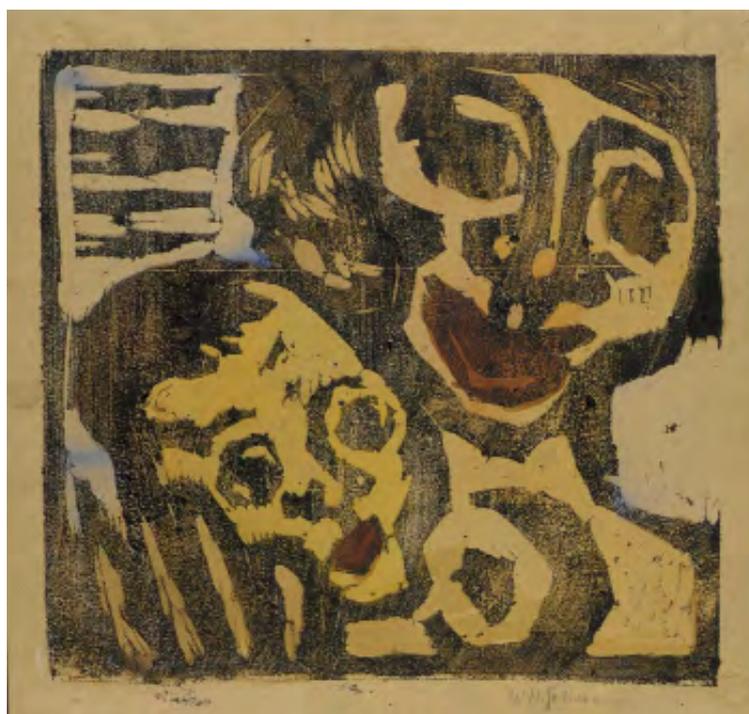


POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Gordon Harper

Edición: Matías Irrarázaval & Andres Martin

Traducción: Fernanda Prieto-Tagle & Marina Romero



Madre y Niño
Refugiado

William H.
Johnson
(1901-1970);
Smithsonian
American
Art Museum,
Donación de
la Fundación
Harmon.

Gordon Harper MD

Facultad de Medicina de
la Universidad de Harvard,
Departamento de Salud Mental
de Massachusetts, Boston,
MA,EEUU

Conflictos de interés: no se
declaran

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de [IACAPAP](#). Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos pueden que no estén disponibles en algunos países, por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis, ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones, o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el Editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2018. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de [Licencia Creative Commons Atribución No Comercial](#). El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial. Envíe sus comentarios acerca de este libro digital o algún capítulo a jmrey@bigpond.net.au.

Cita sugerida: Harper G. Políticas públicas de salud mental en niños y adolescentes (Irrarázaval M, Martin A, ed. Prieto-Tagle F, Romero M trad.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines 2018.

Las políticas públicas de salud mental infantil y adolescente tienen como objetivo mitigar las desigualdades que impiden que los niños alcancen todo su potencial, entre ellas:

- Diferencias económicas
- Diferencias en las circunstancias de la vida
- Diferencias en el acceso a servicios

Otras opiniones sobre las políticas públicas hacen hincapié en la movilización de la voluntad política (Richmond & Kotelchuck, 1983), la transferencia del conocimiento a la práctica (Harper & Cetin, 2008), o la evolución de la actitud pública hacia los niños (Wise & Richmond, 2008). Este capítulo se centra en la mitigación de las disparidades. Con este fin, examinará los cambios recientes que han influido en las políticas públicas:

- Un mayor conocimiento de las desigualdades y sus consecuencias
- Nuevos conocimientos de las intervenciones, tanto a nivel individual como comunitario, para mitigar estas desigualdades
- Aumento de la preparación profesional y política para actuar.

Dado que el desarrollo emocional de los niños se inserta en su desarrollo general, las desigualdades en la salud mental se evalúan necesariamente a la luz de las desigualdades en la salud general global y en el bienestar.

DESIGUALDADES – ALCANCE Y CONSECUENCIAS

Desigualdad económica

Las sociedades pre-modernas no reconocían la infancia como una etapa del desarrollo singular, o consideraban que las diferencias en las capacidades de los niños eran de poca importancia. La presencia en el hogar de los miembros de la familia extensa y las expectativas flexibles del rol de los niños demostraron a menudo ser relativamente tolerantes con las diferencias entre niños. Pero la modernización ha ido cambiando las vidas de los niños de diferentes modos.

En primer lugar, con la urbanización y el aumento de la movilidad intergeneracional (lejos del lugar de nacimiento), hay menos niños que crecen en familias multigeneracionales. En las familias nucleares, dos padres solos (o, a menudo, un solo progenitor) tienen menos “capacidad de amortiguamiento” para adaptarse a las diferencias de la infancia que las tías, tíos y abuelos de la familia extensa.

En segundo lugar, la educación cada vez más estandarizada, con inicio en el preescolar, es menos flexible frente a las diferentes situaciones económicas y trayectorias de desarrollo. Con la finalidad de preparar a los niños para trabajos estandarizados, las escuelas deben clasificar a los estudiantes. En consecuencia, se han ido creando sistemas de evaluación de los

Las vidas de los niños en la literatura

- Dickens: Oliver Twist, David Copperfield
- Stowe: La Cabaña del Tío Tom
- Hugo: Los Miserables



“Por favor, señor, ¿Puedo tener un poco más?”

Ilustración para "Oliver Twist" por George Cruikshank (ca. 1837).

niños, comenzando con el trabajo de Binet a principios del siglo XX en Francia, que clasificaban a los niños en “normales” y “anormales” (Binet, 1903).

