

Futuro de la pediatría: competencias de salud mental para la atención primaria pediátrica

Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health

Los pediatras de atención primaria tienen oportunidades exclusivas y un sentido cada vez mayor de la responsabilidad para prevenir y abordar los problemas de salud mental y el abuso de sustancias en los hogares médicos. En el presente informe de consenso, la American Academy of Pediatrics propone unos requisitos de competencias en la provisión de servicios de salud mental y para abuso de sustancias en ámbitos de atención primaria pediátrica y recomienda los pasos a seguir para alcanzarlas. El logro de las competencias propuestas en este informe es un objetivo y no una expectativa actual. Requerirá innovaciones en la formación de residentes y una educación médica continuada, al igual que el compromiso por parte de los médicos individuales en proseguir, a lo largo del tiempo, las estrategias educativas adecuadas a su estilo de aprendizaje y nivel de aptitud. Las mejoras del sistema, tal como una relación de colaboración con los especialistas en salud mental y cambios en la financiación de la salud mental, deben preceder a la mejora de la práctica clínica. Por esta razón, las competencias propuestas empiezan con unos conocimientos y habilidades para un ejercicio de la profesión basado en sistemas. Las competencias propuestas se superponen con la de los especialistas en salud mental en algunas áreas; por ejemplo, incluyen los conocimientos y habilidades para atender a los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, ansiedad, depresión y abuso de sustancias y para reconocer las urgencias psiquiátricas y sociales. En otras áreas, las competencias reflejan la singularidad del papel de los pediatras de atención primaria: el desarrollo de la entereza o capacidad de recuperación en todos los niños; la promoción de estilos de vida saludables; prevención o mitigación de los problemas de salud mental y abuso de sustan-

cias; identificación de los factores de riesgo y de los problemas de salud mental incipientes en los niños y sus familias; y la asociación con las familias, escuela, organismos y especialistas en salud mental para planificar la evaluación y tratamiento. Las habilidades interpersonales y de comunicación propuestas reflejan el papel decisivo de los pediatras de atención primaria para superar los obstáculos (percibidos y/o experimentados por los niños y sus familias) en la solicitud de ayuda relacionada con las preocupaciones de salud mental y abuso de sustancias.

INTRODUCCIÓN

Los objetivos del presente informe de consenso son expresar las competencias, es decir, las habilidades, conocimientos y actitudes, que necesitan los médicos de atención primaria (MAP) para abordar los problemas de salud mental prevalentes entre niños y adolescentes de Estados Unidos y favorecer el uso de las competencias para guiar la educación de residencia y la educación continuada de los MAP.

Definiciones y ámbito

En el presente informe el término “mental” tiene la intención de incluir “conductual”, “neurodesarrollo”, “psiquiátrico”, “psicológico”, “emocional”, y “abuso de sustancias”, al igual que un contexto familiar¹⁻⁶ y las preocupaciones comunitarias, como los malos tratos infantiles y el desamparo, separación o divorcio de los padres, violencia doméstica, problemas de salud mental de los padres o de la familia, catástrofes naturales, crisis escolares, despliegue militar de allegados de los niños, y el duelo y sufrimiento que acompañan a cualquiera de estos problemas o la enfermedad o muerte de miembros de la familia. El término también incluye las manifestaciones somáticas de los problemas de salud mental, como los trastornos de la conducta alimentaria y los síntomas gastrointestinales funcionales. Esto no sugiere que toda la variedad o gravedad de los problemas de salud mental recaiga en el ámbito de atención primaria pediátrica sino, más bien, que los niños y adolescentes pueden experimentar toda la variedad y gravedad de procesos de salud mental y factores de estrés psicosocial. Como tales, aquellos con necesidades de salud mental, al igual que con necesidades especiales, tanto físicas como del desarrollo, son niños para los que los pediatras, médicos

Todos los autores han satisfecho la declaración de conflictos de interés con la American Academy of Pediatrics. Cualquier conflicto se ha resuelto a través de un proceso aprobado por el Board of Directors. La American Academy of Pediatrics no ha solicitado ni aceptado ninguna participación comercial en el desarrollo del contenido de esta publicación.

Todas las declaraciones apoyadas por la American Academy of Pediatrics expiran automáticamente 5 años después de su publicación a menos que sean confirmadas, revisadas o retiradas antes o en este momento.

de familia, enfermeras expertas en pediatría y auxiliares médicos proporcionan un hogar médico⁷.

El sistema de clasificación del *Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care*⁸ (DSM-PC) distingue entre las variaciones del desarrollo (conductas que pueden suscitar preocupación pero que se encuentran dentro de los límites de las esperadas para la edad del niño), problemas (conductas que son de la suficiente gravedad como para trastornar el funcionamiento pero no hasta un nivel de la suficiente gravedad como para justificar el diagnóstico de un trastorno) y trastornos (según lo definido por el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*⁹, cuarta edición [DSM-IV]). Puesto que los MAP desempeñan un papel en la provisión de palabras tranquilizadoras y/o asistencia a niños con conductas en cada una de estas categorías, todas se incluyen en el ámbito del presente documento. Los autores han usado el término “preocupaciones” para hacer referencia a los problemas conductuales no diferenciados en una de estas categorías.

Muchos MAP intervienen en el cribado de los problemas de salud mental, evaluación, diagnóstico y tratamiento. El término “especialistas en salud mental” pretende distinguir a los MAP de los que se especializan en la evaluación y asistencia de niños y adolescentes con preocupaciones de salud mental. Por lo tanto, según lo utilizado en este informe, el término “especialistas en salud mental” incluye a médicos y otros profesionales, como psiquiatras, psicólogos clínicos, asistentes sociales, consejeros profesionales sobre abuso de sustancias, enfermeras con formación psiquiátrica avanzada, terapeutas familiares, neurólogos, especialistas en intervención precoz, pediatras expertos en desarrollo-conducta, y especialistas en medicina del adolescente. Cada una de estas disciplinas se asocia a requisitos específicos de formación y autorización para ejercer. Otros individuos fuera de la profesión de salud mental que tienen efectos sobre la salud mental de los niños incluyen maestros, consejeros, entrenadores, líderes religiosos y miembros de la comunidad y del clan familiar. También pueden abordar la salud mental de los niños los profesionales de la medicina complementaria y alternativa (MCA) (integrativa), tanto autorizados como no autorizados, y un elevado número de familias seleccionan tratamientos de MCA para los procesos de salud mental de sus hijos¹⁰⁻¹⁴. Un número cada vez mayor de estudios publicados describe los beneficios potenciales de las estrategias de MCA¹⁵⁻¹⁷ y los riesgos de estos tratamientos, incluidas las interacciones de los preparados herbales y suplementos dietéticos con los fármacos que se dispensan con receta^{18,19}. Aunque se efectuó un ensayo aleatorizado y controlado sobre el hipérico entre adolescentes con depresión^{20,21}, la mayor parte de estudios de preparados herbales para el tratamiento de problemas de salud mental se han completado en adultos. Estos desarrollos destacan la importancia de conocer las pruebas médicas y de considerar los tratamientos MCA y los profesionales MCA en el contexto de la asistencia de salud mental pediátrica.

Necesidad de este informe

La necesidad de publicar este informe de consenso estuvo determinada por las influencias siguientes:

- El reconocimiento de que las experiencias psicossociales, adversas en la infancia, producen efectos perjudiciales de por vida sobre la salud mental y física y el estado psicossocial²²⁻²⁵.

- La elevada prevalencia de trastornos de salud mental y abuso de sustancia entre niños y adolescentes: se estima que un 10-11% de niños y adolescentes presentan tanto un trastorno de salud mental como pruebas de un deterioro funcional²⁶.

