

SALUD MENTAL INFANTIL EN LAS AMÉRICAS: ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA¹

Leon Eisenberg²

La aplicación sistemática y generalizada de medidas preventivas basadas en lo que se sabe actualmente sobre las causas y consecuencias de las afecciones psiquiátricas puede reducir mucho la morbilidad por trastornos mentales entre la población infantil de las Américas. Algunas medidas propuestas en el presente documento consisten en dar a todas las mujeres y sus hijos mayor acceso a una atención obstétrica y pediátrica de comprobada eficacia; otras consisten en mejorar la nutrición y la exposición a estímulos cognoscitivos, y otras en ampliar los conocimientos de salud mental que tienen los trabajadores de los servicios de atención primaria mediante un buen adiestramiento práctico. Existen límites en lo que respecta a nuestros conocimientos y a la eficacia de algunas de nuestras intervenciones; sin embargo, el mayor obstáculo a una mejor salud mental infantil es no lograr despertar la voluntad política necesaria para aplicar los conocimientos ya adquiridos a la atención de madres y niños en todos los sectores de la sociedad.

Ningún consultor, por sí solo, posee todos los conocimientos necesarios para formular un plan de acción de salud mental infantil para las Américas. Un plan de tal naturaleza debe prepararse teniendo en cuenta la situación particular de cada país y las características que los continentes tienen en común. También debe reflejar los conocimientos aportados por todas las disciplinas que se ocupan del medio social en que se desarrollan los niños (entre ellas la demografía, epidemiología, economía, sociología y ciencias políticas), así como por aquellas disciplinas clínicas que examinan el desarrollo indivi-

dual de cada niño (genética, pediatría, asistencia social, psicología, enfermería y psiquiatría).

Esta presentación tiene una meta más modesta: describir un enfoque, destinado a promover la salud mental y prevenir los trastornos psiquiátricos, que se base en criterios de salud pública y que tenga en cuenta la prevalencia y gravedad de los problemas y las pruebas acumuladas en torno a la eficacia de las soluciones propuestas. Por encima de todo hay que tener presente lo siguiente respecto de la salud infantil: la igualdad de derechos de la mujer es decisiva para el buen desarrollo físico y mental de los niños, y las necesidades de estos solo se podrán satisfacer en un mundo en que la mujer goce plenamente de los derechos de ciudadanía. Este tema se tratará en un informe conexo sobre política social y salud mental infantil.

¹ Basado en un documento preparado para la reunión del Grupo Consultivo para la Formulación de un Plan de Acción Regional para la Salud Mental Infantil, Organización Panamericana de la Salud, Montevideo, Uruguay, 4 a 8 de noviembre de 1991. La versión original en inglés se publica en el *Bulletin of the Pan American Health Organization* Vol. 26, No. 3, 1992, con el título "Child mental health in the Americas: a public health approach".

² Universidad de Harvard, Facultad de Medicina, Boston, Massachusetts, Estados Unidos de América. Dirección postal: Harvard University Medical School, Boston, Massachusetts 02115, EUA.

Cabe hacer una última observación justificativa. Este documento se basa principalmente en situaciones observadas en los Estados Unidos, lo cual no debe sorprender a los lectores, ya que se trata del país con que el autor está más familiarizado. Sin embargo, cualquier duda que esto pueda suscitar acerca de la pertinencia del trabajo para América Latina no debe existir porque, contrario a lo que se suele pensar, los fracasos y éxitos de los programas de salud mental en los Estados Unidos son fuente de material muy valioso para el diseño de políticas en otros países. Para empezar, los Estados Unidos son muy heterogéneos y pertenecen, simultáneamente, al primer y tercer mundos. En otras palabras, los grupos de población que viven en los tugurios urbanos y en las zonas pobres del medio rural estadounidense sobreviven en condiciones que no difieren mucho de aquellas en que viven los pobres de algunos países en desarrollo, mientras que la mayoría de los estadounidenses gozan de prosperidad. Además, la economía "posindustrial" de los Estados Unidos permite pronosticar las circunstancias que se avecinan para los países que todavía están en proceso de industrialización. Por último, 22 de los 249 millones de habitantes empadronados en el censo estadounidense de 1990 se clasificaron como hispanos y 30 millones como negros. En este sentido, la experiencia derivada de los Estados Unidos es provechosa, no porque proporcione un conjunto de soluciones, sino más bien porque es fuente de datos a partir de los cuales se espera que los lectores saquen deducciones con respecto a las condiciones que imperan en sus propios países.

¿ES POSIBLE PREVENIR LOS TRASTORNOS MENTALES?

Pese a un escepticismo muy difundido, la prevención de *algunos* trastornos psiquiátricos no solo es posible sino que ya es casi completa, en lo que concierne a ciertas afecciones en determinados países. Lo que no

es posible, ni ahora ni en un futuro previsible, es prevenir *todos* los trastornos mentales.

La pelagra constituye un ejemplo revelador. Los pacientes con pelagra combatían los orfanatos y pabellones de los hospitales psiquiátricos de los Estados Unidos en los primeros decenios del presente siglo. Posteriormente, mucho antes de que se demostrara que la enfermedad se debe a una deficiencia de niacina pero ya habiéndose reconocido su origen nutricional (1), la pelagra se eliminó de los Estados Unidos gracias a un mejor régimen dietético (sobre todo a una menor dependencia del maíz molido como fuente de alimento principal). Esta medida preventiva no fue "psiquiátrica", en el sentido estricto de la palabra. Sin embargo, lo que importa no es el mecanismo de acción del agente, ni el medio en que se aplique o la disciplina del profesional, sino la eficacia de la medida para prevenir las enfermedades que se caracterizan por alteraciones de la función mental (2).

Lo que se logró hacer con la pelagra se puede hacer hoy en día con otras afecciones cerebrales orgánicas. También se están llevando a cabo intervenciones prometedoras para prevenir ciertos trastornos psiquiátricos funcionales. Sin embargo, aún no se dispone de medidas para la prevención primaria de enfermedades graves como el autismo, las esquizofrenias infantiles o la depresión.

