diversos tratamientos que funcionan, no funcionan, o no han sido testeados empíricamente, a la hora de escoger la mejor alternativa para el infante (por ejemplo, estudios recientes han demostrado que la combinación de técnicas provenientes de diversos enfoques suele tener resultados favorables, en relación a la elección de tratamientos aislados (Henggeler, Cunningham, Pickrel, Schoenwald, & Brondino, 1996). El foco del cambio no debería ser solo la disminución o alivio de la sintomatología: las tendencias actuales en intervención infantil deberían (y muchas ya lo están) estar enfocadas hacia focos de cambio más amplios que posibiliten al niño un mejor funcionamiento en sus contextos de vida (familia, colegio, pares, etc.), es decir, una aproximación más bien basada en el aprendizaje de estrategias o habilidades en el contexto de la colaboración familiar, parece más apropiado que la búsqueda restringida de la baja sintomatología.

Subyacente a todos estos principios se encuentra el mandato primario de la multidisciplinariedad. Es decir, sin la colaboración y el aprendizaje de diversos campos de conocimiento del niño, es imposible la implementación de un sistema integrado de trabajo con los niños. Desgraciadamente, en la actualidad, todavía se observan profesionales reticentes a la cooperación interdisciplinaria.

CONCLUSIÓN

Si consideramos que la American Psychological Association definió la entrega de un servicio o programa apropiado y efectivo como un programa adaptado a la etapa evolutiva del niño, culturalmente apropiada a cada familia, empíricamente testado, y orientado al trabajo familiar, serían muy escasos los servicios que en Chile se están entregando que cumplan todos esas características (especialmente en el criterio de empíricamente testado). Por esto, es urgente la puesta en práctica de grupos de trabajo que permitan elaborar un sistema comprensivo nacional (como el de Tolan & Dodge, 2005) que opere bajo el supuesto de la colaboración multidisciplinaria, la evidencia empírica, la consideración y adaptación al mundo familiar, cultural y escolar del niño, y por sobre todo, la propuesta de ayudas concretas que le permitan al niño funcionar mejor en los contextos que para él son adaptativos.

Más específicamente, los informes realizados por la OMS, tales como el Proyecto Mundial de Salud Mental Infantil y Adolescente ALTAS (2006) han sido tajantes en confirmar las aseveraciones presentadas en este artículo proponiendo la mejora y el trabajo urgente en las áreas de: a) entrega de información a la comunidad sobre los riesgos y factores protectores de la salud mental infantil; b) llenar la gran brecha mundial que existe sobre la falta de políticas públicas sobre el fomento de la salud mental de los niños; c) proporcionar instancias de entrenamiento especializado sobre diversos procesos de la salud mental infantil (tales como la evaluación o el tratamiento); d) financiamiento gubernamental de sistemas en redes que puedan mejorarse y estabilizarse a través de los años.

El sistema de protección de la infancia implementado por el Gobierno de Chile, *Chile Crece Contigo*, parece ser una gran promesa hacia el avance en este tipo de recomendaciones. Uno de los grandes desafíos será entonces la formación de profesionales

que puedan estar a la altura de las evidencias, estrategias y problemáticas que aquejan