- La prevalencia de niños que no satisfacen los criterios DSM-IV para un trastorno pero que manifiestan un deterioro clínicamente sustancial (“problemas” en la terminología DSM-PC⁸), que se estima que es igual al doble de la prevalencia de niños con trastornos emocionales graves²⁶⁻²⁸.

- Prevalencia de problemas de salud mental en las poblaciones pediátricas^{29,30}.

- Reconocimiento de que, en Estados Unidos, más de la mitad de adultos con un trastorno de salud mental experimenta síntomas a los 14 años de edad³¹.

- El reducido porcentaje de niños que reciben asistencia para sus problemas de salud mental o de abuso de sustancias^{26,32} (~ 20%).

- La escasez e inaccesibilidad de servicios de especialidad de salud mental³³, en particular para niños no atendidos lo suficiente provenientes de familias de pocos recursos que no se incluyen en la población objetivo de los servicios de salud mental públicos/comunitarios.

- Los efectos desproporcionados de las necesidades no satisfechas de salud mental sobre las poblaciones minoritarias³⁴.

- El reconocimiento de que las comorbilidades no identificadas de salud mental, como la ansiedad y depresión, son una influencia significativa que determina la utilización de los servicios médicos³⁵ y;

- La comprensión cada vez mayor (expresada en el President’s New Freedom Commission Report³⁶; Mental health: a report of the surgeon general²⁶; el estudio Future of pediatric education II³⁷ [FOPE II]; y Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents, Tercera edición³⁸; y por los miembros de la American Academy of Pediatrics [AAP] [resoluciones del foro de liderazgo anual]) de que los MAP desempeñan un papel decisivo en la satisfacción de las necesidades de salud mental de los niños; de hecho, como mínimo en la actualidad, un estado exige por orden jurisdiccional el cribado universal de salud mental por parte de los MAP para todos los niños beneficiarios de Medicaid en dicho estado³⁹.

BASE PARA LAS COMPETENCIAS

Exclusividad del papel de los MAP

Los MAP desempeñan un papel en la asistencia de salud mental que difiere sustancialmente del de los especialistas en salud mental, muchos de los cuales pueden estar poco familiarizados con los problemas que se presentan en atención primaria. Las competencias recomendadas reflejan estas diferencias. Los niños y familias que solicitan asistencia de un especialista en salud mental lo hacen porque tienen una necesidad reconocida o porque lo ha propiciado alguna crisis. Los niños y familias que solicitan asistencia en consultas del médico de cabecera

típicamente no enmarcan la visita como relacionada con la “salud mental”. Pueden solicitar una supervisión sistemática de salud, asistencia aguda para un síntoma físico, ayuda con una conducta difícil de resolver, o simplemente necesitan unas palabras tranquilizadoras. En condiciones ideales, en cada una de estas situaciones los MAP obtendrán las preocupaciones psicosociales y de salud mental a partir del niño y su familia. Encontrarán medios de apoyar y ayudar a la familia que es reacia a solicitar asistencia de salud mental y reconocer las situaciones incipientes que obligan a una intervención inmediata. Cuando una familia está preparada para abordar un problema, los MAP pueden decidir que abordarán y tratarán al niño por sí mismos, en papeles similares a los de los especialistas en salud mental, o pueden decidir que orientarán a la familia hacia las fuentes de derivación apropiadas. Con independencia de que proporcionen servicios de salud mental solos o en colaboración, los MAP supervisarán el funcionamiento del niño y de la familia y el progreso de la asistencia, aplicando los principios del tratamiento crónico al igual que harían para otros niños y jóvenes con necesidades especiales de asistencia sanitaria⁴⁰. Idealmente, los MAP podrían proporcionar estos servicios de salud mental dentro de las limitaciones de una consulta atareada sin comprometer su eficiencia y viabilidad económica.

Ventaja de la atención primaria

La AAP reconoce las ventajas exclusivas de los MAP y las oportunidades inherentes al ámbito de atención primaria, “la ventaja de atención primaria”⁴¹, en la que pueden desarrollarse las competencias de salud mental:

- Una relación terapéutica longitudinal, de confianza y con autoridad con el niño y los miembros de la familia.
- El hogar médico centrado en la familia^{1-6,42,43}.
- Oportunidades exclusivas para prevenir los futuros problemas de salud mental a través de la promoción de

estilos de vida saludables, guías anticipatorias e intervenciones oportunas para los problemas conductuales, emocionales y sociales habituales, abordados en el curso típico de los primeros meses de vida, la infancia y la adolescencia (según lo descrito en *Bright Futures*)^{38,44,45}.

- La comprensión de los problemas sociales, emocionales y educativos en el contexto del desarrollo y entorno del niño³⁸.
- Experiencia al colaborar con especialistas en los cuidados de niños con necesidades especiales de asistencia sanitaria y servir como coordinador de los casos (*case manager*) a través del hogar médico; y
- La familiaridad con los principios de asistencia crónica y los métodos para mejorar la práctica clínica.

Marco de las competencias conductuales y de salud mental

En 1999, el Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) inició el Outcome project⁴⁶. A través de él, el ACGME estableció las competencias que servirían de marco para el plan de estudios de residencia, organizado en seis dominios: práctica basada en sistemas; asistencia al paciente; conocimientos médicos; práctica basada en el aprendizaje y la mejora; habilidades interpersonales y de comunicación y profesionalidad. Las competencias propuestas en el presente informe se basan en el marco ACGME con la expectativa de que serán útiles para establecer los objetivos de crecimiento personal y profesional en la práctica clínica pediátrica, para la futura autorización al igual que las renovaciones del derecho a ejercer, y para la formación de residencia. Puesto que el logro de los cambios del sistema precede necesariamente a otras mejoras de la práctica clínica en salud mental, la tabla de competencias propuestas de salud mental para los pediatras de atención primaria (apéndice 1) se desvía de la secuencia habitual de ACGME, que incluye prácticas basadas en sistemas

APÉNDICE 1. Competencias propuestas de salud mental para MAP pediátricos

- “Práctica basada en sistemas”: los médicos prestadores de atención primaria a niños y adolescentes deben ser capaces de
“Mejorar la base organizativa y económica de la asistencia”
1. Aplicar las estrategias de colaboración pertinentes para defender con las compañías aseguradoras y pagadores el reembolso apropiado a los MAP y especialistas en salud mental por sus servicios de salud mental
 2. Utilizar estrategias de codificación y facturación apropiadas de apoyo a los servicios de salud mental
“Creación de colaboraciones comunitarias”
 3. Establecer relaciones de colaboración con los grupos de apoyo; profesionales disponibles en la comunidad (p. ej., especialistas en intervención precoz, personal de la escuela, profesionales de asistencia a la infancia, especialistas en salud mental); y/u organismos comunitarios (p. ej., departamentos de servicios sociales, sistema judicial juvenil, organismos sin fines lucrativos que proporcionan servicios de salud mental y abuso de sustancias a los niños y sus familias) y definir los papeles respectivos en la evaluación, tratamiento, coordinación de la asistencia, intercambio de información y apoyo a las familias
 4. Participar en reuniones multidisciplinarias, aplicar apropiadamente las habilidades, como la escucha reflexiva, la mediación y de liderazgo
 5. Aplicar estrategias de colaboración que involucren a los padres y a los especialistas en salud mental para defender los servicios y recursos educativos pertinentes a la amplia variedad de necesidades de salud mental de los niños/adolescentes y sus familias, incluidas las de poblaciones especiales, como los niños maltratados, niños en hogares de acogida, niños sin techo, niños de grupos de refugiados políticos internacionales y otros inmigrantes recientes, niños con discapacidades físicas o mentales, niños desplazados por catástrofes, niños de padres separados y divorciados, niños de padres desplegados por el servicio militar, y jóvenes participantes en el sistema penal juvenil
“Mejorar la práctica clínica”
 6. Establecer un sistema dentro de la consulta para proporcionar apoyo a los servicios de salud mental y cuyos elementos incluyan:
 - a. Un directorio de recursos de derivación para la salud mental y abuso de sustancias y recursos de apoyo a la familia en la región
 - b. Establecer procedimientos para:
 - Promover los estilos de vida saludables, incluido el ejercicio, sueño, nutrición óptima, control del estrés, reducción de la exposición a toxinas y factores de estrés ambientales, y búsqueda de apoyos en la comunidad
 - Obtener los antecedentes de la relación del paciente con la asistencia especialista en salud mental
 - Solicitar el consentimiento para obtener información a partir de fuentes colaterales, como los profesionales de salud mental, escuelas y organismos de servicios sociales, obteniendo y documentando los antecedentes psicosociales del niño y de la familia
 - Control de las emergencias psiquiátricas
 - Cribado de los problemas ocultos de salud mental