DEFINICIONES

La prevención, enfocada desde el punto de vista de la salud pública, comprende tres niveles de control de las enfermedades.

La prevención *primaria* está orientada a evitar el desarrollo de enferme-

dades en las poblaciones susceptibles. Sus herramientas son la promoción de la salud (es decir, la enseñanza de prácticas higiénicas; la educación de todo ciudadano, sin excepción, para fomentar el desarrollo cognoscitivo; la provisión de una nutrición óptima para mejorar la resistencia a las enfermedades; el apoyo social a la vida de familia; los programas para grupos paritarios que se llevan a cabo en las escuelas públicas con miras a disminuir la frecuencia con que se adoptan hábitos insalubres, y otras medidas) y estrategias de protección específicas (tales como las inmunizaciones, la yodación de la sal para prevenir el bocio y la administración de inyecciones de toxoide tetánico durante el embarazo para prevenir el tétanos neonatal).

La prevención *secundaria* está destinada a acortar la duración de la enfermedad cuando esta ya se ha presentado, a reducir la posibilidad de contagio y a limitar las secuelas por medio del diagnóstico precoz y del tratamiento inmediato (p. ej., el uso de medicamentos psicotrópicos y de medidas psicosociales para suprimir cualquier estado psicótico agudo). Cuando se trata (prevención secundaria) la primera enfermedad de una serie causal de enfermedades, de hecho se está practicando la prevención primaria de aquellas afecciones que, de otro modo, se hubieran producido a raíz de la primera (constituyen ejemplos el tratamiento con agentes anticonvulsivos y la atención psicosocial de pacientes con epilepsia para minimizar los accidentes y los trastornos de la personalidad, o el tratamiento del hipotiroidismo congénito para evitar el cretinismo).

La prevención *terciaria* se dirige a aquellas personas que tienen una enfermedad irreversible. Tiene por objeto limitar la discapacidad (p. ej., internando a los niños abandonados en hogares de adopción para impedir el estancamiento del desarrollo oca-

sionado por la estancia en orfanatos), minimizar las exacerbaciones de cualquier enfermedad subyacente (p. ej., proporcionando educación psicosocial a las familias de pacientes esquizofrénicos) y promover la rehabilitación (p. ej., ofreciendo capacitación en formas de intercambio social, orientación vocacional y talleres de actividad supervisada para adolescentes con discapacidades mentales).

En el primer caso, la meta es evitar el desarrollo de la enfermedad; en el segundo, acortar la duración de la enfermedad ya presente y, en el tercero, mantener la función hasta donde sea posible cuando no se dispone de ningún tratamiento eficaz para la enfermedad en sí.

INTERVENCIONES PREVENTIVAS

En esta sección se citan y describen varias formas ampliamente comprobadas de prevenir los trastornos mentales. Estas se enumeran, en una secuencia paralela a las etapas del ciclo vital, comenzando antes de la concepción y terminando en la vejez.

Planificación familiar y atención prenatal

Cuanto más numerosos sean los embarazos y más cercanos el uno al otro en la vida reproductiva de la mujer, mayores serán los riesgos de mortalidad materno-infantil y más retardado el desarrollo ulterior de los niños. Los estudios que se han llevado a cabo en países desarrollados han demostrado que cuanto más numerosos son los niños en una familia (después de compensar el efecto de otras variables), menor es el nivel de escolaridad que estos alcanzan (3). Los embarazos imprevistos e indeseados en adolescentes conllevan un alto riesgo para la salud materno-infantil (4, 5).

Si se analizan en conjunto, los resultados citados demuestran la importancia de acudir a los servicios de planificación fa-

miliar para reducir el número de hijos y prolongar los intervalos entre nacimientos, con el fin de mejorar en lo posible la capacidad de los padres de atender a sus hijos adecuadamente. Los riesgos para la salud que se asocian con los métodos anticonceptivos modernos son *mucho menores* que los relacionados con el embarazo y el parto (6). Los servicios integrados de planificación familiar deben incluir algún tipo de instrucción sobre los distintos métodos anticonceptivos y cómo conseguirlos.

El aborto sin riesgo debe ser una medida de respaldo disponible en aquellos casos en que fracasan los anticonceptivos. Los adolescentes usan los anticonceptivos de manera esporádica, pero aun cuando el uso es constante, cada método anticonceptivo tiene un índice de fracaso (que suele ser el mínimo en el caso de la píldora anticonceptiva). Es inevitable que haya tasas elevadas de morbilidad y mortalidad como consecuencia de abortos ilegales si se deniega el acceso a abortos legales y sin riesgo.

La nutrición inadecuada, el consumo de cigarrillos y alcohol, la farmacodependencia y una mala atención prenatal durante el embarazo se asocian con diversos peligros en la etapa fetal, entre ellos una mayor frecuencia de bajo peso al nacer. Este, a su vez, está relacionado con una tasa más alta de mortalidad neonatal y con retraso del desarrollo en los sobrevivientes.

La alta tecnología propia de las unidades de cuidados neonatales intensivos (UCNI) permite salvar la vida de muchos lactantes que nacen con muy bajo peso, pero esto implica un desembolso monetario mucho mayor y produce resultados mucho menos satisfactorios, en términos de desarrollo infantil, que mejorar el estado físico y la condición social de la madre durante el embarazo. Por lo tanto, aunque las UCNI tienen una mortalidad más baja en los Estados Unidos que en Suecia, si se considera *cada peso al nacer* individualmente, la tasa global de mortalidad neonatal sueca es menor que la estadounidense porque la proporción de niños con bajo peso al nacer en los Estados Unidos excede a la sueca en 50% (7).

La provisión de servicios integrados de atención prenatal, de asistentes del parto adiestrados, y de servicios especiales para la atención de embarazos de alto riesgo en el hospital reducirá la morbilidad psiquiátrica de los niños nacidos vivos (8). Sosa *et al.* (9) y Klaus *et al.* (10) han demostrado que la presencia de una acompañante de sexo femenino (denominada "doula", que en griego quiere decir mujer con experiencia) cuya función es prestar apoyo durante el parto y alumbramiento reduce considerablemente la necesidad de hacer cesáreas. Esta simple medida redujo la morbilidad materna en un servicio obstétrico de Guatemala. Kennell *et al.* (11) también obtuvieron este asombroso resultado en un ensayo aleatorio realizado en Houston, Texas. Como dicen los autores, "el apoyo durante el parto data de muchos siglos, pero ahora se han confirmado sus beneficios en tres estudios controlados ... Sus efectos favorables no se deben olvidar para dar paso a un número creciente de tecnologías cada vez más complejas".

