



**Taller**  
**PSICOTERAPIA BREVE**  
**EN LA CONSULTA PARA PROBLEMAS**  
**FUNCIONALES FRECUENTES**

**Moderadora:**

María Jesús Esparza Olcina  
*Pediatra, CS Barcelona, Móstoles, Madrid*

**Ponente/monitor:**

■ José Luis Pedreira Massa  
*Paidopsiquiatra. Hospital de Día Psiquiátrico de Adolescentes-Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid*  
*Presidente Sección Psiquiatría Infantil AEP*

Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)

**¿Cómo citar este artículo?**

Pedreira Massa JL. Psicoterapia breve en la consulta para problemas funcionales frecuentes. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004: p. 279-296.

# Psicoterapia breve en la consulta para problemas funcionales frecuentes

José Luis Pedreira Massa

*Paidopsiquiatra, Hospital de Día Psiquiátrico de Adolescentes-Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.*  
*Presidente Sección Psiquiatría Infantil AEP*  
[jlpedreira@psiquiatria.com](mailto:jlpedreira@psiquiatria.com)

## RESUMEN

La intervención pediátrica no debe limitarse al cuidado somático, aunque lo incluya, el problema consiste en pasar del modelo biologicista a un modelo bio-psico-social real. Por ello son fundamentales aspectos del desarrollo y de lo relacional en la práctica cotidiana. Pero ¿esto que exponemos es psicoterapia?

Lo que contemplan las legislaciones europeas sobre psicoterapia lo consideran como el primer escalón de la psicoterapia: manejo de situaciones, contención, evitar la yatrogenia, ayuda y escucha...

¿Cómo aplicarlo? Desde las consultas de inicio, seguimiento de los programas de crecimiento y desarrollo del niño sano, actividades preventivas y de educación para la salud, pero también: seguimiento de procesos crónicos.

Manejar estas situaciones complicadas, aunque sean habituales, se incluye en el saber científico, pero también en el arte del ejercicio profesional. Para ser psicoterapeuta se requiere una formación teórica, un entrenamiento práctico, un proceso de conocimiento personal y un periodo de supervisiones pero, además, unas características personales de empatía y escucha y manejo de las propias emociones... Para dedicarse a la infancia y adolescencia: conocer, al menos, las líneas maestras de la propia infancia y adolescencia...

Todo ello va más allá de las perspectivas teóricas, son actitudes y compromisos.

*“La vida es breve; la ciencia extensa; la ocasión fugaz; la experiencia insegura; el juicio difícil. Es preciso no sólo disponerse a hacer lo debido uno mismo, sino además el enfermo, los que le asisten y las circunstancias externas.*

*En cualquier enfermedad, mantener la mente sana y estar bien dispuesto es buena señal. Lo contrario, mala.”*

**Hipócrates**

## INTRODUCCIÓN

Durante bastante tiempo el término de psicoterapia en la infancia ha estado ligado a un tipo de intervenciones que se incluían en alguno de estos apartados<sup>1</sup>:

1. Una intervención de tipo “menor” para abordar los trastornos de la infancia, ya que no eran “graves”.
2. Una intervención que excluía otro tipo de abordajes, lo que durante tiempo se vio como un enfrentamiento entre biologicismo y psicologismo.
3. Una intervención para ser desarrollada por “otros” profesionales que no fueran psiquiatras.
4. Una intervención basada en “convencer”, “mentalizar”, “motivar”, “charlar”, “caer bien o empatizar”.

Alemania, Austria e Italia han emitido leyes sobre el ejercicio de la psicoterapia en el periodo 1990-96<sup>2</sup>. En las tres legislaciones se contemplan las bases generales de la European Federation of Psychotherapy, que se resumen en tres niveles formativos<sup>3</sup>: uno para los sanitarios generales (médicos de familia y especialidades médico-quirúrgicas) que aborda la relación médico-paciente, el abordaje familiar, la información del diagnóstico y tratamiento, el seguimiento de procesos y los componentes psicosomáticos; este primer nivel precisa en torno a las 200 horas (20 créditos) que se desarrollan en los dos últimos años de la especialidad correspondiente. El segundo nivel corresponde al manejo psicoterapéutico de Psiquiatras y Psicólogos Clínicos para su

práctica cotidiana, precisa de un mínimo de 350 horas (35 créditos) a lo largo de los cuatro años de la especialidad y contempla la realización de contenidos teóricos y supervisiones clínicas. El tercer nivel es para obtener la acreditación de psicoterapeutas, para lo que se pide un mínimo de 500 horas teóricas (50 créditos) y 250 horas teórico-prácticas y supervisiones (25 créditos) que se desarrollan en cuatro años.

Por lo tanto: las psicoterapias se constituyen en formas de intervención sanitaria reconocidas en nuestro ordenamiento legal y las disposiciones europeas tienden a recomendar que la atención psiquiátrica a la infancia y la adolescencia tenga esta orientación psicoterapéutica de forma explícita. En este sentido parece pertinente reflexionar sobre el concepto, límites técnicos, indicaciones, contraindicaciones, profesionales, dispositivos y tareas que –en nuestro criterio– deben ser contemplados en esta orientación.

## ESQUEMA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Bleger elaboró un esquema de intervención para considerar que tuviera un efecto psicoterapéutico, dicho esquema fue modificado y adaptado a la infancia en los siguientes términos:

1. Intervención **individual**: para asumir el sufrimiento del sujeto, la situación del desarrollo y evolución de los procesos y, por fin, la maduración emocional y afectiva de los sujetos.
2. Intervención **grupal**: asume la relación con los pares, es decir, con los amigos, compañeros y las dificultades que aparecen en dicha relación. P.e. la función del liderazgo, el retraimiento social, las dificultades de comunicación.
3. Intervención **familiar**: consiste en elaborar la historia familiar a nivel significativo de sus integrantes, orientar en las dificultades que van apareciendo a lo largo de las distintas crisis familiares.