APÉNDICE 1. Competencias propuestas de salud mental para MAP pediátricos (continuación)

- c. Registros de pacientes con problemas de salud mental (incluidos niños para los que se han prescrito psicofármacos y niños/familias no preparados para tomar medidas relacionadas con preocupaciones de salud mental)
 - d. Protocolos basados en la evidencia y mecanismos para monitorizar/rastrear la asistencia de niños con problemas de salud mental
 - e. Materiales educativos apropiados desde un punto de vista cultural y lingüístico sobre temas de salud mental para niños y sus familias
 - f. Instrumentos que faciliten la codificación y facturación específica de salud mental
7. Establecer un entorno de la consulta que normalice la integración de la salud mental e incorpore los principios del hogar médico para la asistencia de niños con preocupaciones de salud mental al igual que para niños y jóvenes con otras necesidades especiales de asistencia sanitaria
- “Asistencia del paciente”: los médicos que proporcionan atención primaria a niños y adolescentes han de poder:
- 1. Favorecer la entereza o capacidad de recuperación en salud mental reforzando los puntos fuertes del niño y su familia y aconsejando a las familias acerca de un estilo de vida saludable (p. ej., nutrición, ejercicio; juego; limitar el tiempo delante del ordenador, sueño, tiempo con la familia, control del estrés, disminución de la exposición a toxinas ambientales y promoción del capital social)
 - 2. Integrar una breve actualización psicosocial en las visitas de asistencia aguda
 - 3. Seleccionar, usar e interpretar los instrumentos apropiados a un contexto de atención primaria para objetivos como el cribado de problemas de salud mental, evaluación funcional de los niños y sus familias, obtención de información de fuentes colaterales (p. ej., escuelas, organismos, sistema judicial juvenil; otros profesionales sanitarios) y evaluación diagnóstica
 - 4. Efectuar la anamnesis, evaluación física, al igual que observaciones de la interacción padres-hijo indicada por la presentación de problemas de salud mental y/o resultados positivos del examen de cribado
 - 5. Diferenciar las variaciones normales de los problemas y trastornos de salud mental, procesos físicos con manifestaciones de salud mental, y efectos adversos de los fármacos
 - 6. Identificar las posibles diferencias/problemas conductuales, de salud mental y/o del aprendizaje, reflejados en las tarjetas de informes, resultados de exámenes académicos, planes de servicios familiares individualizados o planes educativos individualizados
 - 7. Reconocer las comorbilidades habituales de salud mental en los niños con discapacidades físicas y cognitivas, enfermedades crónicas y trastornos de salud mental
 - 8. Planificar una evaluación diagnóstica, individual o en colaboración con los especialistas de salud mental, de niños y jóvenes con necesidades especiales de asistencia sanitaria que presentan problemas comórbidos de salud mental; lactantes y niños pequeños que manifiestan problemas de comunicación y/o apego y niños y adolescentes que presentan ansiedad o conductas de evitación, falta de atención e hiperactividad, conductas depresivas o de retraimiento, conductas oposicionales o agresivas, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de sustancias, exposición a un trauma o pérdida, diferencias de aprendizaje y falta de rendimiento académico
 - 9. Analizar los resultados del examen de cribado de salud mental, anamnesis y evaluación física para determinar la necesidad de un niño/familia de una evaluación y/o intervención adicional
 - 10. Proporcionar una guía a las familias sobre el control de los problemas habituales de salud mental; sobre afrontamiento de los acontecimientos vitales adversos, como la separación de los padres y la enfermedad o la muerte de un ser querido; y sobre el uso de los recursos educativos apropiados al nivel de alfabetización y necesidades culturales e individuales
 - 11. Reconocer las emergencias en salud mental, deterioro funcional grave y síntomas complejos de salud mental que requieren asistencia de especialista
 - 12. Ayudar a las familias a buscar y usar la asistencia de especialistas en salud mental y/o un centro que proporcione servicios basados en la evidencia, apropiados a las necesidades y preferencias del niño/familia
 - 13. Desarrollar un plan de contingencia o crisis para un niño o adolescente con un problema urgente de salud mental
 - 14. Aplicar las estrategias para monitorizar los efectos adversos y positivos del tratamiento no farmacológico y farmacológico
 - 15. Integrar los puntos fuertes, necesidades y preferencias del niño/familia; las propias habilidades de los médicos; y los recursos disponibles en el desarrollo de un plan asistencial para los niños con problemas de salud mental, individual o en colaboración con especialistas de salud mental (incluida una evaluación adicional; educación del niño/familia sobre la enfermedad; intervenciones no farmacológicas basadas en la evidencia y, si están indicadas, intervenciones farmacológicas; comunicación con la familia y profesionales de colaboración; monitorización de los mecanismos y supervisión sistemática de la salud)
 - 16. Iniciar el proceso de asistencia, individualmente o en colaboración con otros médicos, para los niños que experimentan un deterioro funcional a partir de un TDAH, ansiedad, depresión o consumo/abuso de sustancias, según lo deseado por el niño o la familia
- “Conocimientos médicos”: los médicos que proporcionan atención primaria a los niños y adolescentes deben:
- 1. Tener acceso a los datos actuales sobre efectos adversos y eficacia de las intervenciones farmacológicas y psicosociales habituales en niños y adolescentes
 - 2. Tener acceso a los datos actuales sobre interacciones entre fármacos de prescripción y suplementos dietéticos usados en general para problemas de salud mental
 - 3. Aplicar los criterios DSM-PC para el diagnóstico de TDAH, trastorno depresivo mayor, y otros trastornos para los que el médico considere un tratamiento farmacológico
 - 4. Usar intervenciones basadas en la evidencia para niños y adolescentes con trastornos de ansiedad (incluido el trastorno de estrés posttraumático), TDAH, depresión y abuso de sustancias
 - 5. Aplicar los principios de la ciencia sobre el cambio de conducta a la práctica clínica de salud mental
- “Aprendizaje y mejora basados en la práctica clínica”: los médicos que proporcionan atención primaria a niños y adolescentes deben:
- 1. “Identificar los puntos fuertes, deficiencias y límites de los propios conocimientos y experiencia concernientes a la evaluación y asistencia de salud mental y abusos de sustancias”
 - 2. “Establecer objetivos de aprendizaje y mejora”
 - 3. “Identificar y efectuar actividades de aprendizaje apropiadas”
 - 4. “Localizar, valorar y asimilar la evidencia procedente de los estudios científicos relacionados con los problemas de sus pacientes”
 - 5. “Usar la tecnología de la información para optimizar el aprendizaje”
 - 6. Aplicar el aprendizaje al desarrollo de protocolos de la consulta para evaluar y asistir a niños con trastornos de salud mental
 - 7. “Analizar sistemáticamente la práctica clínica, usar métodos de mejora de la calidad e implementar cambios con el objetivo de mejorar la práctica clínica” en la asistencia de salud mental
- “Habilidades interpersonales y de comunicación”: los médicos que proporcionan atención primaria a niños y adolescentes deben:
- 1. Traer a colación las preocupaciones de salud mental de los niños o adolescentes y la familia
 - 2. Examinar el contexto cultural de los síntomas o preocupaciones del niño y la familia
 - 3. Colaborar con el niño/adolescente y la familia para establecer un programa de visitas ambulatorias relacionadas con un problema de salud mental
 - 4. Identificar y abordar los obstáculos que impiden que un niño y/o la familia solicite o acepte ayuda para un problema de salud mental (p. ej., sensación de inutilidad, seguro insuficiente o falta de recursos económicos, conflictos familiares, estigmas)
 - 5. Abordar la resistencia o la cólera en el niño/adolescente y/o familia
 - 6. Aplicar técnicas de entrevista motivacionales, estrategias de participación de la familia, y contratos conductuales para solicitar consenso sobre el plan de acción de salud mental y preparar a la familia para una consulta de salud mental
 - 7. Interpretar para las familias las evidencias actuales relacionadas con la tolerabilidad y eficacia de las opciones terapéuticas pertinentes
 - 8. Promover estilos de vida saludables que contribuyan a la salud mental
 - 9. “Comunicarse eficazmente con los médicos, otros profesionales sanitarios, organismos sanitarios” y educadores en la asistencia mutua de niños y adolescentes
 - 10. Clarificar y abordar los resultados de los exámenes psicológicos, hallazgos y preocupaciones de salud mental de los niños, adolescentes, y familias en un lenguaje que sea apropiado para la edad, nivel de estudios y normas culturales