Un ensayo de prevención aleatorio que se realizó recientemente entre mujeres en riesgo de tener hijos con defectos del tubo neural (por haber ya tenido un embarazo afectado) reveló que la suplementación con ácido fólico ejerce un gran efecto protector (72%) (12). Cuando las circunstancias lo permiten (sobre todo en los países industrializados), se deben realizar pruebas para detectar altas concentraciones sanguíneas de fetoproteína alfa y anomalías cromosómicas (con técnicas citogenéticas) y morfológicas (con ultrasonografía), ya que esto permite la identificación y aborto de fetos anormales en las madres en riesgo.

Tamizaje del recién nacido

Es posible detectar una serie de anomalías metabólicas congénitas al efectuar el examen habitual del recién nacido. Entre las

afecciones que se pueden tratar eficazmente destacan la fenilcetonuria, la galactosemia y los trastornos congénitos de la glándula tiroidea. Todas estas afecciones son capaces de ocasionar graves alteraciones del sistema nervioso central si no se inicia el tratamiento en las primeras semanas de vida y si no se continúa de ahí en adelante. Las manifestaciones clínicas de los primeros dos trastornos se pueden prevenir con una dieta adecuada; las del tercero, mediante la administración de tiroxina.

El hecho de que estos trastornos ocurran con poca frecuencia en personas de raza caucásica (uno de 3 600 a 5 000 niños nacidos vivos en el caso de las alteraciones de la función tiroidea, uno de 10 000 a 25 000 en el de la fenilcetonuria y uno de 60 000 a 80 000 en el de la galactosemia) (13) hace que el tamizaje de los recién nacidos sea de utilidad como medida de salud pública solo en aquellos países donde los servicios de salud están muy avanzados. Aunque la detección de casos tiene un costo relativamente alto debido a que se trata de afecciones poco comunes, también es muy costosa para la comunidad la atención de por vida de los niños con trastornos graves. A pesar de ello, los programas de tamizaje tienen poco valor o ninguno si no se acompañan de un programa integrado de seguimiento que garantice la mejor atención posible a los niños en riesgo (14).

La inmunización en la infancia

De acuerdo con la información proporcionada para 1990 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se ha logrado prevenir más de dos millones de muertes infantiles mediante la inmunización contra la difteria, la tos ferina, el tétanos, el sarampión, la poliomielitis y la tuberculosis. No obstante, sigue habiendo alrededor de

tres millones de defunciones cada año como consecuencia de enfermedades para las cuales hay vacunas disponibles. Esto se debe a que el programa de vacunación no ha llegado a cubrir a todos los niños susceptibles (15).

Las cifras de mortalidad subestiman la magnitud de la carga que esto constituye para el sector de la salud pública, puesto que no incluyen la morbilidad ocasionada por las afecciones del sistema nervioso central (SNC) ni tienen en cuenta las consecuencias psicosociales de la discapacidad crónica que suelen sufrir los sobrevivientes. Si el Programa Ampliado de Inmunización se pusiera en efecto a gran escala, se producirían resultados sumamente beneficiosos no solo en términos de una reducción aun mayor de la mortalidad infantil (lo cual haría que los padres estuvieran más dispuestos a no tener familias numerosas), sino en términos de una ausencia de función cerebral deteriorada y de discapacidades psicosociales entre los niños que sobreviven.

La prevención de la desnutrición

Una ingestión deficiente de micronutrientes específicos y de proteínas en general puede afectar el desarrollo cerebral y menoscabar el funcionamiento cognoscitivo y emocional. Los trastornos por deficiencia de yodo (TDY) proporcionan el ejemplo más destacado de deterioro de la función cerebral producida por una deficiencia de micronutrientes. Los TDY afectan a más de 400 millones de personas en el Asia solamente (16). Entre sus manifestaciones clínicas figuran la mortinatalidad, los abortos y las anomalías congénitas; el cretinismo endémico, que se caracteriza por retraso mental, sordomudez, diplejía espástica y otros trastornos neurológicos, y alteraciones de la función mental relacionadas con el bocio. Los TDY se pueden prevenir durante un período de tres a cinco años en individuos expuestos al riesgo mediante una inyección de 2 a 4 ml de aceite de semilla de amapola yodado, tratamiento que puede ser administrado fácilmente por el personal de atención primaria. Para prevenir los TDY, hay que administrar el aceite yodado

antes de la concepción; el tratamiento que se inicia en el primer trimestre del embarazo ya no es del todo eficaz. Las inyecciones de aceite son factibles y prácticas como medida inmediata para controlar los TDY endémicos, pero por razones de costo y conveniencia, la meta a largo plazo debe ser el establecimiento de un programa de yodación de la sal que cubra a toda la población (17). El éxito de un programa de este tipo depende de que se logre, mediante la educación del público, conseguir el apoyo completo de la población (16).

En el caso de otra deficiencia, tres ensayos de campo (dos de ellos con testigos que recibieron placebo) han demostrado que la suplementación con altas dosis de vitamina A reduce la morbilidad y mortalidad de los niños con deficiencias nutricionales subclínicas (18-20). La anemia por deficiencia de hierro se ha asociado con un rendimiento más bajo en pruebas de desarrollo mental y motor durante el primer año de vida. Los niños que han padecido anemia ferropénica durante este período corren el riesgo de tener un déficit permanente del desarrollo (21).

La infestación parasitaria en los niños puede retrasar el desarrollo físico y cognoscitivo. Hoy en día se pueden tratar con buenos resultados 19 de las 23 principales infestaciones helmínticas que afectan al ser humano mediante la administración de uno de los siguientes medicamentos orales: albendazol, praziquantel o ivermectina.