actualmente la salud mental de los niños en nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychiatric Association. (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - IV - Texto Revisado*. Elsevier-Masson.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity [Comorbilidad]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.
- Angold, A., & Egger, H. L. (2004). Psychiatric diagnosis in preschool children. En R. del Carmen-Wiggins & A. Carter (Eds.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* [Manual de evaluación de salud mental del infante, niño, y preescolar]. N.Y: Oxford University Press.
- Bralic, S., Seguel, X., & Montenegro, H. (1984). *Prevalencia de trastornos psíquicos en la población escolar de Santiago*. Santiago, Chile: CEDEP UNICEF.
- Burke, K. C., Burke, J. D., Regier, D. A., & Rae, D. S. (1990). Age at onset of selected mental disorders in five community populations [Edad en inicio de trastornos mentales seleccionados en cinco poblaciones comunales]. *Archives of General Psychiatry*, 47, 511-518.
- Collishaw, S., Maughan, B., Goodman, R., & Pickles, A. (2004). Time trends in adolescent mental health [Tendencias actuales en salud mental adolescente]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1350-1362.
- Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Erkanli, A., Stangl, D. K., & Tweed, D. L. (1996). The Great Smoky Mountains study of youth: Functional impairment and serious emotional disturbance [El Gran estudio juvenil de las Montañas Ahumadas: Daño funcional y seria perturbación emocional]. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1137-1143.
- Costello, E. J., & Angold, A. (2006). Developmental epidemiology. En D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology. Theory and method* (2a. Ed., pp. 41-75). N.Y: Wiley & Sons.
- Costello, E. J., Foley, D. L., & Angold, A. (2006). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental Epidemiology [Investigación de 10 años de actualización en revisión: Epidemiología de trastornos psiquiátricos infantiles y del adolescente: II Desarrollo Epidemiológico]. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(1), 8-25.
- Cunningham, C. E., Bremner, R., & Boyle, M. (1995). Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behavior disorder: Utilization, cost-effectiveness and outcome [Gran grupo de programas de educación para la comunidad de familias de pre escolares con riesgo de trastornos de comportamiento oposicionista: Utilización, rentabilidad y resultados]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 1141-1159.
- Delgado, I., Zuñiga, V., & Jadue, L. (2006). *Estudio comparativo de escolares que participaron del Programa Habilidades para la Vida y SIMCE cuarto básico 2005*. Resumen Ejecutivo. Santiago, Chile : JUNAEB
- De la Barra, F., Toledo, V., & Rodriguez, J. (2003). Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidente III: Predictores tempranos de problemas conductuales y cognitivos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 41, 65-76.
- Denham, S. A., & Burton, R. (2004). *Social and emotional prevention and intervention programming for preschoolers* [Prevención social y emocional e intervención programada para pre escolares]. N.Y: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review [Prevención primaria en programas de salud mental para niños y adolescentes: una revisión meta analítica]. *American Journal of Community Psychology*, 25, 114-153.
- Fombonne, F. (2003). The prevalence of autism [Prevalencia del autismo] *Journal of the American Medical Association*, 289, 87-89.
- Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J., & Kurtz, Z. (2002). *What works for whom? A critical review of treatments for childrens and adolescents* [¿Qué funciona para quién? Una revisión crítica de tratamientos para niños y adolescentes]. N.Y: The Guilford Press.
- Friedman, R., Katz-Leavey, J., Manderscheid, R., & Sondheimer, D. (1996). Prevalence of serious emotional disturbance in children and adolescents. En R. W. Manderscheid & M. A. Sonnenschein (Eds.), *Mental Health, United States, 1996* [Salud Mental en Estados Unidos, 1996] (p. 71-88). Rockville, M.D: Center for Mental Health Services.
- Henggeler, S. W., Cunningham, P. B., Pickrel S. G., Schoenwald, S. K., & Brondino, M. J. (1996). Multisystemic therapy: an effective violence prevention approach for serious juvenile offenders [Terapia multisistémica: un acercamiento preventivo eficaz de violencia para serios delincuentes juveniles]. *Journal of Adolescence*, 19, 47-61.
- Howes, C. (1999). Attachment relationships in the context of multiple caregivers. En J. Cassidy & Ph. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications* [Manual complementario. Teoría, investigación