4. Intervención **institucional**: este tipo de intervención tienen su origen en abordar los diferentes lugares en los que se desarrolla la vida del niño. Cuatro son los grupos sobre los que incidir; con una orientación terapéutica: incrementar la capacidad de discriminación de los problemas que aparecen en los niños; derivación y su técnica desde una institución a la otra de aquellos casos que precisen atención; devolución de los contenidos encontrados como compromiso para asegurar una correcta relación interinstitucional y desarrollar un método de contención como fundamento de la intervención conjunta.
5. Intervención **comunitaria**: persigue la modificación de actitudes, la movilización y coordinación de los recursos asistenciales en el territorio.
- 1.3. Pueden tener contenidos meramente educativos (p.e. la psicoeducación familiar, las escuelas de padres).
- 1.4. Se pueden y suelen realizar en contextos no exclusivamente sanitarios (p.e. la escuela, el barrio).
- 1.5. No presuponen el concepto de sufrimiento en el niño ni la existencia de un trastorno mental, sino que basta con meras disfunciones.
- 1.6. Los profesionales no precisan ni formación ni acreditación específica en psicoterapia.
- 1.7. Las intervenciones pueden ser desarrolladas por diversos profesionales (p.e. educadores, trabajadores sociales, educadores familiares o comunitarios).
- 1.8. Se pueden realizar en diversos contextos de la vida del desarrollo del niño.

## INTERVENCIONES CON EFECTOS PSICOTERAPÉUTICOS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

### I. Características definitorias

No todas las intervenciones que se desarrollan sobre problemas o disfunciones o trastornos mentales de la infancia y la adolescencia tienen las características de ser psicoterapias. Pero dichas intervenciones pueden tener unas consecuencias psicoterapéuticas para el sujeto, a pesar de que en sentido estricto no sean una psicoterapia. Mejoran de forma ostensible la autoestima del sujeto y su adaptación al medio social. Las características definitorias de este tipo de intervenciones que no son estrictamente una psicoterapia son las siguientes:

- 1.1. No necesitan realizar un encuadre preciso de trabajo, pudiendo ser programadas o puntuales.
- 1.2. Las orientaciones y la intervención técnica pueden ser directivas, en determinadas circunstancias (p.e. dar consejos).

### II. Tipología de las intervenciones con posibles efectos psicoterapéuticos

#### 2.1. Intervenciones directas sobre el niño o adolescente

2.1.1. **Psicomotricidad**: los tratamientos psicomotrices no son curativos, sino que representan una técnica complementaria para otros tratamientos y, en ocasiones, facilitan otro tipo de intervenciones. Las indicaciones clínicas pueden sistematizarse en las siguientes: debilidad motriz o retraso motor global (paratonías, hipotonías, deficiente coordinación); trastornos de lateralidad y/u orientación témporo-espacial; dispraxias constructivas y/o deficitarias; caracteriopatías con inestabilidad, impulsividad y pobreza en fantasmización; organizaciones límites y prepsicosis con escaso investimento cognitivo y presentación disarmónica con inhibición, descoordinación, y agitación.

2.1.2. **Logopedia**: consiste en tratamientos dirigidos a los trastornos del lenguaje. Fundamentalmente

para los de articulación, pero también para otro tipo de trastornos. Las dislalias, disartrias y disfalias, sean primarias o secundarias, son su principal campo de intervención.

- 2.1.3. Técnicas de rehabilitación educativa: son técnicas psicopedagógicas tendentes a facilitar el proceso de aprendizaje, bien sea de forma primaria (p.e. técnicas de estudio) o para superar otro tipo de trastornos (p.e. reeducaciones para la dislexia, la discalculia).
- 2.1.4. Actividades de sociabilización: consisten en técnicas para aportar habilidades sociales, cuando existe algún tipo de trastornos. Pe. actividades de la vida diaria, hábitos de la vida cotidiana.
- 2.1.5. Estimulación precoz: son técnicas estimulativas que se establecen en los primeros años de la vida del niño y tienden a aportar estimulaciones más o menos selectivas sobre capacidades disminuidas, bien sea por la existencia de una causa somática o sensorial.

## 2.2. Intervenciones indirectas

- 2.2.1. Algunas intervenciones familiares: Pe. psicoeducación familiar o algunas intervenciones sistémicas.
- 2.2.2. Ayudas sociales: apoyo social a la familia, recursos económicos o educativos.
- 2.2.3. Apoyos psicopedagógicos en la escuela, aquellos que están sujetos a la adaptación curricular y apoyos especiales.
- 2.2.4. Interconsulta y enlace: es un estilo de trabajo y de relación entre dos niveles diferentes de atención (p.e. Atención Primaria y Atención Especializada), sobre todo del sistema sanitario.
- 2.2.5. Actividades de sociabilización: tendentes al conocimiento del medio, a estimular actividades extraescolares.

## PSICOTERAPIA EN LA INFANCIA

### I. Principales modalidades de psicoterapia en la infancia y la adolescencia

#### I.1. Dirigidas al sujeto y al problema

- I.1.1. *Counselling*: no consiste en el consejo general, sino que es una técnica difícil pues pretende aconsejar sobre la dificultad específica de cada niño y cada familia, pero partiendo de su realidad concreta y con orientaciones sintónicas con su forma de pensar y con su propia historia, por lo tanto permite variabilidad frente a un mismo problema, no es generalizable y precisa de conocimientos clínicos y dinámicos específicos.
- I.1.2. Consulta-terapéutica: consiste en señalizaciones realizadas en el seno de las entrevistas de evaluación. Dichas señalizaciones van permitiendo abordar dificultades madurativas y relacionales en el contexto histórico y del desarrollo en el que surgen. Son elementos dinamizadores de gran contenido simbólico y permiten a cada sujeto la aprehensión de dicho material de forma progresiva. Dichas señalizaciones tienden a la autonomía del niño y de la familia.
- I.1.3. Psicoterapia focal y breve: permite abordar determinadas situaciones conflictivas de forma aislada y durante un tiempo determinado, sin necesidad de realizar engranajes complicados.
- I.1.4. Psicoterapia profunda: persigue delimitar la relación de los problemas con el discurso del inconsciente. Es propia del psicoanálisis, su concepto de "cura" no se relaciona con la desaparición de los síntomas clínicos y tiende a la superación del esquematismo de las formas clínicas, pretende una intervención más estructural y elaborativa.