De hecho, hoy en día también debería ser factible tratar la deficiencia de yodo, la deficiencia de vitamina A y las infestaciones parasitarias mediante la administración de medicamentos orales en la escuela. Programas de este tipo se están ensayando en la actualidad (22).

La desnutrición proteino-calórica grave, que pone en peligro la vida, aumenta las posibilidades de que la exposición a agentes infecciosos produzca enfermedades clínicamente activas, puesto que la desnutrición menoscaba el sistema inmunitario del huésped. Además, en las personas desnutridas las manifestaciones sistémicas de algunas enfermedades suelen ser más graves que en personas bien nutridas. Las afeccio-

nes gastrointestinales, que suelen ser más frecuentes en personas mal alimentadas, aumentan la demanda de nutrientes del huésped porque incrementan las necesidades calóricas, al mismo tiempo que producen una menor ingestión y absorción de alimentos. Los "tratamientos" de tipo casero y tradicional para la diarrea agravan el problema debido a que consisten en una menor ingestión de alimentos y líquidos.

La combinación de desnutrición crónica y circunstancias familiares poco favorables produce un retraso del desarrollo cognoscitivo y social (23). Estudios realizados con niños desnutridos indican que el daño se debe a la interacción y acumulación de estímulos nocivos de tipo biológico y social (24). Grantham-McGregor y sus colegas (25, 26) han demostrado que si se proporcionan alimentos y estímulos sociales a los niños hospitalizados por desnutrición, y si los padres, adiestrados por trabajadores que visitan el hogar, continúan esta conducta después del egreso, el desarrollo logrado es mayor que cuando se aplica un programa de suplementación alimentaria solamente. Para que sea eficaz, el tratamiento debe orientarse a todo el conjunto de deprivaciones sociales y nutricionales.

La vigilancia del desarrollo de los niños pequeños, que es un procedimiento simple y fácilmente aplicable en el nivel local, permite detectar precozmente cualquier retraso del desarrollo. Es uno de los cuatro componentes de la iniciativa "GOBI" del UNICEF: vigilancia del crecimiento, rehidratación oral, lactancia materna e inmunización (27).

La prevención de accidentes

Las lesiones que se sufren a causa de un accidente (llamadas más acertadamente lesiones no intencionales) son la causa

principal de “años de vida potencial perdidos” en los Estados Unidos, si se definen los AVPP como el número de defunciones a causa de una enfermedad determinada, multiplicando, para cada caso, la diferencia en años entre la edad de la persona al morir y los 65 años (28).

Los accidentes de vehículos de motor son causa importante de lesiones cefálicas y de la médula espinal en quienes los sobreviven. Tales lesiones se pueden prevenir mediante la imposición rigurosa de límites de velocidad más bajos (29), carreteras mejor diseñadas, reglamentos de tránsito, sanciones muy estrictas por conducir en estado de embriaguez y el uso de cinturones automáticos, asientos infantiles y bolsas de aire protectoras.

En la población infantil, montar en bicicleta es una de las principales causas de hospitalización por traumatismos cefálicos. En un estudio reciente (30), se encontró que los ciclistas que usaban casco protector tenían, en comparación con los que no lo usaban, un riesgo mucho menor de sufrir lesiones cerebrales tras un accidente (razón de productos cruzados = 0,12; IC 95% = 0,04–0,40).

Se puede reducir a un mínimo el número de envenenamientos infantiles si se hace obligatorio el uso de tapas protectoras especiales en los envases de medicamentos y productos químicos de consumo doméstico (31). Las concentraciones sanguíneas de plomo en los niños se pueden reducir si se controla estrictamente el contenido de este metal en la gasolina de los automóviles (32).

Visitas a domicilio y mejores servicios de guardería

David Olds *et al.* (33, 34), de la Universidad de Rochester, Nueva York, han

demostrado que los programas que comprenden visitas domiciliarias pre y posnatales, transporte a los servicios de atención sanitaria y tamizaje para detectar trastornos sensoriales y del desarrollo son eficaces para prevenir el maltrato y abandono de los hijos de madres primíparas desfavorecidas. Las mujeres que habían sido visitadas en el hogar por una enfermera supieron aprovechar mejor los servicios comunitarios, sintieron más apoyo social, mejoraron su régimen alimentario y redujeron el consumo de tabaco. También se observaron incrementos de la duración de la gestación y del peso al nacer y se documentaron menos casos de maltrato infantil entre las madres adolescentes solteras y de escasos recursos.

Estudios realizados en países desarrollados y en desarrollo han demostrado que los niños que se crían en circunstancias de privación tienen un déficit del desarrollo cognoscitivo, un menor rendimiento académico, y tasas más altas de trastornos del comportamiento y de conducta antisocial (35). Las probabilidades de sufrir estos desenlaces tan catastróficos se pueden reducir a través de mejores servicios de guardería que permitan a los padres participar activamente. Distintos estudios de observación a largo plazo han demostrado una mejoría de la historia ocupacional, un menor número de embarazos en madres solteras y una menor frecuencia de problemas académicos y de trastornos del comportamiento (36–38).

Las guarderías pueden facilitar el logro de una segunda meta: enseñar a los adolescentes a ser padres, proporcionándoles la oportunidad de cuidar a niños pequeños en circunstancias supervisadas. La eficacia de esta estrategia no se ha comprobado oficialmente, pero su utilidad radica en el hecho de que aprender a cuidar niños en el seno familiar, como se ha acostumbrado tradicionalmente, es una posibilidad cada vez más remota. Dado que ahora las familias son más pequeñas, ambos padres suelen trabajar y más y más familias se componen de un solo miembro adulto, ya no se puede dar por sentado que este tipo de educación “naturalista” esté al alcance de todos los niños.

Programas comunitarios y escolares

Pierson *et al.* (39) iniciaron un programa de educación para padres y de diagnóstico infantil en un grupo experimental. Este grupo fue sometido a pruebas de desarrollo periódicas a partir de los seis meses de edad, a grupos de diversión infantil semanales a partir de los dos años, y al prekindergarten diariamente a partir de los tres años. La observación de estos niños en la sala de clase demostró que aquellos que pertenecían al grupo experimental tenían menos dificultades de aprendizaje y menos problemas de lectura al llegar al segundo grado.