En tercer lugar, a medida que las diferencias en el temperamento, el estilo de aprendizaje y la situación social eran cada vez más reconocidas, los niños “diferentes” – inicialmente considerados como un grupo homogéneo – fueron clasificados según trastornos categóricos (p.ej., dislexia, trastornos del lenguaje receptivo y expresivo) a lo largo de diferentes dimensiones (p.ej., capacidad general, percepción social, inatención e hiperactividad). Este reconocimiento dio lugar a organizaciones de defensa y de investigación *basadas en una apreciación de las diversas situaciones sociales* (p.ej., en los EEUU, [All Kinds of Minds](#) y [Mind Institute](#)), y a la creación de servicios especializados – educacionales, sociales, y clínicos (Harper, 2011).

En cuarto lugar, una vez que fue evidente que los niños con necesidades especiales necesitaban programas especiales, muchos comenzaron a sentir que esos servicios deberían estar en consonancia con las necesidades, y no limitados a aquellos con recursos familiares. Los servicios podrían ponerse a disposición de un mayor número de persona, a través de iniciativas privadas, organizaciones no gubernamentales (ONGs), legislación o defensa de los derechos (Harper, 2012)

Circunstancias vitales diferentes

La caracterización de los niños que crecieron en medio de una adversidad notoria (pobreza, esclavitud, orfandad, abuso infantil) en la literatura del siglo XX, aumentó la conciencia pública de las desigualdades en las vidas de los niños (p.ej., Shengold, 1989). En respuesta a esto, se inició la educación pública universal y los niños indigentes fueron separados de las poblaciones mixtas en “casas pobres” financiadas públicamente. Las fundaciones cívicas complementaron el papel tradicional de las organizaciones religiosas en el cuidado de los huérfanos. Se crearon nuevas instituciones que abogaban por los niños maltratados, comenzando en la ciudad de Nueva York en 1875 (Sociedad para la Prevención de la Crueldad hacia los Niños de Nueva York; ver [Historia](#)).

En el siglo XX, las políticas públicas de muchos países, especialmente en Escandinavia, promovieron la igualdad de oportunidades (Hilson, 2008). Incluso en los países desarrollados con un compromiso incompleto a este objetivo, como los EEUU, las organizaciones cívicas abogaban por todos los niños. Algunas de

Tabla J.6.1 Experiencias adversas en la infancia

¿Qué son?

- Abuso psicológico, físico y sexual
- Violencia a la madre
- En el hogar – consumo de sustancias, enfermedad mental, antecedentes penales

¿Para qué aumentan el riesgo?

- Alcoholismo y consumo de sustancias
- Depresión e intentos suicidas
- Tabaquismo
- Muchas parejas sexuales, ETsS
- Inactividad y obesidad grave

Fuente : Edwards et al (2005), Felitti et al (1998)

éstas fueron iniciadas por profesionales (Ptakowski, 2010; ver también las páginas web de la [Liga de América del Bienestar del Niño](#) y de la [Academia Americana de Psiquiatría del Niño y Adolescente](#)). Otras no tienen afiliación de gremio (p.ej., [Liga de Defensa de los Niños](#)).

Tales esfuerzos se han fortalecido en gran medida al demostrar que las *experiencias adversas de la infancia* no sólo causan sufrimiento al niño, sino que tienen efectos medibles a largo plazo (ver Tabla J.6.1). Utilizando los métodos desarrollados por los Centros para el Control de Enfermedades en los EEUU, algunos estudios han mostrado los efectos de las desigualdades en la experiencia de vida temprana sobre la salud y el bienestar posterior. En el Reino Unido, una metodología diferente – utilizando la Entrevista de Experiencias Tempranas de Cambridge – también ha demostrado efectos adversos en la adolescencia (Dunn et al, 2011). Se ha demostrado que ocurren efectos similares en los países en desarrollo: un mayor número de experiencias adversas infantiles predice comportamientos de riesgo para la salud en los adolescentes en Filipinas (Ramiro et al, 2010).

Este argumento se vincula fácilmente con el aumento del conocimiento del desarrollo del cerebro (Spenrath et al, 2011). En Estados Unidos, la Academia Americana de Pediatría, mediante un modelo de eco-biodesarrollo, utiliza la evidencia de que el estrés tóxico, producto de experiencias adversas e influencias ambientales, deja una “marca duradera en la predisposición genética” del niño (Shonkoff et al, 2011) para argumentar y defender la necesidad de una transformación de la atención infantil (Garner, Shonkoff 2012).

La conciencia pública sobre los efectos persistentes de las desigualdades ha sido fomentada por la investigación sobre la movilidad social intergeneracional (DeParle 2012; Jäntti et al 2006). Estos estudios han mostrado mayores tasas de



Yoo Soon Taek, esposa del Secretario General de la ONU, Ban Ki-moon, visitando el Centro de Neurodesarrollo y Trastornos del Espectro del Autismo en Niños (BSMMU, por sus siglas en inglés).
Fotografía: Asociación de Salud Mental Infantil y Adolescente de Bangladesh

movilidad social en algunos países (particularmente EEUU) con respecto a otros. Es decir, a pesar de la creencia popular de la “movilidad ascendente”, la clase de origen de los niños moldea poderosamente su bienestar futuro.