## 1.2. Referidas a la modalidad de abordaje

Destacamos la Psicoterapia diádica que consiste en una modalidad en la que la figura materna y el niño se encuentran presentes, dedicando una parte de la sesión a trabajar con el niño y otra parte para trabajar con la interacción madre-niño. Es un método que fundamentalmente se emplea en las psicoterapias para trastornos psicopatológicos de la primera infancia y, más excepcionalmente, en etapas posteriores cuando el vínculo madre-hijo reviste unas especiales características de simbiosis<sup>4</sup>.

## II. Condiciones para desarrollar una psicoterapia

### 2.1. El psicoterapeuta en la infancia y la adolescencia

Debe tener unas características personales de receptividad y flexibilidad, de empatía y capacidad de escucha. La mayoría de los autores señalan que el psicoterapeuta de la infancia y la adolescencia debe tener asumidos y elaborados su propia infancia y su desarrollo, de tal suerte que evite realizar proyecciones y/o rechazar a algún tipo de patologías o a un determinado niño. Además se precisa una formación escrupulosa tanto desde la perspectiva teórica (conocimientos) como práctica (obtención de habilidades tanto técnicas como personales), lo que debe completarse con supervisiones clínico-terapéuticas. La Federación Europea de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP) recomienda que esta formación se realice en, al menos, cuatro años.

### 2.2. El local

Debe ser un local amplio, luminoso y cómodo, tanto para el psicoterapeuta como para el niño y adolescente.

### 2.3. Dotación

La dotación básica cuenta con el **cajón de los juguetes**, en el que se deben incluir: un muñeco, un peluche, una pelota, una construcción, algún vehículo y un rompecabezas sencillo. También se puede añadir algún detalle propio de cada niño, p.e. algún muñeco o peluche de

un niño en concreto o las propias producciones de los niños. Plastilina, cartulinas, pinturas facilitan la expresión de los niños y el uso del sceno-test de Von Staab o del MAPPs facilita la construcción de "escenas", la elaboración de fantasías.

Existen algunas dificultades cuando se plantea una demanda de psicoterapia de la infancia y la adolescencia, estas dificultades son a diversos niveles. Existen diversas interpretaciones acerca de la noción de psicoterapia, tanto desde la perspectiva teórica (p.e. psicoanalítica, cognitivo-conductual, sistémica, interpersonal) como de su ubicación (p.e. en el sistema sanitario, en la práctica privada). Incluso cuando la demanda se explicita como tal, no basta para establecer el inicio de una psicoterapia y se precisa una correcta evaluación clínica (de los síntomas, del desarrollo y de las relaciones) y el establecimiento explícito de una prescripción terapéutica como psicoterapia.

La prescripción de una psicoterapia incluye el concepto de transferencia y que, en los servicios públicos, acontece de una forma peculiar, ya que existe una derivación desde otro nivel asistencial (p.e. los pediatras de Atención Primaria) que aporta una información previa sobre las dificultades del niño, pero también señala que se necesita una abordaje especializado y que en "tal servicio" donde trabaja "el Dr Fulano de tal" se puede abordar porque "es un servicio prestigiado", también podría decirse lo contrario; a ello se suma la opinión de los habitantes de un territorio sobre el servicio, todo ello constituye un conjunto de informaciones que impactan a la familia que establece la demanda definitiva. Este conjunto de informaciones previas que existen en el territorio es lo que De Vicente ha denominado como "pre-transfer" y cumplen su papel a la hora del establecimiento transferencial definitivo, tanto para consolidarlo como para destruirlo.

De aquí la importancia de implantar, también en la infancia y la adolescencia, los principios éticos que contemplan a los niños como sujetos con capacidad de decisión, hasta el nivel que les corresponde. Por ello el desarrollo de instrumentos que tengan en cuenta estas condiciones es estrictamente necesario, el instrumento

más extendido es el conocido como **consentimiento informado**, nosotros hemos desarrollado un modelo que tiene un valor experimental.

## LA PSICOTERAPIA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN EL ORDENAMIENTO SANITARIO ESPAÑOL

No existe una acreditación específica de psicoterapeutas ni ninguna disposición legal que ampare un ejercicio profesional tan comprometido y delicado como es la psicoterapia.

La Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil (AEPIJ) emitió un documento al Ministerio de Sanidad y Consumo donde se contemplaban de forma diferenciada las intervenciones, dispositivos y tareas que se podían desarrollar en el campo de la atención a los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia y se acompañaba de un glosario de términos y una información epidemiológica suplementaria. En dicho documento se diferenciaban las intervenciones propias y específicas del SNS y aquellas otras intervenciones, dispositivos y tareas que eran propios de otros sistemas asistenciales (educativo y social). Además la Unión Europea de Especialistas establece en su ámbito que la titulación para los profesionales médicos sea de Psiquiatría y Psicoterapia de la Infancia y la Adolescencia<sup>5</sup>.