Ramney y Campbell (40) evaluaron un programa de prevención, destinado a la población infantil, en el que se ponía énfasis en el desarrollo lingüístico, cognoscitivo, perceptivo, motor y social de niños de 18 a 54 meses de edad. Los niños inscritos en el programa obtuvieron puntajes mucho más altos que los niños del grupo testigo en una serie de pruebas de habilidad mental.

Botvin *et al.* (41) evaluaron un currículo escolar de 12 unidades, impartido por líderes estudiantiles o por maestros de primaria, seguido de sesiones de refuerzo periódicas en años posteriores. El objetivo era hacer que los estudiantes de primer ciclo de la escuela secundaria elemental que pertenecían a un grupo experimental adquirieran las destrezas necesarias para rechazar el tabaquismo y el consumo de estupefacientes frente a la presión de los compañeros, desarrollar una buena imagen de sí mismos, y sobrellevar sus ansiedades de origen social. El resultado fue una reducción del inicio del tabaquismo entre los estudiantes del grupo experimental, según revelaron tanto las declaraciones de los propios estudiantes como los análisis de saliva.

Estos y otros programas modelo han sido revisados por el Grupo de Trabajo en Prevención de la Asociación Americana de Psicología (*American Psychological Association Task Force on Prevention*) (42). Este grupo observó que todos los programas exitosos compartían las siguientes características: "la selección cuidadosa de la población destinataria,

la capacidad de alterar el rumbo vital, la provisión de apoyo social, la enseñanza de aptitudes necesarias para las relaciones sociales, el fortalecimiento de las fuentes de apoyo familiar y comunitario ya existentes y la evaluación rigurosa de la eficacia de las medidas adoptadas" (p. 57).

La prevención en el entorno clínico

Las enfermedades yatrógenas. Se pueden reducir las enfermedades yatrógenas producidas por la prescripción inapropiada de medicamentos si se enseña a los trabajadores de atención primaria a reconocer y tratar las afecciones psicosociales. Geil *et al.* (43) han registrado una alta prevalencia de trastornos mentales en los servicios de atención primaria infantil de los países en desarrollo. Si se entrena a los trabajadores a reconocer y tratar los trastornos psiquiátricos que se observan en la práctica médica general, se puede no solo reducir el número de pruebas de diagnóstico innecesarias y la administración inapropiada de medicamentos, sino colocar el alcance de la población servicios de salud mental de buena calidad. Las afecciones psicológicas a menudo acompañan a los trastornos físicos crónicos. Pless y Wadsworth (44) han demostrado que estas afecciones pueden perdurar hasta la edad adulta. En un ensayo clínico controlado se demostró que un programa global de atención pediátrica domiciliaria, tanto biomédica como psicosocial, produjo beneficios duraderos para la salud mental cinco años más tarde (45).

Descuido y maltrato de los niños. El descuido y maltrato de los niños, que constituyen serios problemas en el mundo entero, exigen una intervención rápida y eficaz. Los maestros y trabajadores de salud tienen que saber reconocer los signos de descuido y mal-

trato y emprender medidas para remitir a estos niños a las agencias comunitarias que se dedican a protegerlos. En algunos casos, las instructoras y asistentes sociales, mediante visitas a domicilio, pueden ayudar a estabilizar los hogares y a convertirlos en lugares seguros; en otros, es imprescindible sacar a los niños del hogar cuanto antes para proteger su salud mental y asegurar su supervivencia.

Pero este es solo el primer paso.

La estancia en una casa de crianza puede ser una solución a corto plazo si se logra reintegrar la familia original y devolver el niño a ella (por ejemplo, cuando el descuido ha sido ocasionado por una crisis familiar pasajera, la hospitalización de uno de los padres, la expulsión de la familia del hogar, u otro factor similar). No obstante, las casas de crianza no ofrecen una solución satisfactoria a largo plazo. Tan pronto se haya confirmado que la familia no es capaz de cumplir con su responsabilidad, se debe proceder a tramitar la adopción del niño y a buscarle un hogar adoptivo. En los Estados Unidos de América, el problema de la colocación de estos niños se ha agravado durante los últimos 30 años, pero aún no se le ha encontrado una buena solución (46, 47).

La epilepsia. Se calcula que la prevalencia de epilepsia en los países menos desarrollados puede ser de 15 a 50 casos por cada mil habitantes, en comparación con 3 a 5 en los países industrializados. Si se mejoran la atención obstétrica y la prevención de accidentes y se tratan más precozmente las infecciones del SNC, se reducirá la prevalencia de epilepsia.

La epilepsia que se deja sin tratar se acompaña de un déficit neurológico paulatino y de un menoscabo psicosocial progresivo que se empeora como consecuencia del

rechazo social provocado por el trastorno. Una mejor identificación de los casos de epilepsia y la hábil administración de agentes anticonvulsivos pueden reducir mucho la discapacidad de tipo psicosocial (48).

La esquizofrenia y los trastornos afectivos. Pese a que aún no se cuenta con medidas para la prevención primaria de la esquizofrenia, las medidas de prevención secundaria, que incluyen la administración de medicamentos neurolépticos a los pacientes y el adiestramiento de la familia con un enfoque psicoeducacional, pueden reducir la duración de los episodios y las probabilidades de una recidiva (49-52). La prevención terciaria, que comprende reducir a un mínimo la hospitalización, reestructurar los programas institucionales y proporcionar clases y talleres supervisados para el desarrollo de habilidades en el campo de las relaciones sociales, pueden prevenir síndromes de desajuste social permanente en pacientes con afecciones crónicas (53).

Las mismas consideraciones son aplicables a los trastornos afectivos. Aunque aún no se dispone de la base de datos necesaria para llevar a cabo la prevención primaria, los antidepresivos tricíclicos, el litio y la psicoterapia interpersonal (54) pueden acortar los episodios de enfermedad y reducir las posibilidades de una recaída (55, 56). En vista de la larga morbilidad que se asocia con las depresiones (57) y el aumento de la incidencia de depresión en cohortes de niños nacidos en años recientes (58), los programas de salud pública deben dar énfasis prioritario al diagnóstico y tratamiento de la depresión en los servicios de atención primaria.