Desigualdad en el acceso a los servicios

En los EEUU, Knitzer (1982) y otros criticaron los servicios existentes para los niños con dificultades. Ellos mostraron que:

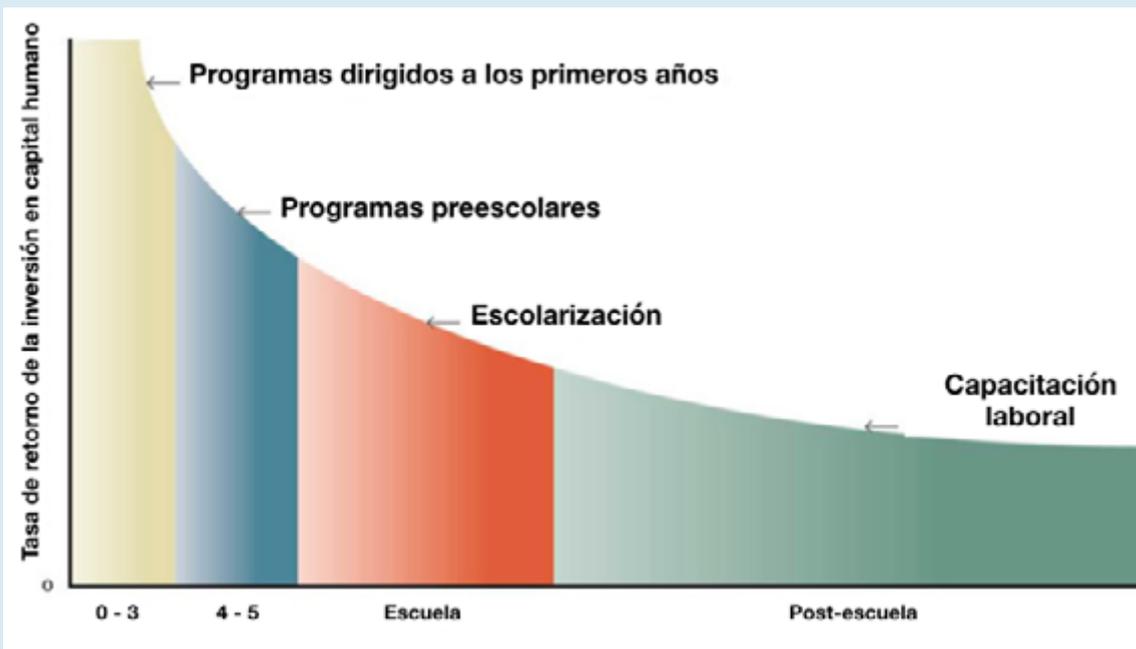
- La mayoría de los niños con problemas no recibían servicios de salud mental en absoluto
- Los servicios disponibles a menudo estaban fragmentados entre las escuelas, los servicios de salud mental y los servicios sociales
- Los servicios convencionales a menudo desvalorizaban a los padres, quienes ya se sentían alienados e indefensos.

En respuesta a lo anterior, se llevaron a cabo iniciativas para disminuir las disparidades en los servicios, respaldadas por fundaciones y el gobierno federal. Estas iniciativas, que operan en docenas de Estados y comunidades, han aumentado la identificación de los trastornos emocionales, mentales y del comportamiento, y han fomentado nuevos tipos de servicios (p.ej., la [Iniciativa Nacional](#) y la Administración de Servicios de Consumo de Sustancias y Salud Mental www.samhsa.gov/samhsa) dirigidos a ser más respetuosos e inclusivos con los padres.

INTERVENCIONES EFECTIVAS PARA ATENUAR LAS DESIGUALDADES

En muchos países, la población reconoce cada vez más que las diferencias de recursos económicos en la infancia, las experiencias vitales y el acceso a los servicios no deben ser simplemente aceptadas, sino que pueden convertirse en el centro

Figura J.6.1 Eficacia de las intervenciones



Fuente: Heckman JJ. Schools, skills and synapses. *Economic Inquiry* 2008; 46: 289-324. Adaptado con autorización.

de las políticas públicas. Esta toma de conciencia llevó a la acción en favor de los niños, conformando un “movimiento global para la equidad en salud” (Marmot et al, 2012), en el que la salud mental debe ocupar su lugar (Raviola et al, 2011).

Refiriéndose a lo que Sridhar (2011) llamó el cambio de la mirada clínica (medicina), a la mirada de la comunidad (epidemiología), y a la mirada económica; la evidencia clínica se ha complementado con la evidencia de la política de salud y la economía. Una revisión de los esfuerzos para atenuar la desigualdad en la primera infancia (Walker et al, 2011; Engle et al, 2011) indica que:

- Las experiencias adversas incluyen la deprivación nutricional y la exposición a tóxicos/infecciones, así como eventos como el abuso y maltrato infantil
- La adversidad en la primera infancia deteriora considerablemente el funcionamiento en la niñez y adolescencia
- Las intervenciones que van desde la suplementación con yodo hasta el apoyo a la relación paterno-filial en la primera infancia tienen un efecto mitigador/protector
- Estas intervenciones van desde la suplementación de yodo hasta las transferencias de riqueza a las conferencias de grupos familiares (Titcomb et al, 2005)
- La intervención es más efectiva en etapas tempranas que en las tardías (ver Figura J.6.1).

Evidentemente, la limitación del argumento económico es que no proporciona apoyo para el cuidado humano y la promoción de aquellos cuyas discapacidades limitan su potencial de “capital humano”. La parte contraria argumenta en términos del peso de la enfermedad, e invoca los derechos humanos (Kieling et al, 2011).