Es en este contexto donde insistimos en la necesidad, cada vez más imperiosa, de aclarar legalmente los requisitos para el ejercicio como psicoterapeuta. No es de recibo que una titulación académica sea equivalente a capacidad de ejercicio profesional si no se establecen unos controles precisos que eviten la malpraxis y las intervenciones perniciosas, poco éticas o claramente yatrogénicas. La FEAP es contundente al respecto y la Asociación Española de Psicoterapia (AEP) como miembro institucional de la FEAP lo defiende en nuestro país: requisitos que diferencien entre la formación básica (p.e. para ser médico o psicólogo), formación especializada (p.e. para la titulación de Psiquiatra o de Psicólogo Clínico) y la acreditación específica como psicoterapeuta (sea Médico, Psiquiatra o Psicólogo)<sup>1,3,6</sup>.

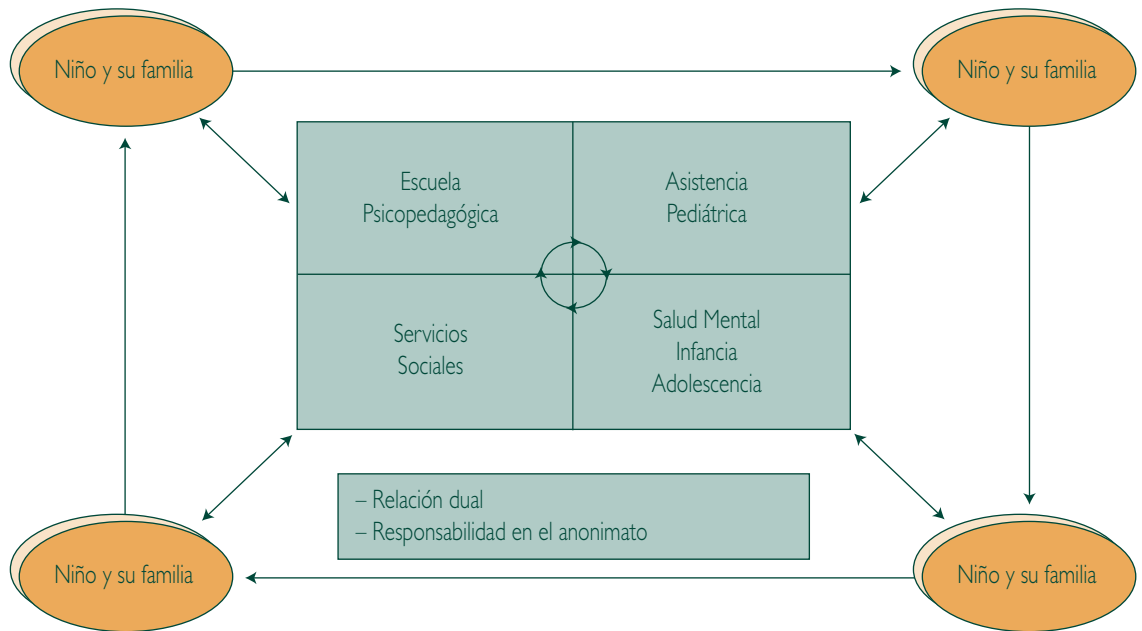
En la infancia y la adolescencia es preciso señalar una consideración final de gran interés práctico: los tratamientos que se conocen como **integrados** (psicofarmacología+psicoterapia) se están extendiendo de forma general. Por una parte la acción psicofarmacológica permite un mejor abordaje terapéutico, un mejor enganche transferencial y, sobre todo, un acortamiento de la intervención. Pero el abordaje psicoterapéutico permite que la dosis sea más baja y se establezca el cuadro de forma más precoz, mejora el cumplimiento terapéutico y acorta el periodo de prescripción. Los nuevos psicofármacos, tanto los antidepresivos como los antipsicóticos, favorecen este tratamiento conjunto e integrado porque las acciones secundarias y colaterales son menores y más llevaderas que con los clásicos<sup>7</sup>.

La formulación y desarrollo del **consentimiento informado** en los tratamientos de la infancia y la adolescencia es algo que se está desarrollando en la actualidad y que precisa una profundización mayor:

El desarrollo de nuevos dispositivos asistenciales en el marco de procesos de reforma asistencial incluye que se tengan que flexibilizar las teorías en su aplicación práctica, dado que su marco teórico se produjo en contextos que no son los propios de la asistencia pública actual<sup>8,9</sup>.

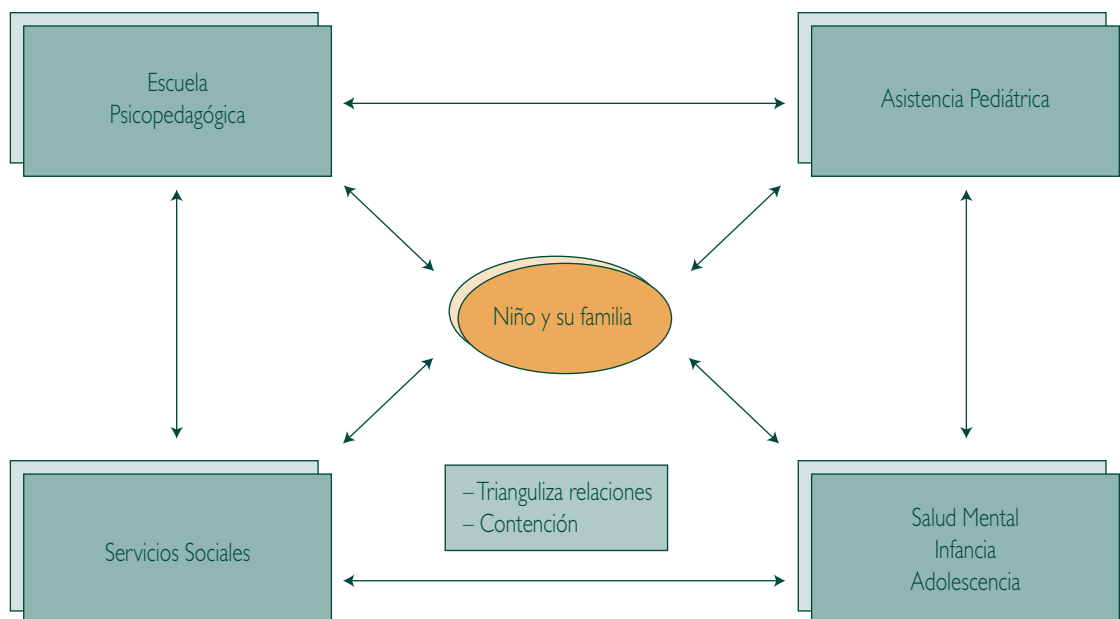
En la Figura 1 se esquematiza una opción muy utilizada en la actualidad del llamado trabajo comunitario<sup>10</sup>. En efecto cada institución en el territorio desarrolla sus propios dispositivos asistenciales para la infancia con problemas de salud mental. Entre ellas destacamos las siguientes instituciones: sanitaria pediátrica, sanitaria de salud mental, social y educativa. Diferentes instancias que pueden trabajar en conjunto o mantener contactos regulares, pero que lo hacen de forma aislada o caso-a-caso. La familia establece las demandas con cada servicio y acude a uno u otro dependiendo de la disfunción dominante, de esta suerte que la relación es dual y la atención es parcial, en la mejor de las circunstancias podría darse el tipo de relación médico-paciente que Balint definió como "responsabilidad en el anonimato". Es el terreno abonado para que la duplicidad y el solapamiento asistenciales sea la norma.