¿ES PREFERIBLE LA PREVENCIÓN EN TODOS LOS CASOS?

Ya que se ha demostrado que algunas enfermedades mentales se pueden prevenir, cabe preguntarse si prevenir es

siempre lo más aconsejable. Desde el punto de vista de la persona que de lo contrario hubiera padecido determinada enfermedad, la prevención es casi siempre preferible al tratamiento, puesto que con ella se evitan la morbilidad y la atención que esta requiere. No obstante, cuando la prevención exige un cambio del comportamiento habitual, y especialmente cuando el cambio se acompaña de síntomas de abstinencia, el "costo" de la prevención puede menoscabar su aceptabilidad. Además, en el caso del tabaquismo, el período entre la conducta riesgosa y sus consecuencias perjudiciales es de varias décadas. Esto refuerza el escepticismo del público porque dejar de fumar reduce, pero no elimina, el riesgo de enfermar.

Pese a que los fumadores tienen un riesgo de sufrir cáncer de pulmón mucho mayor que las personas que no fuman, no todos desarrollan la enfermedad. Por otra parte, esta también ocurre en personas que no fuman. Actualmente se están buscando formas de identificar a las personas en mayor riesgo (quienes presuntamente tienen una susceptibilidad genética a una o más de las sustancias cancerígenas del humo de tabaco), pero aún no se ha descubierto ninguna. Por consiguiente, muchas personas que nunca hubieran tenido cáncer de pulmón deben resignarse a no fumar, a pesar de que esto no garantiza la buena salud. El progreso relativamente lento de las campañas contra el tabaquismo refleja la magnitud de las presiones sociales que refuerzan este hábito.

Desde el punto de vista colectivo, en vez de individual, cualquier decisión en torno a la toma de medidas preventivas exige que se analice la importancia relativa de las metas sociales que se pretende alcanzar (59). Si tomamos de nuevo el ejemplo del tabaquismo, su eliminación implica la pérdida de empleo para muchas personas dedicadas al cultivo de tabaco o a la fabricación de cigarrillos; de los réditos procedentes de los impuestos, y de las divisas generadas por la exportación. Estos factores no invalidan los extraordinarios beneficios de dejar de fumar —una frecuencia mucho menor de cáncer de pulmón, enfermedad isquémica del cora-

zón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, premadurez y otros riesgos para la salud— pero sí ponen de manifiesto la magnitud del desafío en la esfera política (60).

Cabe mencionar un punto adicional: si es baja la incidencia de la enfermedad que se busca prevenir, la relación entre el beneficio para el individuo y el costo para la comunidad cambia considerablemente. Tomemos como ejemplo la enfermedad de la orina con olor a miel de arce (cetoaciduria de cadena ramificada). La incidencia de esta enfermedad en los neonatos es de un caso en 250 000 a 300 000 habitantes (13). Si no se trata, la enfermedad produce retraso mental, convulsiones, infecciones recurrentes y (en la forma clásica) muerte prematura. El tratamiento con una dieta baja en aminoácidos de cadena ramificada puede mejorar el pronóstico si la enfermedad se detecta en el período neonatal y si el tratamiento se inicia de inmediato. Sin embargo, cuando se suman el costo de los programas de tamizaje, el bajo número de casos confirmados y la complejidad del régimen de alimentación, es evidente que la prevención de la cetoaciduria de cadena ramificada solo es factible, como medida de salud pública, en países con sistemas de salud muy avanzados.

COMPONENTES DE LOS PLANES DE ACCIÓN EN SALUD MENTAL INFANTIL

Los datos disponibles sugieren que la eficacia de un plan de salud mental infantil depende de ciertos componentes generales que han de variar de un país a otro debido a factores culturales, políticos y religiosos. Estos componentes son los siguientes:

1. *Planificación familiar.* Ya que la capacidad de los padres de controlar el tamaño de la familia es indispensable para la salud materno-infantil, todos los países deben tener programas de educación sexual en las escuelas y proporcionar en ellos información sobre los distintos métodos anticonceptivos y su eficacia. Las personas sexualmente activas deben tener acceso a estos métodos, así como al aborto seguro cuando estos fracasan.

2. *Atención prenatal.* Para que todos los niños vengan al mundo en condiciones ventajosas, todas las embarazadas deben tener acceso a programas integrados de atención prenatal. Estos deben comprender un buen régimen de alimentación y asesoramiento sobre la importancia de no fumar, beber o consumir estupefacientes durante la gestación. Debe haber personal capacitado para atender el parto, así como atención hospitalaria para partos de alto riesgo. El estrés del parto y nacimiento se puede reducir mediante la presencia de "doulas" en los partos atendidos en el hospital. Si los recursos lo permiten, se deben hacer pruebas para detectar la fenilcetonuria y el hipotiroidismo congénito en los neonatos.

3. *Inmunización.* Para evitar el daño cerebral y la muerte, la cobertura del Programa Ampliado de Inmunización debe extenderse a todos los niños. Al reducirse la morbilidad y mortalidad en la infancia, los padres pueden elegir tener un menor número de hijos, ya que aumenta la probabilidad de que sus hijos sobrevivan hasta la edad adulta.

4. *La buena nutrición.* Para interrumpir el curso de la desnutrición es necesario observar el crecimiento de los recién nacidos y niños pequeños. En los casos indicados, hay que suplementar la dieta con hierro y vitamina A. La anemia ferropénica debe corregirse desde muy temprano. Además, en lu-

gares donde abunda la infestación parasitaria, la nutrición infantil puede mejorarse mediante la administración de medicamentos adecuados a través de los programas escolares de salud pública.