El desafío de efectuar y evaluar tales intervenciones es muy diferente en los países desarrollados y en los que están en vías de desarrollo. En Estados Unidos, se ha hecho mucho énfasis en demostrar los procesos, como por ejemplo una mayor participación en la atención y el grado en que la implementación de la intervención se ajusta a lo que se esperaba (fidelidad), en contraposición con los resultados en los niños y en sus familias. En efecto, es mucho más fácil medir el proceso que los resultados. El [Foro Nacional de la Calidad](#), una institución privada, ha generado algunos indicadores del desarrollo y de la salud mental, mayoritariamente centrados

Objetivo Triple (Berwick et al, 2008)

- Resultados de salud
- Experiencia del consumidor
- Coste por miembro



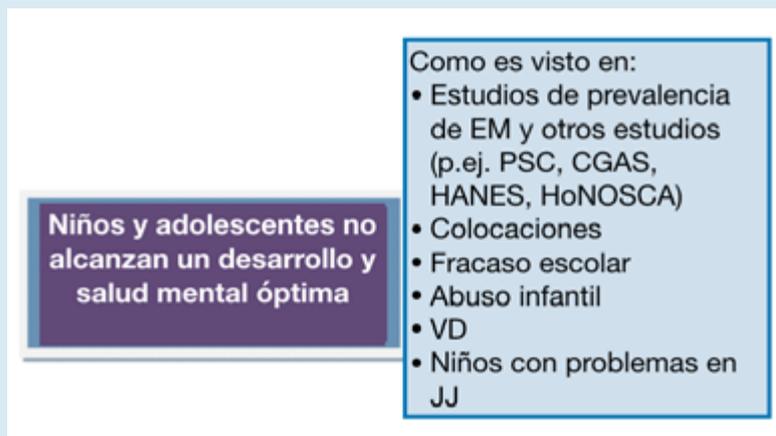
Personal y niños en un servicio de salud mental en Duhok, Iraq.
Fotografía: Abdulbaghi Ahmad

en lo que los proveedores *hacen* (cribado, seguimiento, etc).

Para ir más allá de las medidas de proceso (acceso, participación, fidelidad, etc), el [Instituto de Mejora de la Atención de Salud](#) ha promovido el concepto de “Triple Objetivo” (Berwick et al, 2008). El “Triple Objetivo” analiza los resultados de salud, la experiencia del consumidor, y el coste por miembro. Del mismo modo, en el Reino Unido, las Escalas de Resultados para Niños y Adolescentes de la Salud de la Nación ([HoNOSCA, por sus siglas en inglés](#)), desarrolladas por la Universidad de Manchester y el Colegio Real de Psiquiatras, analiza los resultados funcionales reales de los niños y jóvenes con enfermedades mentales. Las medidas han sido desarrolladas por varios gobiernos. Por ejemplo, en Escocia el gobierno ha publicado un conjunto detallado de indicadores, que abarcan tanto la salud mental como la enfermedad mental (Gobierno de Escocia, 2011).

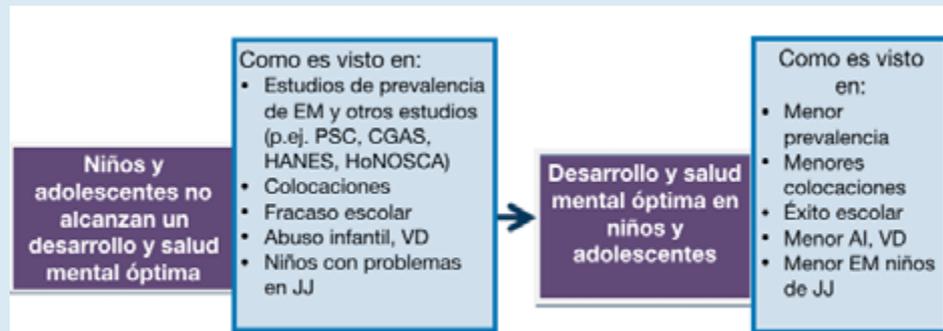
Si bien persisten las desigualdades en los países desarrollados (p.ej., Canadá; Kutcher et al, 2010), se presentan desafíos especiales para atender las necesidades y las respuestas políticas en los países con menos recursos (en desarrollo). Estos desafíos se han descrito para los países con menos recursos como un grupo (Belfer, 2008; Omigbodun, 2008; Eaton et al, 2011) y para países particulares: Brasil

Figura J.6.2 Modelo lógico: definir y medir el problema



PSC: Inventario de Síntomas Pediátricos; CGAS: Escala de Evaluación Global para Niños; HANES: Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición (de los Centros de Control de Enfermedades de EEUU); HoNOSCA: Escalas de Resultados para Niños y Adolescentes de la Salud de la Nación.

Figura J.6.3 Modelo lógico: definir y medir el objetivo



PSC: Inventario de Síntomas Pediátricos; CGAS: Escala de Evaluación Global para Niños; HANES: Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición (de los Centros de Control de Enfermedades de EEUU); HoNOSCA: Escalas de Resultados para Niños y Adolescentes de la Salud de la Nación.

Figura J.6.4 Modelo lógico: análisis del problema – identificando los factores que contribuyen a la intervención