- y usos clínicos] (p. 671-687). N.Y: Guilford Press.
- Huang, L., Stroul, B., Friedman, R., Mrazek, P., Friesen, B., Pires, Sh., et al. (2005). Transforming mental health care for children and their families [Transformando la salud mental para los niños y sus familias]. *American Psychologist*, 60(6), 615-627.
- Lalongo, N. S., Rogosch, F. A., Cicchetti, D., Toth, Sh. L., Buckley, J., Petras, H. et al. (2006). A developmental psychopathology approach to the prevention of mental health disorders. En D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology*. Theory and method (2a. Ed., p. 968-1018). N.Y: Wiley & Sons.
- Jenkins, R. (1998). Mental health and primary care-implications for policy [Salud mental e implicancias en atención primaria para las políticas]. *International Review of Psychiatry*, 10, 158-160.
- Kashani, J. H., Allan, W. D., Beck, N. C. J., Bledsoe, Y., & Reid, J. C. (1997). Dysthymic disorder in clinically referred preschool children [Trastorno distímico en niños preescolares referidos clínicamente]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1426-1433.
- Kazdin, A. E. (2002). Psychotherapy for children and adolescents [Psicoterapia para niños y adolescentes]. *Annual Review of Psychology*, 54, 253-276.
- Keenan, K., Shaw, D. S., Walsh, B., Delliquadri, E., & Giovanelli, J. (1997). DSM-III-R disorders in preschool children from low-income families [Trastornos del DSM-III-R en niños preescolares de familias de bajos ingresos]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 620-627.
- Keren, M., Feldman, R., & Tyano, S. (2001). Diagnoses and interactive patterns of infants referred to a community-based infant mental health clinic [Los diagnósticos y el modelo interactivo de niños de una comunidad clínica de salud mental infantil]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(1), 27-35.
- Lavigne, J. V., Gibbons, R. D., Christoffel, K. K., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H. J., et al. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children [Tasas de prevalencia y su correlación con trastornos psiquiátricos entre niños preescolares]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 204-214.
- Lavigne, J. V., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H. J., Christoffel, K. K., Burns, A., et al. (1998). Mental health service use among young children receiving pediatric primary care [Utilización de un servicio de salud mental entre chicos que reciben un cuidado pediátrico primario]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1175-1183.
- Lecannelier, F., Bardet, M. P., Bascuñan, P., & Nuñez, C. (2005). *Adaptación y validación del Inventario de Conductas para niños de 1.5-5 años, de Thomas Achenbach*. Manuscrito no publicado.
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e Intersubjetividad. La influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Santiago, Chile: LOM.
- Maldonado-Durán, J. M., Helmig, L., & Moody, C. (2001). Signos de alarma en la detección temprana de problemas emocionales y conductuales en el bebé. *Perinatología Reproductiva Humana*, 15, 21-30.
- Maldonado-Durán, J. M. (2002). *Infant and toddler mental health. Models of clinical intervention with infants and their families* [Salud mental del niño y del infante. Modelos de intervención clínica con niños y sus familias]. N.Y: American Psychiatric Publishing.
- Mc Donough, S. C. (2004). Interaction guidance: promoting and nurturing the caregiving relationship. En A. J. Sameroff, S. C. Mc Donough, & K. L. Rosenblum (Eds.), *Treating parent-infant relationship problems. Strategies for intervention* [Tratamiento de problemas de relación padre-hijo. Estrategias de intervención] (p. 79-98). N.Y: The Guilford Press.
- Meltzoff, A. N. (1985). The roots of social and cognitive development: Models of man's original nature. En T. M. Field & N. A. Fox (Eds.), *Social perception in infants*. N.J: Ablex Publishing Corporation.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent offending: a complementary pair of developmental theories. En T. P. Thornberry (Ed.), *Developmental theories of crime and delinquency* (p. 11-55). New Brunswick, NJ.
- National Advisory Mental Health Council, Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention Development and Deployment (2001). *Blueprint for change: Research on child and adolescent mental health*. Rockville, M.D: National Institute of Mental Health.
- Olds, D., Henderson, C., & Kitzman, H. (1994). Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health from 25 to 50 months of life? [¿Tiene efectos duraderos la visita domiciliaria prenatal y de primera infancia de la enfermera sobre la calidad de cuidados paternos y la salud infantil a partir de 25 a 50 meses de vida?]. *Pediatrics*, 93, 228-233.
- Ortiz, M., Lecannelier, F., & Silva, J. (s.f.). *Tendencias de problemas de salud mental en niños de 2 a 5 años de la ciudad de Temuco*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevention of mental disorders. Effective interventions and*