5. *La seguridad de los niños.* Para evitar los traumatismos cefálicos y el consiguiente daño cerebral, todos los países deben invertir en programas de prevención de accidentes. En el caso de los accidentes automovilísticos, estos programas deben incluir el uso de asientos de seguridad para niños y de bolsas de aire protectoras, la imposición de límites de velocidad, la aplicación de la ingeniería moderna al diseño de las carreteras y medidas para reducir la frecuencia de embriaguez entre los conductores. Los motociclistas y ciclistas deben usar cascos protectores. Para evitar los envenenamientos, los envases de medicamentos o de sustancias químicas nocivas deben tener tapas especiales que los niños no puedan abrir. Además, el uso de gasolina y pintura sin plomo y la eliminación progresiva del plomo de los materiales de edificación pueden reducir las concentraciones sanguíneas de este metal en los niños.

6. *Visitas domiciliarias y guarderías.* Los recién nacidos y niños pequeños que provienen de hogares en riesgo (donde hay pobreza, baja escolaridad, madres solteras, antecedentes de conflictos con hermanos mayores y otros problemas) se beneficiarían si, a través de visitas domiciliarias periódicas, enfermeras enseñaran a las madres a cuidar a los recién nacidos, vigilaran el progreso de los niños y movilizaran oportunamente los recursos comunitarios. Estos niños también se beneficiarían si asistieran a guarderías especiales que ofrecen estímulos cognoscitivos y que ofrecen instrucción para los padres.

7. *Programas escolares.* El sistema de educación pública ofrece la oportunidad de impartir a los niños enseñanzas apropiadas para su edad sobre la vida de familia y la sexualidad. Si se trata de niños mayores, el uso de módulos de enseñanza sobre cómo evitar el tabaquismo y la farmacodependencia pueden reducir la frecuencia con que los niños se dejan inducir por los narcotraficantes a adop-

tar hábitos perjudiciales para la salud. Los programas que ayudan a los niños en su rendimiento escolar suelen mejorar su imagen de sí mismos y reducir las afecciones psicológicas. El establecimiento de guarderías y jardines infantiles cerca de las escuelas secundarias públicas provee un "laboratorio" natural para enseñar a los adolescentes a ser buenos padres y, simultáneamente, amplía los servicios de guardería de la comunidad.

8. *La salud mental en la atención primaria*. La enseñanza de conceptos fundamentales de salud mental a todas las personas dedicadas a la atención pediátrica permitirá detectar más temprano y tratar con mayor eficacia los problemas del desarrollo y del comportamiento que afectan a los niños pequeños. La atención de los niños con enfermedades crónicas debe incluir medidas para prevenir los trastornos psicológicos. La prevención de la epilepsia a través de una atención obstétrica más eficaz, medidas de prevención de accidentes y el tratamiento oportuno de las infecciones del SNC debe acompañarse de adiestramiento sobre cómo diagnosticar y tratar los casos de epilepsia, con el fin de prevenir un déficit psicosocial en los niños afectados. En las clínicas comunitarias y escolares, todos los trabajadores dedicados a la atención primaria deben mantenerse alerta para detectar señales de descuido o maltrato infantil y familiarizarse con el proceso de remisión a las autoridades comunitarias correspondientes.

REFERENCIAS

1. Sydenstricker VP. The history of pellagra, its recognition as a disorder of nutrition, and its conquest. *Am J Clin Nutr*. 1958;6:409-414.
2. Report of the APA Task Force on Prevention Research. *Am J Psychiatry*. 1990;147:1701-1704.
3. Blake J. Number of siblings and educational attainment. *Science*. 1989;245:32-36.
4. National Research Council. *Risking the future: adolescent sexuality, pregnancy and childbearing*. Washington, DC: National Academy Press; 1987.
5. Population Council. *International Conference on Adolescent Fertility in Latin America and the Caribbean: overview*. Oaxaca, Mexico; 1989.
6. DaVanzo J, Parnell AM, Foege WH. Health consequences of contraceptive use and reproductive patterns. *JAMA*. 1990;265:2692-2696.
7. Guyer B, Wallach LE, Rosen SL. Birth-weight standardized mortality rates and the prevention of low birth weight: how does Massachusetts compare with Sweden? *N Engl J Med*. 1982;306:1230-1233.
8. Institute of Medicine. *Preventing low birth weight*. Washington, DC: National Academy Press; 1985.
9. Sosa R, Kennell J, Klaus M, et al. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor and mother-infant interaction. *N Engl J Med*. 1980;303:597-600.
10. Klaus MH, Kennell JH, Robertson SS, et al. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *Br Med J*. 1986;293:585-587.
11. Kennell J, Klaus M, McGrath S, et al. Continuous emotional support during labor in a U.S. hospital: a randomized controlled trial. *JAMA*. 1991;265:2197-2201.
12. MRC Vitamin Study Research Group. Prevention of neural tube defects: results of a Medical Research Council vitamin study. *Lancet*. 1991;338:131-137.
13. Committee on Genetics, American Academy of Pediatrics. Newborn screening fact sheets. *Pediatrics*. 1989;83:449-464.
14. Holtzman C, Slazyk WE, Cordero JF, et al. Descriptive epidemiology of missed cases of phenylketonuria and congenital hypothyroidism. *Pediatrics*. 1986;78:553-558.
15. Grant JP. *The state of the world's children 1990*. Oxford: Oxford University Press (para el UNICEF); 1990.
16. Hetzel BS. Iodine deficiency disorders (IDD) and their eradication. *Lancet*. 1983;2:1126-1129.
17. Ramalingaswami V. Endemic goiter in Southeast Asia: new clothes on an old body. *Ann Intern Med*. 1973;78:277-283.