**Figura 1. Trabajo en el territorio: tipo I**



Fuente: Pedreira (1991)

**Figura 2. Trabajo en el territorio: tipo II**



Fuente: Pedreira (1991)

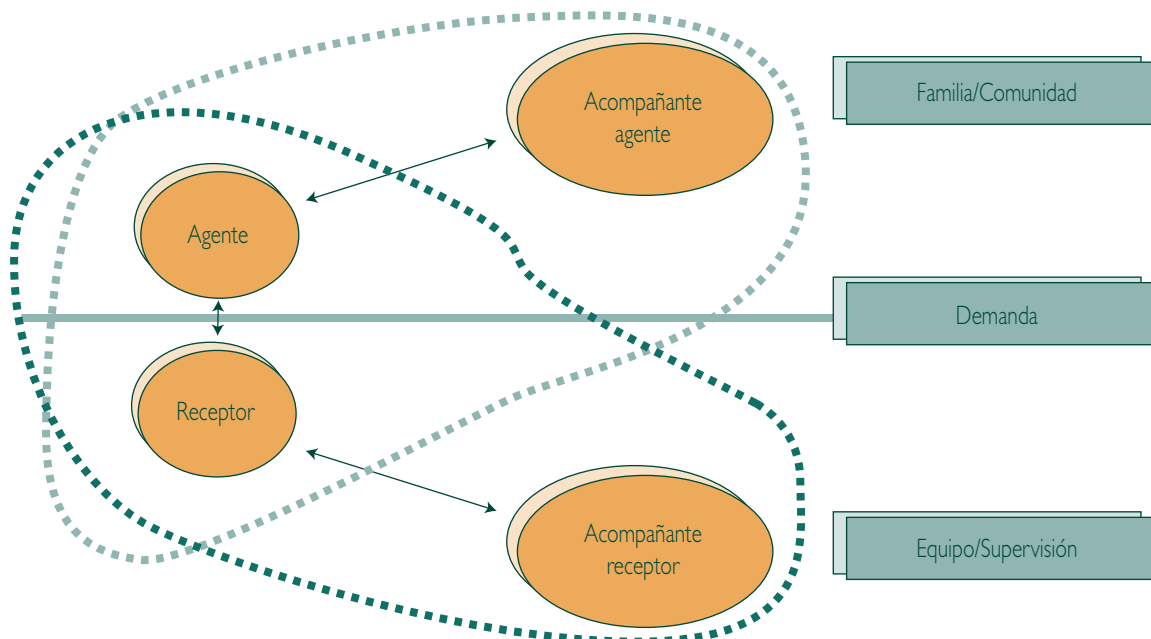
La Figura 2 trata de sistematizar una alternativa asistencial<sup>10</sup>. El centro no son los dispositivos asistenciales sobre los que giran los niños y sus familias, sino que son los propios niños y sus familias los que ocupan el centro del esquema. En torno a este centro giran los diferentes servicios asistenciales que convergerán ante las diversas demandas que puedan plantearse para establecer la cobertura más adecuada a las necesidades de cada situación concreta. Así aparece el punto de referencia y la responsabilidad de caso para un dispositivo, pero también la co-responsabilización de los demás. Con lo que la atención no es dual sino que aparece un tercero y se puede hablar de contención en el territorio, tal como hemos expresado en algún trabajo previo (Fernández, García Carvajosa y Pedreira<sup>11</sup>) con la definición de tres ejes en el desarrollo del trabajo: la familia/comunidad con su sufrimiento, la demanda hacia un servicio asistencial y, por fin, el equipo/supervisión con la necesaria formación continuada. Esquema que se repite en la consulta: paciente-profesional que tienen como tercero externo a la propia familia del lado del

paciente y como tercero interno al equipo para el profesional responsable del caso (Figura 3).