APÉNDICE 1. Competencias propuestas de salud mental para MAP pediátricos (continuación)

11. Persuadir de una visita de salud mental a un familiar de modo eficiente y considerado
"Profesionalidad": los médicos que proporcionan atención primaria a niños y adolescentes deben:
 1. "Demostrar compasión, integridad y respeto" a todos los niños y miembros de la familia
 2. Demostrar sensibilidad a las diferencias culturales y preferencias de la familia para abordar las preocupaciones de salud mental
 3. Establecer unas expectativas claras en los niños, adolescentes, y sus familias acerca de la confidencialidad condicional (específica de las leyes estatales), intercambio de información protegida sobre salud y prácticas comerciales
 4. Abordar las limitaciones profesionales de los propios conocimientos y habilidades como parte del proceso de derivación

TDAH: déficit de atención/hiperactividad.

El ACGME ha publicado unas "competencias generales" que, en algunos casos, se superponen con las definidas en el presente documento pero resisten un replanteamiento en el contexto de la asistencia en salud mental. El texto del ACGME se muestra entre comillas. La AAP reconoce que el logro de las competencias propuestas en la tabla es un objetivo a largo plazo que requiere formación y recursos que todavía han de desarrollarse. La AAP se compromete en el desarrollo de los recursos y formación necesarios para ayudar a los pediatras a alcanzarlos.

como serie final de competencias, y en lugar de ello, se inicia con las competencias de la práctica basada en sistemas.

Presunciones

Los conceptos tradicionales de asistencia en salud mental se basan en la presunción de que el tratamiento debe ser la consecuencia del diagnóstico de un trastorno; sin embargo, esta estrategia sólo ofrece una ayuda parcial para la mayoría de niños con problemas de salud mental abordados en atención primaria, aquellos con una disfunción sustancial en ausencia de un diagnóstico específico²⁷. Un ámbito de atención primaria brinda la oportunidad exclusiva de que la interacción médico-paciente influya positivamente en el resultado clínico de los problemas incipientes, los que no cumplen los criterios de un trastorno DSM-IV, y trastornos leves o no diagnosticados ("problemas" en la clasificación DSM-PC)⁸. Las competencias propuestas suponen que, en muchos casos, los MAP pueden producir un efecto positivo sobre los problemas de salud mental de un niño sin conocimientos precisos del diagnóstico y en situaciones en las que los síntomas del niño no cumplen los criterios de trastorno DSM-IV⁴⁷⁻⁴⁹.

En este informe las habilidades "genéricas" de salud mental propuestas se extraen de los estudios publicados sobre "factores comunes" en la asistencia de salud mental: las técnicas usadas para aumentar el optimismo, la sensación de bienestar, y disposición del paciente a esforzarse hacia una mejora, con independencia del diagnóstico específico o problema identificado⁵⁰⁻⁵⁶. Otras habilidades se dirigen a los síntomas que se manifiestan en general a través de múltiples problemas de salud mental, sensación de cólera, ambivalencia y desesperanza, y los conflictos familiares asociados con frecuencia a estos problemas. Estas habilidades proceden de la terapia familiar⁶, tratamiento cognitivo⁵⁷, entrevista motivacional⁵², participación de la familia⁵⁸, pediatría centrada en la familia^{42,43} y tratamiento centrado en la solución⁵⁹.

Además, las competencias propuestas suponen que la colaboración entre los MAP y los miembros del personal de la consulta de atención primaria y entre el MAP/consulta y las familias, especialistas en salud mental, educadores, coordinadores de casos, trabajadores sociales, personal de justicia juvenil y de otros organismos, es un requisito esencial en la asistencia de niños con problemas de salud mental. La colaboración entre los MAP y los es-

pecialistas en salud mental puede adoptar la forma de una derivación con un intercambio formal de información, una relación especial de derivación con comunicación y reuniones con regularidad para abordar los casos, reuniones tanto del MAP como de los especialistas en salud mental con los pacientes, o la plena integración de los servicios de salud mental y de atención primaria⁶⁰. Se ha demostrado que los modelos en los que un especialista titulado en salud mental se integra en una consulta de atención primaria son prometedores en la mejora del acceso a los servicios y la adhesión al tratamiento, para aumentar la eficiencia y eficacia del tratamiento, reducir los costes médicos, mejorar el funcionamiento y la productividad del paciente y aumentar la satisfacción tanto del paciente como del médico⁶¹⁻⁶⁴. En Massachusetts una red regional de psiquiatras infantiles⁶⁵, que ofrece consultas por teléfono en tiempo real y derivaciones a los MAP, mejora la capacidad de estos para atender a niños con comorbilidades diagnósticas, trastorno complicado por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), ansiedad y depresión. Las competencias propuestas reflejan la importancia de que los médicos estén al día de las estrategias de colaboración aplicables en su ámbito particular y de que apliquen el número creciente de pruebas que evalúan la efectividad de los diversos modelos.

La presunción final es que los MAP pueden expandir su capacidad más allá del tratamiento del TDAH para atender eficazmente a los niños con otros problemas pediátricos habituales de salud mental: ansiedad, depresión y abuso de sustancias^{63,66-68}. Mediante un examen de cribado sistemático de estos problemas, el reconocimiento precoz de los síntomas, la educación de los niños y sus familias sobre estrategias de autotratamiento y la provisión de un tratamiento de primera línea, los MAP tienen la posibilidad de mejorar la vida de muchos niños y sus familias que, de otro modo, no recibirían asistencia de salud mental o sólo la recibirían después de una agravación y deterioro de sus problemas³⁸. En el caso de niños con procesos crónicos y ansiedad y depresión comórbidas, la asistencia de salud mental también puede dar lugar a una mejora de su salud física y una disminución de la utilización de los servicios de urgencias y los servicios hospitalarios³⁵.