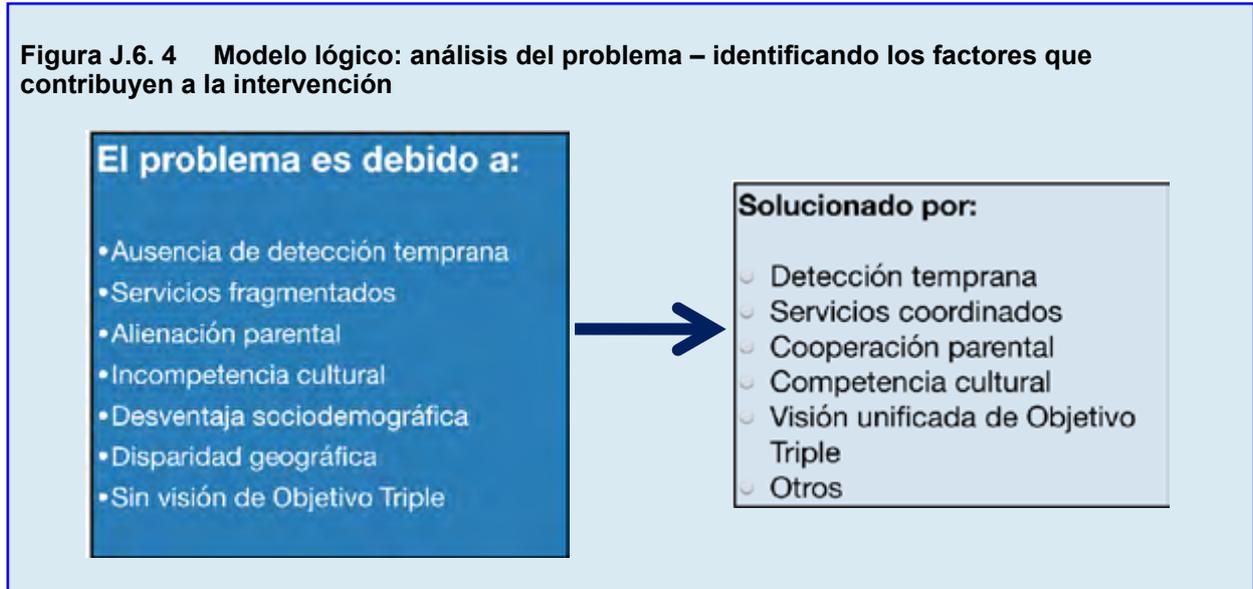
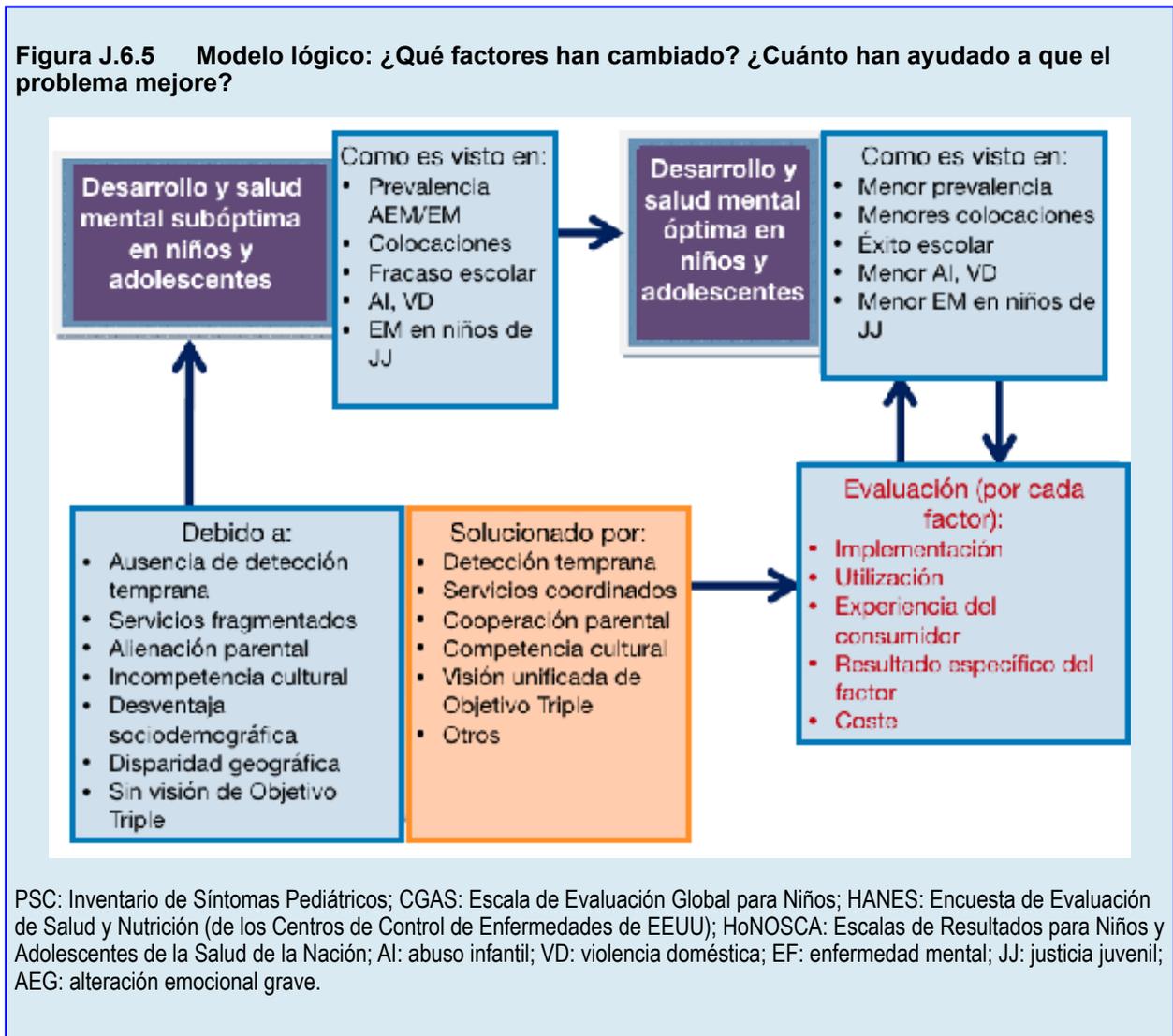


Figura J.6.5 Modelo lógico: ¿Qué factores han cambiado? ¿Cuánto han ayudado a que el problema mejore?



PSC: Inventario de Síntomas Pediátricos; CGAS: Escala de Evaluación Global para Niños; HANES: Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición (de los Centros de Control de Enfermedades de EEUU); HoNOSCA: Escalas de Resultados para Niños y Adolescentes de la Salud de la Nación; AI: abuso infantil; VD: violencia doméstica; EF: enfermedad mental; JJ: justicia juvenil; AEG: alteración emocional grave.