## LA ORGANIZACIÓN

1. **El marco territorial.** En algún trabajo precedente (García González y Pedreira<sup>12</sup>) hemos definido que el territorio es algo más que un componente geográfico-administrativo, el territorio es algo dinámico, complejo y cambiante que interactúa de forma activa con los diferentes profesionales de las distintas agencias. El territorio no sólo es un receptáculo de intervenciones o de informaciones, el territorio emite y transmite informaciones de gran valía que deben ser escuchadas de forma conveniente por los profesionales.
2. Al estar en un territorio varias agencias con diferentes profesionales, se establece un primer nivel organizativo básico: los servicios y agencias de Atención Primaria y un segundo nivel constituido

**Figura 3.** El proceso de contención en la intervención psicosocial



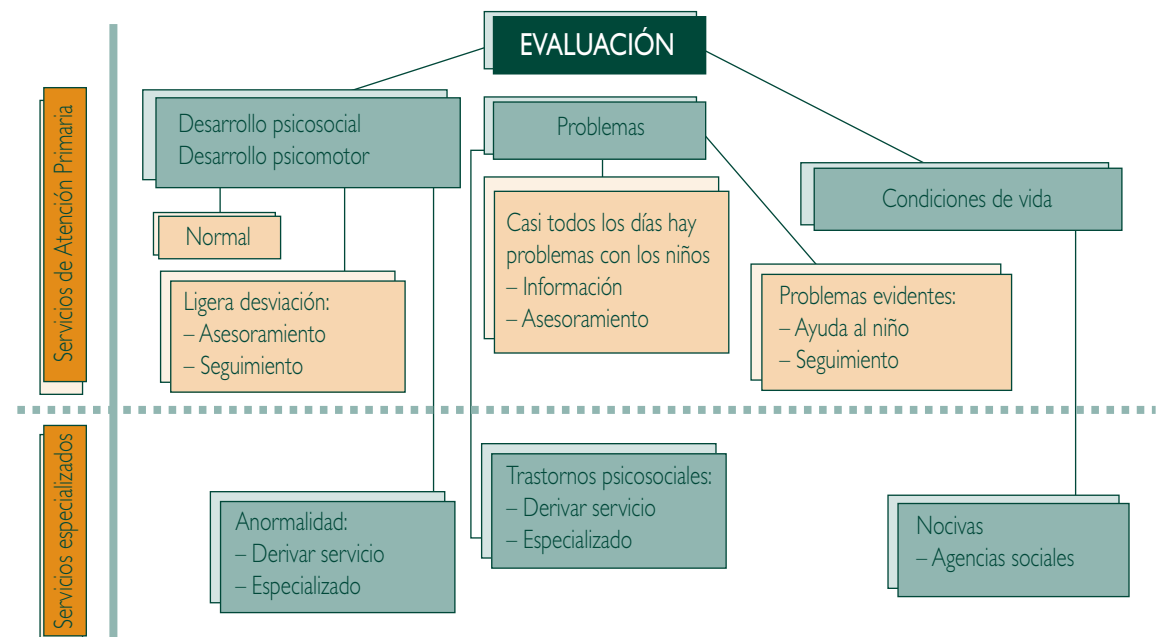
Fuente: García-Carbajosa; Pedreira y Fernández (1990)



por Servicios Especializados. En esta situación se generaliza una palabra que alcanza, en ocasiones, niveles casi míticos: **coordinación**. Con ella surge una pregunta: ¿qué entendemos por coordinación? Entendemos por coordinación el esfuerzo que hacen los recursos existentes en un territorio, independientemente de su adscripción Administrativa, con el fin de evitar solapamientos o duplicidades en las intervenciones que se realizan a una misma parte de la población; para ello se deben sentar objetivos y criterios precisos, sobre todo en dos aspectos: la evaluación (con el complementario de la derivación de una agencia a otra o de un nivel asistencial a otro) y para la cobertura. Es decir la coordinación no es algo abstracto, es un objetivo dinámico que vamos construyendo caso a caso, situación a situación, momento a momento. La coordinación no es algo impreciso, tiene su propia metodología y procedimientos, y comprende una serie de instrumentos operativos precisos.

3. Lo importante en esta situación se encuentra en evaluar las propias limitaciones y hasta dónde cada nivel de atención posee y desarrolla sus propias competencias. En la Figura 4 hemos querido esquematizar una aproximación de competencias expuestas por Makarovic<sup>13</sup> en base a tres ejes: el desarrollo psicosocial y psicomotor; los problemas evolutivos y psicosociales y las condiciones de vida. En los tres aspectos se establecen otras tres posibilidades desde el proceso de evaluación realizado por entrevistas con informantes múltiples. Estos tres niveles serían: un nivel básico de problemas, más o menos normalizados, aunque sean muy frecuentes; el segundo nivel corresponde a desviaciones evidentes y a la existencia de factores de riesgo; por fin, el tercer nivel corresponde a la presencia de francos trastornos en el desarrollo, la presencia de trastornos psicosociales y a unas condiciones de vida desfavorables. En los dos primeros niveles el abordaje adecuado se puede establecer desde la Atención Primaria,

**Figura 4. Desarrollo infantil y situaciones del entorno**



Fuente: Entrevistas con niño, entrevistas con padres y otras informaciones.

mientras que el tercer nivel corresponde ya a los niveles especializados, pero siempre tras la evaluación realizada en la Atención Primaria.

4. Básico para la multiaxialidad es solucionar el problema de la continuidad asistencial. Aunque se derive al nivel especializado, las coberturas deben ser mixtas, al menos así se pronuncian diversos organismos internacionales como la OMS y la UNICEF<sup>14,22</sup>. Quiere ello decir que: derivar es complementar la intervención, orientar nuevas posibilidades, ofertar intervenciones más específicas que sean necesarias, pero ese usuario sigue en el territorio y, por lo tanto, las coberturas básicas (seguimiento, asesoramiento, información, reinserción, rehabilitación) deben y pueden ser prestadas desde los Servicios de Atención Primaria. Esta opción es base constitutiva del éxito de los trabajos en el territorio: hace que persista el vínculo con los servicios más normalizados, por ello la intervención especializada pasa a ser una ayuda complementaria tanto para los usuarios con problemas como para el nivel de Atención Primaria.