COMPETENCIAS PROPUESTAS

Las competencias propuestas se detallan en el apéndice 1. Más adelante, se describe un resumen.

Práctica clínica basada en sistemas

Los cambios sistémicos preceden necesariamente a otras mejoras en la práctica clínica de salud mental. Las competencias en esta área autorizarán a los médicos a colaborar con otros consejeros de salud mental hacia una mejora de la base organizativa y económica de la asistencia, y, en función de esta base, a establecer prácticas de codificación y facturación efectivas que sostengan los servicios de salud mental^{69,70}.

Otra serie de habilidades incluye el desarrollo de una relación de colaboración con los profesionales y los organismos que proporcionan servicios de salud mental y con las organizaciones que representan a los jóvenes y familias que experimentan una enfermedad mental. Estas relaciones permitirán a los médicos abordar los vacíos del servicio, definir los papeles respectivos, y coordinar los servicios. Una serie final de competencias basadas en los sistemas incluye la selección de instrumentos y establecimiento de sistemas dentro de la consulta para normalizar y sistematizar la integración de la salud mental y aplicar los principios del hogar médico y el modelo de asistencia crónica a niños con problemas de salud mental.

Asistencia de los pacientes

Las competencias en esta área incluyen las habilidades clínicas para desarrollar su entereza o capacidad de recuperación, promover estilos de vida saludables y prevenir o mitigar los problemas de salud mental en niños; identificar los factores de riesgo y problemas de salud mental incipientes en los niños y sus familias; cribado de problemas de salud mental; emprender una evaluación del niño que presenta preocupaciones de salud mental o un examen de cribado positivo; superar los obstáculos (percibidos y/o experimentados por los niños y sus familias) en la solicitud de ayuda para preocupaciones de salud mental; proporcionar una guía a las familias sobre el tratamiento de los problemas conductuales habituales y afrontamiento de los acontecimientos vitales adversos; y reconocer las emergencias de salud mental. Una habilidad decisiva de asistencia a los pacientes es la integración de los puntos fuertes, necesidades y preferencias del niño y su familia; el uso de las propias habilidades del médico (interpersonales, relacionales, de evaluación, diagnóstico y tratamiento); y los recursos disponibles en el desarrollo de un plan de asistencia para niños con problemas de salud mental, en el que participen los especialistas en salud mental cuando sea apropiado. Las competencias propuestas sugieren que los MAP desarrollan la capacidad para proveer asistencia a los niños con TDAH, ansiedad, depresión y abuso de sustancias.

Conocimientos médicos

Esta serie de competencias se centra en la aplicación de la ciencia actual a los procesos de cribado y evaluación de la salud mental y a la toma de decisiones sobre intervenciones farmacológicas y psicosociales en atención primaria. Los elementos fundamentales incluyen la clasificación diagnóstica de las variaciones, problemas y trastornos de salud mental en atención primaria⁸ (DSM-PC) y la base de evidencias para el cribado, intervencio-

nes terapéuticas y ciencia del cambio conductual, según se aplica a la práctica clínica de salud mental.

Aprendizaje y mejora basados en la práctica clínica

Esta serie de habilidades permiten al médico establecer y obtener los objetivos de aprendizaje y mejora de su práctica clínica. Los componentes incluyen el desarrollo de protocolos de consulta para la evaluación y asistencia de niños con problemas de salud mental y la implementación de un programa de mejora de la calidad.

Habilidades interpersonales y de comunicación

Estas habilidades son esenciales para una eficaz práctica clínica de salud mental dentro del rápido ritmo presente en una consulta de atención primaria, incluidas las estrategias de los factores comunes que son efectivas a través de una variedad de procesos de salud mental (v. Presunciones). También incluye el intercambio eficaz de la información entre los MAP y otro personal que participe en la asistencia del niño y su familia⁷¹.

Profesionalidad

Estas habilidades se basan en el respeto a los niños y sus familias y la sensibilidad a las diferencias culturales. Además de facilitar una relación de empatía médico-niño y médico-familia, que es la base de la práctica clínica de salud mental eficaz, permiten que el médico aborde problemas como la confidencialidad y sus propias limitaciones profesionales^{72,73}.

RECOMENDACIONES

Los MAP deben:

- Mantener una alianza con los padres, especialistas en salud mental y sección de la AAP y líderes nacionales para alcanzar las competencias en la práctica clínica basada en los sistemas, tal como defender con las compañías aseguradoras un reembolso apropiado y con los responsables de establecer las normas, la financiación de los servicios de salud mental^{74,75}.
- Desarrollar relaciones con los especialistas de salud mental con los que pueden colaborar en la mejora de sus conocimientos y habilidades en esta área.
- Con los cambios necesarios del sistema en vigor (p. ej., reembolso, relación de colaboración), adoptar el objetivo de lograr el complemento íntegro de las competencias de salud mental definidas en el apéndice 1.
- Recomendar innovaciones en la formación de residencia y actividades de educación médica continuada para aumentar la base de conocimientos y nivel de habilidad de los MAP de acuerdo con estas competencias; y
- Proseguir las estrategias educativas apropiadas a su propio estilo de aprendizaje y nivel de habilidad para obtener las competencias en salud mental.

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS Y RETOS DE LA IMPLEMENTACIÓN

Estas competencias se proponen como objetivos para todos los médicos que atienden a niños. Algunos han al-

canzado muchas de estas competencias, por no decir todas, a través del desarrollo de sus propios conocimientos y habilidades. Otros las alcanzan a través de una práctica clínica de colaboración con especialistas en salud mental, como se ha descrito previamente. Algunos tan sólo se proponen alcanzar la competencia en la práctica clínica relacionada con la salud mental.

La AAP reconoce la mala distribución de los recursos de salud mental para los niños y sus familias. Hay muchas áreas del país donde no están disponibles o son accesibles los servicios de especialidad en salud mental; en estos ámbitos, los médicos pueden tener una sensación de apremio para alcanzar y aplicar todas las competencias en salud mental. Cuando los servicios de especialidad en salud mental están disponibles más fácilmente, los MAP tienen la oportunidad de establecer una relación de colaboración con estos especialistas, tal como los que trabajan en un ámbito de atención primaria, mediante consulta psiquiátrica a través del teléfono o de una videoconferencia, o un especialista en salud mental que proporciona tratamiento cognitivo-conductual a un niño tratado por el MAP con un fármaco antidepressivo, o cualquier otro modelo de colaboración⁶⁰⁻⁶³. Dicha relación sirve para formar al MAP y mejorar los servicios para los niños en su asistencia mutua.

El logro de las competencias propuestas requerirá nuevas estrategias educativas al igual que cambios en los sistemas. Con la excepción del TDAH^{76,77}, apenas se dispone de pruebas para guiar a los MAP en los aspectos exclusivos de su papel como prestadores de salud mental, y pocos expertos en salud mental/abuso de sustancias tienen experiencia en el ejercicio de su profesión en los atareados ámbitos de atención primaria en el contexto de un media de 16,3 visitas-min⁷⁸ y las realidades del reembolso de estas visitas.