18. Sommer A, Tarwotjo I, Djunaedi E, et al. Impact of vitamin A supplementation on childhood mortality: a randomized controlled clinical trial. *Lancet*. 1986;i:1169–1173.
19. Raahmathullah L, Underwood BA, Thulasiraj RD, et al. Reduced mortality among children in southern India receiving a small weekly dose of vitamin A. *N Engl J Med*. 1990;323:929–935.
20. West KP, Pokhrel RP, Katz J, et al. Efficacy of vitamin A in reducing preschool child mortality in Nepal. *Lancet*. 1991;338:67–71.
21. Lozoff B, Jiménez E, Wolf AW. Long-term developmental outcome of children with iron deficiency. *N Engl J Med*. 1991;325:687–694.
22. Warren KS. Helminths and health of school-aged children. *Lancet*. 1991;338:686–687.
23. Richardson SA. The relation of severe malnutrition in infancy to the intelligence of children with different life histories. *Pediatr Res*. 1976;10:57–61.
24. Dobbing J, ed. *Early nutrition and later achievement*. London: Academic Press; 1987.
25. Grantham-McGregor SM, Stewart ME, Desai P. A new look at the assessment of mental development in young children recovering from severe malnutrition. *Dev Med Child Neurol*. 1978;20:773–778.
26. Grantham-McGregor SM, Powell CA, Walker SP, et al. Nutritional supplementation, psychosocial stimulation, and mental development of stunted children: the Jamaican study. *Lancet*. 1991; 338:1–5.
27. Grant JP. *The state of the world's children*. Oxford: Oxford University Press (para el UNICEF); 1989.
28. Centers for Disease Control. Years of potential life lost before age 65, US, 1987. *MMWR*. 1989;38:27.
29. Wagenaar AC, Streff FM, Schultz RH. Effects of the 65 MPH speed limit on injury morbidity and mortality. *Accid Anal Prev*. 1990;22:571–585.
30. Thompson RS, Rivara FP, Thompson DC. A case-control study of the effectiveness of bicycle helmets. *N Engl J Med*. 1989;320:1361–1367.
31. Walton WW. An evaluation of the Poison Prevention Packaging Act. *Pediatrics*. 1982;69:363–370.
32. Centers for Disease Control. Blood lead levels in US population. *MMWR*. 1982;31:132–133.
33. Olds DL, Henderson CR, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*. 1986;78:65–78.
34. Olds DL, Kitzman H. Can home visitation improve the health of women and children at environmental risk? *Pediatrics*. 1990;86:108–116.
35. Eisenberg I, Earls FJ. Poverty, social deprivation, and child development. En: Hamburg DA, ed. *American handbook of psychiatry*. New York: Basic Books; 1975:275–291.
36. Berrueta-Clement JR, Schweinhart LJ, Barnett WS, et al. *Changed lives: the effects of the Perry Preschool Program on youths through age 19*. Ypsilanti, Michigan: High Scope Press; 1984.
37. Jordan TJ, Gallo R, Deutsch M, et al. Long term effects of early enrichment: a twenty year perspective on persistence and change. *Am J Community Psychol*. 1985;13:393–415.
38. Lazar I, Darlington R, Murray H, et al. *Lasting effects of early education*. Monographs of the Society for Research in Child Development 47 (1–2, serial no 194); 1982.
39. Pierson DE, Pronson MB, Dromey E, et al. The impact of early education measured by classroom observations and teacher ratings of children in kindergarten. *Eval Rev*. 1983;7:191–216.
40. Ramey CT, Campbell FA. Preventive education for high risk children: cognitive consequences of the Carolina Abecedarian Project. *Am J Ment Def*. 1984;88:515–523.
41. Botvin GJ, Baker E, Renick NL, et al. A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention. *Addict Behav*. 1984;9:137–147.
42. Price RH, Cowen EL, Lorion RP, et al. The search for effective programs: what we learned on the way. *Am J Orthopsychiatry*. 1989;59:49–58.
43. Geil R, de Arango MV, Climent CE, et al. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. *Pediatrics*. 1981;68:677–683.
44. Pleiss IB, Wadsworth MEJ. Long term effects of chronic illness on young adults. En: Stein REK, ed. *Caring for children with chronic illness*. New York: Springer; 1989:147–158.
45. Stein REK, Jessop DJJ. Long term mental health effects of a pediatric home care program. *Pediatrics*. 1991;88:490–496.

46. Eisenberg L. The sins of the fathers: urban decay and social pathology. *Am J Orthopsychiatry*. 1962; 32:5-17.
47. Eisenberg L. The social context of behavioral pediatrics. *J Dev Behav Pediatr*. 1990;9:382-387.
48. Robb P. *Epilepsy: a manual for health workers*. Bethesda, Maryland: United States Department of Health and Human Services; 1981.
49. Brown GW, Birley JLI, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry*. 1972;121:241-258.
50. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, et al. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*. 1982;141: 121-134.
51. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, et al. Community management of schizophrenia: a two year follow up of a behavioral intervention with families. *Br J Psychiatry*. 1989;154:625-628.
52. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the after care of schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1986; 43:633-642.
53. Gruenberg EM, Kennedy C. Some determinants of social disability. En: Henderson AS, Burrows GD, eds. *Handbook of social psychiatry*. Amsterdam: Elsevier; 1988.
54. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM. Early recurrence in unipolar depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1989; 46:397-400.
55. Quality Assurance Project. A treatment outline for depressive disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 1983; 17:129-146.
56. NIMH Consensus Development Conference Statement. Mood disorders: pharmacologic prevention of recurrences. *Am J Psychiatry*. 1985; 142:469-476.
57. Kiloh LG, Andrews G, Neilson M. The long term outcome of depressive illness. *Br J Psychiatry*. 1988;153:752-757.
58. Klerman GL, Weisman MM. Increasing rates of depression. *JAMA*. 1989;261:2229-2235.
59. Russell LB. *Is prevention better than cure?* Washington, DC: The Brookings Institution; 1986.
60. Organización Mundial de la Salud. *Informe del director: tabaco o salud*. Ginebra: Consejo Ejecutivo, Asamblea Mundial de la Salud; 1986. (Documento OMS EB 77).

SUMMARY

CHILD MENTAL HEALTH IN THE AMERICAS: A PUBLIC HEALTH APPROACH

The systematic, population-wide application of preventive measures based on what is known about the causes and outcome of psychiatric disorders can markedly reduce morbidity from mental ill health among children in the Americas. The actions proposed here rely partly upon increasing access for all women and their children to thoroughly tested obstetric and pediatric care; in part they depend on improving nutrition and opportunities for cognitive stimulation; and in part they call for enhancing the mental

health skills of primary care practitioners by appropriate in-service training. There are limits to our knowledge and to the effectiveness of some of our interventions; nonetheless, the greatest barrier to better child mental health is failure to muster the political will to apply what is known to the care of mothers and children in all sectors of society.