*La continuidad asistencial asegura la corresponsabilización de los diferentes niveles asistenciales con el caso problema.*

5. **El estilo de trabajo** constituye el contenido organizativo de los equipos. Cada equipo de cada agencia en el territorio tiene su propio estilo de trabajo que depende de múltiples variables. Pero ante casos complejos, como p.e. suelen ser los casos con psicoorganicidad o importantes componentes psicosociales, hay múltiples aspectos comunes que pueden ser abordados. Se precisa identificar el caso en toda su complejidad, recoger la máxima información posible del conjunto de agencias de un territorio. Tras ello se puede evaluar la situación y, con posterioridad, definir la intervención. Todo lo anterior supone incidir, dentro del funcionamiento de los equipos, en las competencias técnicas y en el

uso de instrumentos adecuados para cada situación: entrevistas estructuradas y semi-estructuradas con multi-informantes. Con estos instrumentos se pueden emitir los correspondientes informes, tanto para constatar lo que se ha detectado, como para complementar otros posibles informes de otras agencias del territorio. Analizar y evaluar las competencias técnicas nos posibilita integrar la organización del trabajo: distribución temporal, concepto de encuadre de trabajo, secuencia y prioridades en las diferentes intervenciones, la derivación entre las diferentes agencias y la técnica de esa derivación. Son aspectos básicos que hacen superar el estrecho margen de lo cuantitativo de los recursos y, sobre todo, la adecuación técnica y práctica de las diferentes tendencias teóricas que existen en este campo. Por ello es fundamental la formación adecuada que incluya un relevante papel para la SUPERVISIÓN, ya que va a incidir de forma directa en las técnicas de evaluación, en la organización del trabajo y en la manera de definir la intervención.

## ESTABLECER PRIORIDADES

- I. Abordar cada caso que se presente con realismo nos sitúa en línea para intentar superar las dificultades que se vayan presentando, ubicando en cada nivel el tipo y grado de la dificultad. Comporta ir de cada caso a la demanda que subyace de forma implícita, pues ir de la demanda al caso sería una forma de expresar la demanda de la agencia y de los profesionales de la agencia más que situar adecuadamente el problema concreto. Una vez que de ese caso abordamos la demanda como algo positivo y dinámico, entonces podemos ver los recursos existentes para utilizarlos de forma adecuada a la intervención y desde este lugar podremos sugerir/demandar/exigir los recursos necesarios de forma general. Éste es un proceso, como tal se van superponiendo nuevos datos y nuevas experiencias y fundamentando cada paso. Hay

otros caminos, pero posiblemente sean más penosos y frustrantes y tienen el peligro potencial de crear falsas expectativas o de evitar atender la demanda, justificando derivación sobre derivación.

2. La multiaxialidad como horizonte de trabajo precisa que las diferentes informaciones, intervenciones, orientaciones que realizan cada una de las instituciones en ese territorio eviten los mensajes contradictorios. Precisamente ser conscientes de la parcialidad del lugar ocupado por cada agencia hace que se explicita la necesidad de otras agencias y de otras intervenciones complementarias, evitando caer en posiciones totalizadoras. Un ejemplo pertinente podría ser la lectura de los factores de vulnerabilidad y de riesgo por parte de las diferentes agencias del territorio, de tal suerte que la identificación de uno o varios de ellos no sólo es para constatar su presencia y realizar una interpretación pronóstica, sino que también pueden poseer el valor de realizar una lectura que implique la intervención apoyándonos en aquellos factores que puedan tener un cierto valor protector, aunque los factores más desestabilizantes sean los más evidentes<sup>23</sup>.
3. Otro grupo de prioridades consiste en establecer una **correcta secuencia** de las intervenciones que vayan a ser desarrolladas por las diferentes agencias, sobre todo cuando estas acciones van a implicar, en mayor o menor medida, a otras agencias del territorio.

## MÉTODO Y PROCEDIMIENTO PARA LA INTERVENCIÓN MULTIAXIAL

1. **Trabajo interdisciplinar:** la interdisciplinariedad es un estilo y una forma de trabajo, un objetivo y no solamente la mera aposición de titulaciones diferentes en los equipos. Hemos expresado que la interdisciplinariedad en el territorio no precisa que cada agencia posea de "todas" las titulaciones

posibles, sino que las diferentes agencias confluyan en el territorio con cada caso y sea el caso problema el centro del debate (Figura 2), así se construyen vías para acceder a comprender la complejidad desde la diversidad de cada agencia, al constatar nuestras carencias y la necesidad que tenemos del otro para avanzar (Menéndez, 1998<sup>24</sup> y Pedreira, 1995<sup>25</sup>). Esta dimensión del trabajo nueva y dinámica posibilita realizar una toma a cargo y una contención adecuada.

2. Existe un procedimiento, que proviene del campo de la Salud Mental de la edad adulta, que podría servir como base para esta orientación. Este procedimiento se denomina "CASE MANAGEMENT" en inglés y podría ser traducido como "MANEJO DE CASO"<sup>26</sup> y ha sido adaptado a la infancia por Pedreira<sup>10,25</sup>, dada su importancia y actualidad, consideramos que merece desarrollarlo de forma específica.

## LA ATENCIÓN PRIMARIA PEDIÁTRICA Y LA ATENCIÓN PAIDOPSIQUIÁTRICA DE CARA A LA MULTIAXIALIDAD

Comprender las diferencias entre el trabajo Pediátrico y Paidopsiquiátrico es algo que nos orienta hacia el tipo de intervención que pueden desarrollar ambos niveles asistenciales en el desarrollo psicosocial de los niños. Nosotros hemos expresado las diferencias entre la práctica pediátrica y paidopsiquiátrica siguiendo unas reflexiones de Sánchez Cárdenas, y cols.<sup>27</sup>, esas diferencias se encuentran establecidas en la Tabla I. Pero la conclusión que se puede obtener de la diferencia no tendría nada nuevo si no se realizara una lectura para desarrollar la acción conjunta de ambos niveles asistenciales, algo que influye directamente sobre los estilos de trabajo y la capacidad de actuar conjuntamente en la cobertura a la infancia de un territorio determinado.