Estrategias para la educación de residencia

Al igual que la práctica clínica de salud mental en ámbitos de atención primaria es de colaboración, necesariamente lo ha de ser el proceso de formación de los MAP para la práctica clínica en atención primaria. Los expertos en contenidos (p. ej., pediatras del desarrollo-conductuales, psiquiatras infantiles, especialistas en medicina del adolescente, psicólogos clínicos, enfermeras con formación psiquiátrica avanzada y asistentes sociales) pueden reunirse con los expertos en atención primaria –médicos efectivos en la provisión de atención médica primaria y el tratamiento de enfermedades crónicas de los niños en alianza con las familias–, para formar a la próxima generación de MAP. Para los generalistas académicos que no han recibido formación en salud mental, la colaboración con especialistas en este ámbito para formar a los MAP será particularmente importante. Esta formación puede adoptar la forma de educación en clínicas de continuidad de la residencia, en una alianza para efectuar los pases de visita de los pacientes ingresados y desarrollar conjuntamente programas didácticos. Al mismo tiempo que se benefician de la experiencia de sus colegas de salud mental, los académicos pediátricos tendrán la oportunidad de modelar una relación multidisciplinar de colaboración que sea la base de una práctica clínica efectiva de salud mental.

Los datos del 2007 AAP Graduating Residents Survey sugieren que completar una rotación electiva en psiquiatría infantil y una mayor formación en evaluación, educación y tratamiento en salud mental en relación con niños se asocia con una mayor confianza en la identificación y tratamiento de los problemas de salud mental⁷⁹. Será necesaria una investigación adicional para determinar qué metodologías educativas se asocian con los mejores resultados. Estos hallazgos tienen implicaciones sustanciales para la distribución del tiempo dedicado a la formación en salud mental dentro de los programas de residencia pediátrica. Claramente, la rotación en pediatría del desarrollo-conductual de un mes de duración (a menudo acortada por el período de vacaciones) es insuficiente para dar cabida a las adiciones necesarias al plan de estudios.

Estrategias para la educación de médicos con experiencia

Los MAP con experiencia se beneficiarán de las estrategias que consolidan las habilidades que han desarrollado durante años de ejercicio profesional con los niños y sus familias. Wissow et al⁴⁹ han demostrado que estos médicos, en circunstancias apropiadas, pueden proporcionar la asistencia basada en la evidencia de niños con problemas de salud mental y abuso de sustancias o trastornos leves y deterioros funcionales a través de categorías diagnósticas. Los niños tratados por estos médicos con formación en técnicas de comunicación en salud mental han mostrado una mejora modesta pero significativa en su funcionamiento mental y en sus padres se observa una reducción de la angustia, comparado con niños tratados por médicos que no recibieron formación en asistencia de salud mental⁴⁹. Será necesaria investigación adicional para adaptar estas técnicas a la formación de médicos con menos experiencia.

En diversas comunidades se han establecido pases de visita de colaboración en el consultorio con el objetivo de mejorar los conocimientos y habilidades de salud mental para los MAP y su comunicación con especialistas en este ámbito^{80,81}. En general, las sesiones de 1-2 h de duración incluyen a psiquiatras y/o pediatras del desarrollo-conductuales y MAP en una discusión basada en casos.

Diversos grupos de educadores en salud mental han desarrollado una formación exhaustiva para preparar a los especialistas en salud mental y a los profesionales de atención primaria para sus papeles respectivos en esta práctica clínica de colaboración^{82,83}. El AAP Task Force on Mental Health está recopilando información sobre esta formación en su página web (www.aap.org/mentalhealth) y ha iniciado el proceso de introducción de las sesiones educativas propuestas en la National Conference and Exhibition y otros acontecimientos de la AAP en las competencias de salud mental propuestas en el presente documento de consenso. Los médicos también pueden colaborar en la mejora de la competencia en salud mental a través de una monitorización de su asistencia psicosocial en el mantenimiento de su titulación a través de programas de mejora de la calidad, como el eQYPP (Education in Quality Improvement for Pediatric Practice), y el desarrollo de las pertinentes retribuciones por rendimiento e indicadores de calidad de los planes de salud.

APÉNDICE 2. Recursos de páginas web para decisiones de tratamiento y derivación en atención primaria

1. Página web American Academy of Pediatrics Children's Mental Health in Primary Care. Disponible en: www.aap.org/mentalhealth
2. National Institute on Drug Abuse (NIDA) (proporciona recursos sobre abuso de sustancias y problemas de salud mental). Disponible en: www.nida.nih.gov
3. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (acceso a los parámetros de práctica sobre diversidad de temas de salud mental). Disponible en: www.aacap.org/cs/root/member_information/practice_information/practice_parameters/practice_parameters
4. Hawaii State Department of Health (intervenciones psicosociales en niños y adolescentes basadas en la evidencia). Disponible en: www.hawaii.gov/health/mental-health/camhd/library/webs/ebs/ebs-index.html
5. GeneralPediatrics.com (numerosos enlaces, en especial de psiquiatría infantil y parámetros de práctica). Disponible en: www.generalpediatrics.com
6. National Guideline Clearinghouse (recurso público de guías de práctica clínica basada en la evidencia; iniciativa de la Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services). Disponible en: www.guideline.gov
7. University of Buffalo School of Social Work (describe los signos y síntomas de trastornos que afectan a niños y adolescentes, al igual que prácticas actuales basadas en la evidencia para cada trastorno). Disponible en: www.socialwork.buffalo.edu/conted/EBP/index.htm
8. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) National Registry of Evidence-Based Programs and Practices (un registro en línea con motor de búsqueda de intervenciones de salud mental y abuso de sustancias revisadas y valoradas por revisores independientes). Disponible en: www.nrepp.samhsa.gov

La más fundamental de todas las competencias propuestas de salud mental es la capacidad para evaluar los propios conocimientos y habilidades en asistencia de salud mental y establecer un mecanismo para actualizarlos, abordando los vacíos que inevitablemente acompañan a los beneficios en ciencia. En sus respectivas páginas web (apéndice 2) está disponible un número cada vez mayor de recursos educativos desarrollados por la AAP, American Academy of Family Physicians, National Association of Pediatric Nurse Practitioners, American Psychiatric Association, National Association of Social Workers, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, y American Psychological Association. Una poderosa estrategia educativa es la fecundación cruzada que acontece a través de la relación de un MAP con los especialistas en salud mental, una auténtica colaboración en la evaluación tratamiento de los niños en su asistencia mutua e intercambio sistemático de información sobre el progreso del niño y su familia. Este tipo de colaboración, junto con la honestidad para aplicar la nueva ciencia, será esencial para obtener y mantener una competencia en la práctica clínica de salud mental.

CONCLUSIONES

El logro de las competencias en salud mental propuestas en el presente informe es un objetivo futuro y no una expectativa actual. Requerirá cambios sistémicos, nuevos métodos de financiación, mejoras de la práctica, nuevas habilidades (o su perfeccionamiento), el acceso a fuentes fiables de información sobre las evidencias disponibles y la nueva ciencia, y métodos educativos innovadores. Estos cambios serán incrementales y requerirán inversiones sustanciales por parte de la AAP y sus organizaciones asociadas y por parte de los médicos que trabajan tanto en la comunidad como en consultorios. También es probable que los beneficios sean sustanciales, incluida la mejora del bienestar de los niños y sus familias y una mayor satisfacción de los médicos de atención primaria.

COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH, 2007-2008

William L. Coleman, MD, Presidente
Mary I. Dobbins, MD
Andrew S. Garner, MD, PhD

Benjamin S. Siegel*, MD
David L. Wood, MD, MPH
Marian F. Earls, MD

ENLACES

Ronald T. Brown, PhD, Society of Pediatric Psychology
Mary Jo Kupst, PhD, Society of Pediatric Psychology
D. Richard Martini, MD, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
Mary Sheppard, MS, RN, PNP, National Association of Pediatric Nurse Practitioners

CONSULTOR

George J. Cohen, MD

PERSONAL

Karen S. Smith

TASK FORCE ON MENTAL HEALTH, 2007-2008

Jane Meschan Foy*, MD, Presidenta
Paula Duncan, MD
Barbara Frankowski, MD, MPH
Kelly Kelleher, MD, MPH
Penelope K. Knapp, MD
Danielle Laraque, MD
Gary Peck, MD
Michael Regalado, MD
Jack Swanson, MD
Mark Wolraich, MD

CONSULTORES

Margaret Dolan, MD
Alain Joffe, MD, MPH
Patricia O'Malley, MD
James Perrin, MD
Thomas K. McInerney, MD
Lynn Wegner, MD

ENLACES

Terry Carmichael, MSW, National Association of Social Workers
Darcy Gruttadaro, JD, National Alliance for the Mentally Ill
Garry Sigman, MD, Society for Adolescent Medicine
Myrtis Sullivan, MD, MPH, National Medical Association
L. Read Sulik, MD, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

PERSONAL

Linda Paul

ORGANIZACIONES REVISADAS

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
American Board of Pediatrics

ORGANIZACIONES DE APOYO

National Association of Pediatric Nurse Practitioners

*Autores principales

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics, Task Force on the Family. Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. *Pediatrics*. 2003;111(6 Pt 2):1541-71.
2. Wertlieb D. Converging trends in family research and pediatrics: recent findings for the American Academy of Pediatrics Task Force on the Family. *Pediatrics*. 2003;111(6 Pt 2):1572-87.
3. Blanchard LT, Gurka MJ, Blackman JA. Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: a report from the 2003 National Survey of Children's Health. *Pediatrics*. 2006;117(6). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/117/6/e1202
4. Kim HK, Viner-Brown SI, Garcia J. Children's mental health and family functioning in Rhode Island. *Pediatrics*. 2007;119(Suppl 1):S22-8.
5. Beardslee WR, Gladstone TRG, Wright EJ, Cooper AB. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*. 2003;112(2). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/112/2/e119
6. Allmond BW, Tanner JL, Gofman HF. The family is the patient: using family interviews in children's medical care. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1999.
7. American Academy of Pediatrics, Council on Children With Disabilities. Care coordination in the medical home: integrating health and related systems of care for children with special health care needs. *Pediatrics*. 2005;116(5):1238-44.
8. Wolraich ML, Felice ME, Drotar D, editores. The classification of child and adolescent mental diagnoses in primary care: Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC). Child and adolescent version. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1996.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4.^a ed. Primary care version. International version with ACD-10 codes. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1996.
10. Sinha D, Efron D. Complementary and alternative medicine use in children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Paediatr Child Health*. 2005;41(1-2):23-6.
11. Levy SE, Hyman SL. Use of complementary and alternative treatments for children with autistic spectrum disorders is increasing. *Pediatr Ann*. 2003;32(10):685-91.
12. Bogarapu S, Bishop JR, Krueger CD, Pavuluri MN. Complementary medicines in pediatric bipolar disease [en italiano]. *Minerva Pediatr*. 2008;60(1):103-14.
13. Kemper KJ, Shannon S. Complementary and alternative medicine therapies to promote healthy moods. *Pediatr Clin North Am*. 2007;54(6):901-26;x.
14. Weber W, Newmark S. Complementary and alternative medical therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder and autism. *Pediatr Clin North Am*. 2007;54(6):983-1006.
15. Schulz V. Safety of St John's wort extract compared to synthetic antidepressants. *Phytomedicine*. 2006;13(3):199-204.
16. Trautmann-Sponsel RD, Diemel A. Safety of *Hypericum* extract in mildly to moderately depressed outpatients: a review based on data from three randomized, placebo-controlled trials. *J Affect Disord*. 2004;82(2):303-7.
17. Kemper KJ, Vohra S, Walls R; American Academy of Pediatrics, Task Force on Complementary and Alternative Medicine, Provisional Section on Complementary, Holistic, and Integrative Medicine. The use of complementary and alternative medicine in pediatrics. *Pediatrics*. 2008;122(6):1374-86.
18. Nieuwstraten C, Labiris NR, Holbrook A. Systematic overview of drug interactions with antidepressant medications. *Can J Psychiatry*. 2006;51(5):300-16.
19. Singh YN. Potential for interaction of kava and St John's wort with drugs. *J Ethnopharmacol*. 2005;100(1-2):108-13.
20. Findling RL, McNamara NK, O'Riordan MA, et al. An open-label pilot study of St John's wort in juvenile depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(8):908-14.
21. Simeon J, Nixon MK, Milin R, Jovanovic R, Walker S. Open-label pilot study of St John's wort in adolescent depression. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2005;15(2):293-301.
22. Anda RF, Brown DW, Felitti VJ, Bremner JD, Dube SR, Giles WH. Adverse childhood experiences and prescribed psychotropic medications in adults. *Am J Prev Med*. 2007;32(5):389-94.
23. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*. 2003;111(3):564-72.
24. Dong M, Giles WH, Felitti VJ, Dube SR, Williams JE, Chapman DP, Anda RF. Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. *Circulation*. 2004;110(13):1761-6.
25. Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*. 2004;113(2):320-7.
26. US Department of Health and Human Services. Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health; 1999.
27. Burns BJ, Costello EJ, Angold A, et al. Children's mental health service use across service sectors. *Health Aff (Millwood)*. 1995;14(3):147-59.
28. Briggs-Gowan MJ, Owens PL, Schwab-Stone ME, Leventhal JM, Leaf PJ, Horwitz SM. Persistence of psychiatric disorders in pediatric settings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(11):1360-9.
29. Brown JD, Wissow LS, Gadomski A, et al. Parent and teacher mental health ratings of children using primary care services: interrater agreement and implications for mental health screening. *Ambul Pediatr*. 2006;6(6):347-51.
30. Jellinek MS, Murphy JM, Little M, Pagano ME, Comer DM, Kelleher KJ. Use of the Pediatric Symptom Checklist to screen for psychosocial problems in pediatric primary care: a national feasibility study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153(3):254-60.
31. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Co-morbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
32. Kataoka S, Zhang L, Wells K. Unmet need for mental health care among US children: variation by ethnicity and insurance status. *Am J Psychiatry*. 2002;159(9):1548-55.
33. Thomas CR, Holzer CE III. The continuing shortage of child and adolescent psychiatrists. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(9):1023-31.
34. US Department of Health and Human Services. Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity - A Supplement to Mental Health. A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2001.
35. Bernal P. Hidden morbidity. *Pediatr Ann*. 2003;32(6):413-8.
36. New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services; 2003. DHHS publication No. SMA-03-3831.
37. American Academy of Pediatrics, Future of Pediatric Education II Project. The Future of Pediatric Education II: organizing pediatric education to meet the needs of infants,

Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health. Futuro de la pediatría: competencias de salud mental para la atención primaria pediátrica