(Couto et al, 2008), México (Espinola-Nadurille et al, 2010) y el Líbano (Fayyad et al, 2010). Los desafíos incluyen bajos niveles de recursos para apoyar la atención, una infraestructura de red no confiable y la tensión entre los enfoques tradicionales y modernos para el tratamiento. El informe mhGAP de la Organización Mundial de la Salud (Dua et al, 2011) aborda específicamente estos desafíos.



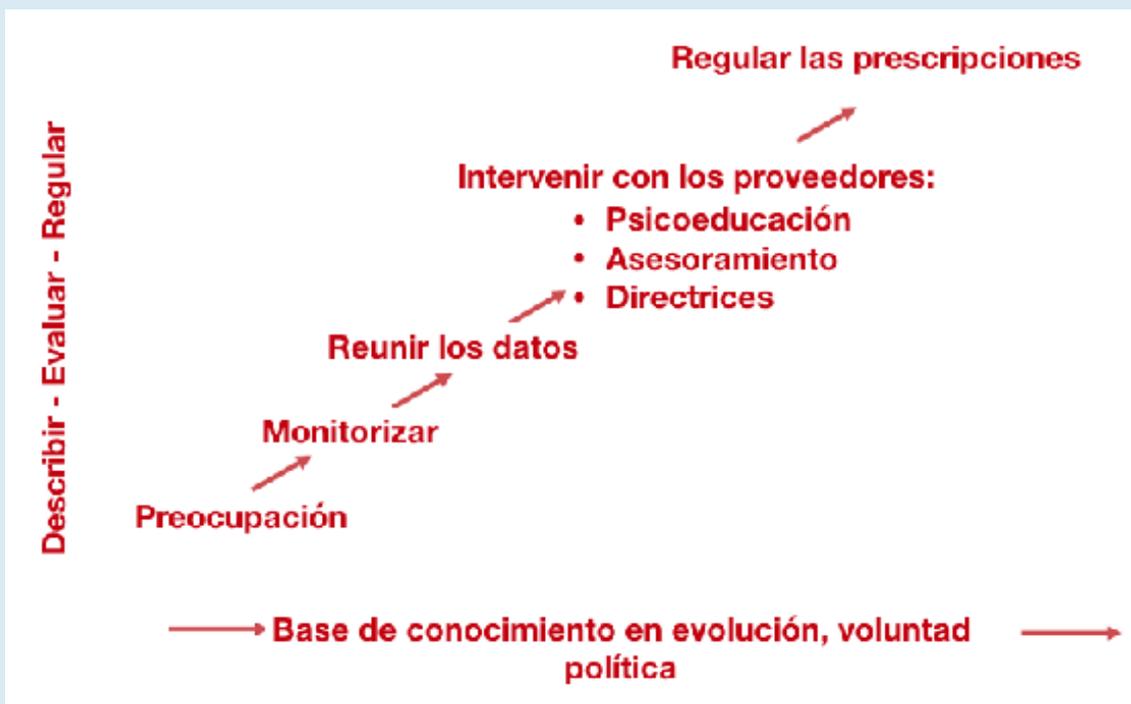
Haga clic en la imagen para ver un video breve (5:08) sobre Touchpoints (Puntos de Contacto, en inglés).

Touchpoints (Puntos de Contacto)

El Centro Touchpoints de Brazelton ha utilizado un enfoque basado en las fortalezas, el desarrollo, relacional y culturalmente informado para el auto-fortalecimiento de la familia y auto-fortalecimiento de la comunidad en más de 160 comunidades. La conexión social, la autoeficacia de los padres y la eficacia colectiva de la comunidad reviven la capacidad de imaginar el futuro de los niños y la comunidad con esperanza. Tal conexión y esperanza son ingredientes críticos, a menudo pasados por alto, para que una generación pueda consolidar a la siguiente. Además de conectarse con otros y con el futuro, las familias y las comunidades también se fortalecen a través de la conexión con el pasado, por medio de la identidad cultural. Enraizada en la teoría dinámica de los sistemas de desarrollo, este enfoque faculta a los padres y otros miembros de la familia, para descubrir y confiar en los recursos propios, de sus hijos y sus comunidades.

Touchpoints no excluye las contribuciones de los profesionales y sus instituciones. Tampoco minimiza el impacto en los niños, las familias y las comunidades de las adversidades como la inseguridad de alimentos, agua y aire. Ofrece una forma de ser, junto con formas específicas de hacer y decir que reequilibran el desequilibrio de poder y perturban el monopolio del conocimiento y la tecnología considerados pertinentes para la crianza de los hijos. Touchpoints también aplica esta actitud y estrategias a organizaciones y sistemas de atención. Este cambio de paradigma crea diferentes relaciones entre profesionales e instituciones, y los niños y las familias a quienes sirven. Este enfoque también conecta a las familias entre sí y con lo que llamamos recursos comunitarios tradicionales e informales.

Figura J.6.6 La evolución del papel del estado respecto a los medicamentos psicoactivos



Otro enfoque para equilibrar la apreciación de lo que se hace (proceso) y lo que se busca (resultado) es utilizar un “modelo lógico”. Este enfoque explica los resultados que importan al mismo tiempo que hace posible probar tanto el análisis del problema identificado como las contribuciones relativas de cada intervención a los resultados deseados. Este enfoque hace explícitos los resultados que importan al mismo tiempo que hace posible probar tanto el análisis del problema identificado como las contribuciones relativas de cada intervención a los resultados deseados. El modelo lógico se desarrolla a lo largo de varias etapas, comenzando por la especificación del problema a ser abordado y cómo se evalúa (Figura J.6.2). En el paso siguiente, el objetivo deseado se indica de manera similar, especificando también cómo debe evaluarse (Figura J.6.3). El problema es entonces analizado, en términos de factores contribuyentes que se prestan a la intervención (Figura J.6.4). Finalmente, con la intervención, el cambio en cada factor identificado se mide y se relaciona con el cambio en el problema original (Figura J.6.5).