- policy options. Summary report* [Prevención de los trastornos mentales: Intervención efectiva y políticas opcionales. Geneva: autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Child and adolescent mental health resources. Global concerns: Implications for the future* [Recursos de salud mental infantiles y adolescentes. Preocupaciones globales: Implicancias del porvenir]. Geneva: autor.
- Osofsky, J. D., & Fitzgerald, H. E. (2000). *Handbook of infant mental health* [Manual de salud mental infantil]. Madrid: John Wiley & Sons.
- Ringel, J. S., & Sturm, R. (2001). National estimates of mental health utilization and expenditures for children in 1998 [Las estimaciones nacionales de utilización de salud mental y gastos para niños en 1998]. *Journal of Behavioral Health and Research*, 28, 319-333.
- Rochat, Ph. (2002). *El mundo del bebé*. Madrid: Morata.
- Rutter, M., & Sroufe, A. N. (2000). Developmental Psychopathology: Concepts and challenges [Psicopatología del desarrollo: conceptos y desafíos]. *Development & Psychopathology*, 12, 265-296.
- Rutter, M., Caspi, A., & Moffitt, T. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies [Utilización de diferencias sexuales en el estudio de mecanismos causales de la psicopatología: unificación de publicaciones y estrategias de investigación]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1092-1115.
- Sameroff, A. J. (1995). General systems theory and developmental psychopathology. En D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Manual of developmental psychopathology*. Theory and methods (p. 659-695). N.Y: Wiley.
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, regulation of affect, and infant mental health [Los efectos de una relación de apego segura sobre el desarrollo cerebral derecho, afecto la regulación y la salud mental infantil]. *Infant Mental Health Journal*, 22(2), 7-66.
- Smith, P. K., Pepler, D., & Rigby, K (2004). *Bullying in schools. How successful can interventions be?* [Matoneo en colegios: Cuán exitosas pueden ser las intervenciones?]. N.Y: Cambridge University Press.
- Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., & Andreasen, A. H. (2005). The reliability of the ICD-10 and the DC 0-3 in an epidemiological sample of children 1.5 years of age [La fiabilidad del ICD-10 y el DC 0-3 en una muestra epidemiológica de niños de 1.5 años]. *Infant Mental Health Journal*, 26(5), 470-480.
- Stern, D. N. (1985). *El Mundo Interpersonal del Infante*. Barcelona: Paidós
- Tolan, P. H., & Dodge, K. A. (2005). Children's mental health as a primary care and concern [Salud mental de los niños como un cuidado primario e interés]. *American Psychologist*, 60(6),601-614.
- Tremblay, R. E., Masse, L. C., Vitaro, F., & Pihl, R. O. (1995). The impact of friends' deviant behavior on early onset delinquency: longitudinal data from 6 to 13 years of age [El impacto del comportamiento de pares en el desarrollo temprano de delincuencia: Estudio longitudinal de 6 a 13 años de edad]. *Development & Psychopathology*, 7, 649-667.
- Trevarthen, C. (1993). The self born in Intersubjectivity: The Psychology of infant communication. En U. Neisser (Ed.), *The Perceived Self: Ecological and Interpersonal Sources of Self-Knowledge* [El yo percibido: Las fuentes ecológicas e interpersonales del conocimiento de sí mismo]. N.Y: Cambridge University Press.
- Tronick, E. Z. (1989). *Emotions and emotional communication in infants* [Emociones y comunicación emocional en los infantes]. *American Psychologist*, 44, 112-119.
- Waddell, Ch., & Sheperd, C. (2002). *Prevalence of mental disorders in children and youth* [Prevalencia de trastornos mentales en niños y jóvenes]. British Columbia Ministry of Children and Family Development N.Y: Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit.
- Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment [Promoción y prevención de la salud mental juvenil a través de la evidencia basada en la prevención y tratamiento]. *American Psychologist*, 60, 628-648.
- Zeanah, C. (2000). *Handbook of infant mental health* [Manual de salud mental infantil] (2a. Ed.). Madrid: Guilford Press.