- children, adolescents, and young adults in the 21st century. *Pediatrics*. 2000;105(1):163-212.
38. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. *Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents*. 3.^a ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2008.
 39. Rosie D. Reforming the mental health system in Massachusetts. Center for Public Representation Web site [consultado 9/3/2009]. Disponible en: www.rosied.org/Default.aspx?pageId_67061
 40. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998;1(1):2-4.
 41. Harris M. Rural Private Pediatric Practice Ownership and Management of a Mental Health Practice [archivo audio de teleconferencia; consultado 24/8/2007]. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; October 25, 2006. Disponible en: www.aap.org/commpeds/dochs/mentalhealth
 42. Coleman WL, Howard BJ. Family-focused behavioral pediatrics: clinical techniques for primary care. *Pediatr Rev*. 1995;16(12):448-55.
 43. Coleman WL. Family focused pediatrics: solution oriented techniques for behavioral problems. *Contemp Pediatr*. 1997;14(7):121-34.
 44. Garg A, Butz AM, Dworkin PH, Lewis RA, Thompson RE, Serwint JR. Improving the management of family psychosocial problems at low-income children's well-child care visits: the WE CARE Project. *Pediatrics*. 2007;120(3):547-58.
 45. Ginsburg KR; American Academy of Pediatrics, Committee on Communications, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *Pediatrics*. 2007;119(1):182-91.
 46. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Outcome project [consultado 15/7/2007]. Disponible en: www.acgme.org/Outcome
 47. Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress: a randomized clinical trial. *Arch Intern Med*. 1995;155(17):1877-84.
 48. Finset A, Ekeberg Ø, Eide H, Aspegren K. Long-term benefits of communication skills training for cancer doctors. *Psychooncology*. 2003;12(7):686-93.
 49. Wissow LS, Gadowski A, Roter D, et al. Improving child and parent mental health in primary care: a cluster-randomized trial of communication skills training. *Pediatrics*. 2008;121(2):266-75.
 50. Lazear KJ, Worthington J, Detres M. Family Experience of the Mental Health System (FEMHS): findings compendium – Findings brief 5. Helpfulness of formal services, family organizations and informal supports [consultado 24/8/2007]. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de le Parte Florida Mental Health Institute, Research and Training Center for Children's Mental Health; 2004. FMHI series publication No. 224-5. Disponible en: <http://rtckids.fmhi.usf.edu/rtpubs/familyexperience.cfm>
 51. Horvath AO. The therapeutic relationship: from transference to alliance. *J Clin Psychol*. 2000;56(2):163-73.
 52. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change in addictive behavior*. 2.^a ed. Nueva York, NY: Guilford Press; 2002.
 53. Karver MS, Handelsman JB, Fields S, Bickman L. Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(1):50-65.
 54. Kazdin AE, Marciano PL, Whitely MK. The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive, and anti-social behavior. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(4):726-30.
 55. Grenavage LM, Norcross JC. Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Prof Psychol Res Pr*. 1990;21(5):372-8.
 56. Castonguay LG, Beutler LE. Principles of therapeutic change: a task force on participants, relationships, and techniques factors. *J Clin Psychol*. 2006;62(6):631-8.
 57. Klar H, Coleman, WL. Brief solution-focused strategies for behavioral pediatrics. *Pediatr Clin North Am*. 1995;42(1):131-41.
 58. McKay MM, McCadam K, Gonzales J. Addressing barriers to mental health services for inner-city children and their caretakers. *Community Ment Health J*. 1996;32(4):353-61.
 59. Selekman, MD. *Solution-focused therapy with children: harnessing family strengths*. Nueva York, NY: Guilford Press; 1997.
 60. Blount A, editor. *Integrated primary care: the future of medical & mental health collaboration*. Nueva York, NY: WW Norton & Co Inc; 1998.
 61. Oski J. *Teens, Telepsychiatry, and School-Based Health Care From Principles to Practice* [archivo audio de teleconferencia; consultado 24/8/2007]. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; October 25, 2006. Disponible en: www.aap.org/mentalhealth/docs/oski%20powerpoint.pdf
 62. Massachusetts Behavioral Health Partnership Web site [consultado 15/7/2007]. Disponible en: www.masspartnership.com
 63. Connor DF, McLaughlin TJ, Jeffers-Terry M, et al. Targeted child psychiatric services: a new model of pediatric primary clinician-child psychiatry collaborative care. *Clin Pediatr (Phila)*. 2006;45(5):423-34.
 64. Williams J, Shore SE, Foy JM. Co-location of mental health professionals in primary care settings: three North Carolina models. *Clin Pediatr (Phila)*. 2006;45(6):537-43.
 65. Massachusetts Child Psychiatry Access Project Web site [consultado 29/8/2008]. Disponible en: www.mcpap.org
 66. Williams J, Klinepeter K, Palmes G, Pulley A, Foy JM. Diagnosis and treatment of behavioral health disorders in pediatric practice. *Pediatrics*. 2004;114(3):601-6.
 67. Borowsky IW, Mozayeny S, Ireland M. Brief psychosocial screening at health supervision and acute care visits. *Pediatrics*. 2003;112(1 Pt 1):129-33.
 68. Cassidy LJ, Jellinek MS. Approaches to recognition and management of childhood psychiatric disorders in pediatric primary care. *Pediatr Clin North Am*. 1998;45(5):1037-52.
 69. American Academy of Pediatrics, Committee on Child Health Financing. *Principles of child health care financing*. *Pediatrics*. 2003;112(4):997-9.
 70. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence, Committee on Child Health Financing. *Underinsurance of adolescents: recommendations for improved coverage of preventive, reproductive, and behavioral health care services*. *Pediatrics*. 2009;123(1):191-6.
 71. Levetown M; American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics. *Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information*. *Pediatrics*. 2008;121(5). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/121/5/e1441
 72. Fallat ME, Glover J; American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics. *Professionalism in pediatrics*. *Pediatrics*. 2007;120(4). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/120/4/e1123
 73. American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics. *Professionalism in pediatrics: statement of principles*. *Pediatrics*. 2007;120(4):895-7.
 74. American Academy of Pediatrics, Task Force on Mental Health. *Strategies for system change in children's mental health: a chapter action kit* [consultado 21/4/2009]. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2007. Disponible en: www.aap.org/mentalhealth/mh2ch.html
 75. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Committee on Health Care Access and Economics; American Academy of Pediatrics, Task Force on Mental Health. *Improving mental health services in primary care: reducing administrative and financial barriers to access and collaboration*. *Pediatrics*. 2009;123(4):1248-51.
 76. American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperac-

- tivity Disorder. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2000;105(5):1158-70.
77. American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2001;108(4):1033-44.
 78. Cherry KD, Woodwell DA, Rechtsteiner EA. National Ambulatory Medical Care Survey: 2005 summary. *Adv Data Vital Health Stat*. 2007;(387):1-40.
 79. Caspary G, Horwitz S, Singh M, et al. Mental health training during residency is associated with greater confidence in mental health care. Paper presented at: Pediatric Academic Societies annual meeting; May 3-6, 2008; Honolulu, HI.
 80. DeMaso DR, Knight JR, editores. Collaboration essentials for pediatric and child and adolescent psychiatry residents: working together to treat the child. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and American Academy of Pediatrics. Boston, MA: Children's Hospital Boston; 2004.
 81. Fishman ME, Kessel W, Heppel DE, et al. Collaborative office rounds: continuing education in the psychosocial/developmental aspects of child health. *Pediatrics*. 1997;99(4). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/99/4/e5
 82. Integrated Primary Care. Consulting for integrated primary care [consultado 1/8/2007]. Disponible en: www.integratedprimarycare.com/consulting%20for%20integrated%20primary%20care.htm
 83. The REACH Institute. Child and adolescent training institute in evidence-based treatments [consultado 19/10/2007]. Disponible en: www.reach-institute.net/TrainingInstituteEvidence-basedTreatments.html