Se ha revisado la evidencia de una intervención efectiva (Kieling et al, 2011) así como los obstáculos para la implementación de prácticas con mayor grado de evidencia (Hoagwood, 2003). Los enfoques creativos incluyen la ubicación de la práctica en un “meta-sistema” (Kazak et al, 2010). Algunos ejemplos ilustrativos incluyen el trabajo de Fayyad y colaboradores en el Líbano (2010), para capacitar a los trabajadores de salud comunitarios para identificar y ayudar a los niños que presentan dificultades en las aldeas, y el ambicioso programa de Brasil (Couto et al, 2008), para desarrollar centros de atención psicosocial a nivel comunitario en todo el país. Un enfoque dirigido a la intervención temprana utilizado en diversas comunidades es el fomento de la relación entre padres e hijos, a través del método “Touchpoints” (Puntos de contacto, en inglés) desarrollado por Brazelton (Sparrow, 2010; Sparrow et al, 2011) y del método “Supporting Security” (Seguridad de Apoyo, en inglés) desarrollado por Wittenberg (2009).

Evolución de la conciencia pública, la voluntad profesional y política

En muchos lugares, es evidente el crecimiento de la conciencia pública y profesional de las desigualdades en la vida de los niños, y de las posibilidades de intervenir es evidente en muchos lugares. En los Estados Unidos, los [Institutos Nacionales de Salud](#) han establecido un Instituto Nacional sobre la Salud de las Minorías y Desigualdades de Salud, que ha financiado cerca de una docena de centros centrados en las desigualdades de salud en todo el país. Sin embargo, ninguno de estos parece dedicarse específicamente a la salud infantil, y mucho menos a la salud mental infantil.

En cuanto a la salud mental, el informe mhGAP de la OMS mencionado anteriormente detalla la enorme distancia entre lo que se necesita y lo que se proporciona. El tema de las políticas nacionales para el desarrollo infantil y la salud mental infantil ha sido señalado en países tan diversos como Canadá (Kutcher et al, 2010) y Brasil (Couto et al, 2008), y a nivel internacional (Belfer, 2008). Un papel más activo para los propios jóvenes se observa en el uso de “[mentores pares](#)” en los Estados Unidos y de los jóvenes como “agentes de salud” en Tanzania (Kamo et al, 2008).

El grado de actividad organizada en todo el mundo en favor de la salud

- ¿Tiene preguntas o dudas?
- ¿Quiere hacer algún comentario?

Haga clic en este ícono para ir a la página de Facebook del Manual y compartir su visión respecto al capítulo con otros lectores, hacer preguntas a los autores o editor, o realizar comentarios.

mental de los niños, mucho mayor de lo que se imaginaba hace una década, se refleja en el *Boletín* de la Asociación Internacional de Psiquiatría Infantil y Adolescente y Profesionales Afines (IACAPAP, por sus siglas en inglés).

Y LOS DESAFÍOS...

Si bien en muchos países los niños actualmente se benefician de la conciencia pública de las desigualdades, su impacto y las intervenciones efectivas, aún quedan desafíos. Cabe mencionar varios de ellos:

- ¿Cómo equilibrar las peticiones de competencia de los modelos de atención que son llevados a cabo por profesionales (y pueden ser alienantes para los padres) y aquellos que son impulsados por los padres (y posiblemente anti-o no profesionales)?
- ¿Cómo podemos utilizar innovaciones como los mentores pares/especialistas pares para disminuir la sensación de defecto de los jóvenes con problemas y mejorar su sentido de maestría?
- ¿Cómo equilibrar las intervenciones tempranas, para la prevención, y las posteriores, cuando la discapacidad y la disfunción ya han aparecido?
- En los países donde las prestaciones de salud mental, educación y servicios sociales se han desarrollado separados unos de otros, ¿Cómo se pueden integrar los servicios?
- Cuando el seguro de salud se utiliza para apoyar el servicio de salud mental, ¿Cómo equilibrar los requisitos para demostrar la “necesidad médica”, con las necesidades preventivas y con la necesidad de ayuda más allá de la fase aguda?
- En medio de la promoción de los fabricantes y la apelación a los padres de los medicamentos que prometen ser eficaces y fáciles, ¿Cómo prevenir que la salud mental infantil se convierta en un campo reduccionista, de perspectiva única?
- Cómo definir un enfoque integral, basado en la población, para el desarrollo infantil y la salud mental de los niños, dada la competencia entre algunos, como los padres y los profesionales, que se centran en un grupo con exclusión de otros (como ocurre actualmente con quienes abogan por y los que temen las consecuencias de un aumento de los derechos para aquellos con alguna forma de autismo)?
- Finalmente, a medida que las intervenciones para la salud mental infantil se vuelven más reconocidas, más potentes y potencialmente dañinas, las políticas públicas deben abordar el desafío de garantizar que los servicios sean seguros y eficaces, no sólo remunerativos para el proveedor y satisfactorios para el consumidor. En la Figura J.6.6 se presentan las etapas de desarrollo del papel del Estado en la supervisión de los servicios de medicación, evolucionando de espectador a observador interesado y facilitador de supervisión y establecimiento de estándares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Belfer M (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:226-236.
- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs*, 27:759-269.
- Binet A (1903). [*Etude expérimentale de l'intelligence*] Paris: Schleicher Frères & Cie.
- Couto MC, Duarte CS, Delgado PG (2008). [A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30: 390-398.
- DeParle J (2012). Harder for Americans to rise from lower rungs. *New York Times*, 4 January.
- Dua T, Barbui C, Clark N et al (2011). Evidence-based guidelines for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: Summary of WHO recommendations. *PLoS Medicine*, Nov;8(11):e1001122. Epub 2011 Nov 15.
- Dunn VJ, Abbott RA, Croudace TJ et al (2011). Profiles of family-focused adverse experiences through childhood and early adolescent: the ROOTS project a community investigation of adolescent mental health. *BMC Psychiatry*, 11:109.
- Eaton J, McCay L, Semrau M et al (2011). Global mental health 5: Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 378:1592-1603.
- Engle PL, Fernald LCH, Alderman H et al (2011). Child development 2: Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 378: 1339-1353.
- Espinola-Nadurille M, Huicochea IV, Raviola G et al (2010). Child and adolescent mental health services in Mexico. *Psychiatric Services*, 61: 443-445.
- Fayyad J, Lynn F, Cassir Y et al (2010). Dissemination of an evidence-based intervention to parents of children with behavioural problems in a developing country. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19:629-636. DOI: 10.1007/s00787-010-0099-3.
- Garner AS, Shonkoff JP et al (2012). Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics*, 129:e224-e231
- Harper G, Çetin FC (2008). Child and adolescent mental health policy: promise to provision. *International Review of Psychiatry*, 20: 217-224.
- Harper G (2011). Mental health policy. In RJ Levesque (ed) *Encyclopedia of Adolescence*. New York, NY: Springer, pp1703-1708.
- Harper G (2012). Advocacy for child and adolescent mental health. In Garalda ME, Raynaud J-P (eds) *Brain, Mind and Developmental Psychopathology in Childhood*. Lanham, Maryland: Jason Aronson.
- Hilson M (2008). *The Nordic Model: Scandinavia since 1945*. London: Reaktion Books.
- Hoagwood K (2003). The policy context for child and adolescent mental health services: implications for systems reform and basic science development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008:140-148.
- Jäntti M, Bratsberg B, Røed K et al (2006). *American Exceptionalism in a New Light: A Comparison of Intergenerational Earnings Mobility in the Nordic Countries, the United Kingdom and the United States*. Bonn: Institute for the Study of Labor (IZA) Discussion Paper No. 1938.
- Kamo N, Carlson M, Brennan RT et al (2008). Young citizens as health agents: use of drama in promoting community efficacy for HIV/AIDS. *American Journal of Public Health*, 98: 201-204.
- Kazak AE, Hoagwood K, Weisz JR et al (2010). A meta-systems approach to evidence-based practice for children and adolescents. *American Psychologist*, 65:85-97.
- Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M et al (2011). Global mental health 2: Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*, 378:1515-1525.
- Knitzer J (1982). *Unclaimed Children*. Washington: Children's Defense Fund.
- Kutcher S, Hampton MJ, Wilson J (2010). Child and adolescent mental health policy and plans in Canada: an analytical review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55:100-107.
- Marmot M, Allen J, Bell R et al (2012). Building of the global movement for health equity: from Santiago to Rio and beyond. *Lancet*, 379: 181-188.
- Omigbodun O (2008). Developing child mental health services in resource-poor countries. *International Review of Psychiatry*, 20:225-235.
- Ptakowski KK (2010). Advocating for children and adolescents with mental illness. *Child Adolesc Psychiatric Clinics of North America*, 19:131-138.
- Ramiro LS, Madrid BJ, Brown DW (2010). Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse & Neglect*, 34: 842-855.
- Raviola G, Becker AE, Farmer P (2011). A global scope for global health – including mental health. *Lancet*, 378:1613-1615.
- Richmond JB, Kotelchuck M (1983). Political influences: rethinking national health policy. In McGuire CH, Foley RP, Gorr A et al (eds) *The Handbook of Health Professions Education*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Scottish Government (2011). *Children and Young People's Mental Health Indicators for Scotland*.
- Shengold L (1989). *Soul Murder: The Effects of Childhood Abuse and Deprivation*. New York: Fawcett Columbine (especially Chapter 10: Dickens, Little Dorritt, and soul murder).

- Shonkoff JP, Garner AS et al (2011). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, DOI: 10.1542/peds.2011-2663
- Sparrow JD (2010). Aligning systems of care with the relational imperative of development: building community through collaborative consultation. In Lester B, Sparrow JD (eds) *Nurturing Young Children and Their Families: Building on the Legacy of T.B. Brazelton*. Oxford: Wiley-Blackwell Scientific.
- Sparrow JD, Ironpipe Armstrong M, Bird C et al (2011). Community-based interventions for depression in parents and other caregivers on a northern plains Native American reservation. In Spicer P (ed) *Child Psychology and Mental Health: Cultural and Ethno-Racial Perspectives*, Santa Barbara CA: ABC-CLIO/Greenwood.
- Spencer MA, Clarke ME, Kutcher S (2011). The science of brain and biological development: implications for mental health research, practice, and policy. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20: 298-304.
- Sridhar D (2011). Health policy: from the clinical to the economic gaze. *Lancet*, 378:1909.
- Titcomb A, LeCroy C (2005). Outcomes of Arizona's family group decision making program. *Protecting Children*, 19: 47-53.
- Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S et al (2011). Child development 1: Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet*, 378: 1325–1338.
- Wise PH, Richmond JB (2008). The history of child development policy in the United States. In Wolraich ML, Drotar DD, Dworkin PH et al (eds). *Developmental-Behavioral Pediatrics*. Philadelphia: Mosby.
- Wittenberg J (2009). Supporting Security. *The Signal*, 17: 104.
-



Estudiantes de octavo grado participando en la fase piloto de la intervención Respect 4U (Respeto para ti) en una escuela secundaria en Masiphumele, un pueblo a las afueras de Ciudad del Cabo, Sudáfrica. Fotografía: Julius Oatts