Para Maturana<sup>28</sup> la relación entre dos sistemas puede establecerse según que los acuerdos a los que lleguen sean en las metas o en los medios. Así si el acuerdo es en las metas la relación es de cooperación si también

**Tabla I. Práctica pediátrica y paidopsiquiátrica**

Pediatria	Paidopsiquiatria
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer actos, cuidados</li> <li>• Contenidos: signos, diagnóstico y tratamiento</li> <li>• Límites: tratamientos precisos y delimitados</li> <li>• Razonamiento lógico, saber aprendido, conocer/manejar realidad</li> <li>• Saber sobre enfermo y enfermedad</li> <li>• Modelo activo por estrategia terapéutica</li> <li>• Tratamiento rápido</li> <li>• Noción temporal: mixta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuchar pacientes, familia y equipos</li> <li>• Ejes de comprensión dinámica y del desarrollo</li> <li>• Límites: tratamientos globales y síntoma sólo es referencia</li> <li>• Contener e intentar comprender lo "ilógico", darle un sentido para abordarlo</li> <li>• Interrogarse acerca de consecuencias</li> <li>• Modelo percibido como pasivo por familia y profesionales</li> <li>• Tratamiento a largo plazo</li> <li>• Noción temporal: longitudinal</li> </ul>

existe un acuerdo en los medios a emplear, pero será de competición si en los medios existe desacuerdo. También puede existir desacuerdo en las metas en la relación entre dos sistemas y entonces habrá colaboración si existe acuerdo en los medios, pero si el desacuerdo se extiende también a los medios entonces la relación será de conflicto. Excluyendo la posibilidad del conflicto, al menos como deseable, y estableciendo la cooperación como un objetivo a obtener, en cada situación concreta se debe valorar la prioridad de conseguir los acuerdos puesto que las posibilidades son bien diferentes: o competición o colaboración.

Nuestra experiencia nos dice que en cada caso se debe valorar la posibilidad más adecuada, ya que en ocasiones puede ser el conflicto el que posibilite un acercamiento, pero esta vía de entrada no la creemos la más pertinente y "quemada" a los equipos. La competición también exige un gasto de energías importante, aunque puede ser la única vía de salida para redefinir una relación que se inició como conflictiva. Pensamos que iniciar la relación como colaboración, es decir sabiendo que las metas son diferentes pero estableciendo simultáneamente medios adecuados para llegar a acuerdos; estos medios deben materializarse en instrumentos precisos (p.e. formulación de protocolos conjuntos o de guías clínicas), entonces se abren las vías para la cooperación, este camino es el que vamos a exponer a continuación, a nuestro entender, enmarca y define la salud mental comunitaria en la etapa de la infancia y la adolescencia.

De especial relevancia consideramos la intervención diferenciada de los trastornos mentales de la infancia en la comunidad. A pesar de las críticas que se han realizado desde diversos lugares a la prescripción de psicofármacos en la infancia, la realidad nos evidencia que son muchos los niños que reciben tratamiento psicofarmacológico, unas veces directamente y otras veces de forma enmascarada (p.e. como anorexígenos). En un trabajo de Van Engeland<sup>29</sup> realizado en varios países de la C.E.E. se evidenciaron los siguientes resultados: si por un problema emocional o conductual un niño acudía a un Médico General (o de Familia en nuestro país) la posibilidad de recibir un tratamiento psicofarmacológico era de cerca del 40%, dicha posibilidad disminuía a un 30% si acudía a un Pediatra y apenas se modificaba (26% de posibilidades) si acudía a un especialista en Psiquiatría General o de Adultos. Pero si el niño era remitido a un Psiquiatra Infantil o Paidopsiquiatra la posibilidad de recibir psicofármacos se reducía drásticamente, ya que sólo sería del 3,5 al 5%, dependiendo de la formación y experiencia del profesional, no obstante en la actualidad este porcentaje, al menos en nuestra experiencia, se ha visto incrementado hasta el 15%, en parte porque los casos remitidos son más severos y en parte por el avance que han supuesto los nuevos fármacos con menos efectos colaterales y secundarios. Especial mención debe realizarse a las informaciones, un tanto confusas y no poco interesadas, en torno a la utilización de los ISRS en la infancia y la adolescencia.

La forma más adecuada de trabajar con los Pediatras, en nuestra experiencia, ha sido el incremento del número de interconsultas, pasando desde un inicial 0,4% en 1986 al 11,5% en 1991 y al 14% en 1996, del total de las intervenciones realizadas por servicios especializados en Salud Mental Infantil según las cifras del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RACP)<sup>30</sup>. Este tipo de intervención ha necesitado de maduración y tiempo de reflexión, pero también de matizar mucho la secuencia y los contenidos, por lo tanto ha sido un verdadero proceso. Pensamos que la interconsulta es una intervención de gran utilidad también en Atención Primaria y posibilita abrir una nueva forma de relación entre los diferentes niveles asistenciales, de tal suerte que posibilita tanto la investigación como la formación continuada de los profesionales y mejora la satisfacción de profesionales y usuarios, tal y como Williams, y cols. han expresado en un trabajo de análisis de cuarenta años de práctica psiquiátrica en el National Health Service del Reino Unido.

Este incremento de las interconsultas constatado en nuestros servicios, ha sido paralelo a un incremento de las tomas a cargo directas y una disminución de otro tipo de intervenciones que realizaban una cobertura incompleta (p.e. los apoyos sociales). En efecto, el trabajo de interconsulta se transforma en el primer instrumento para la formación, de tal suerte que hemos comprobado que los Pediatras de Atención Primaria han incrementado sus derivaciones a Salud Mental Infantil, pero estas derivaciones han resultado estar mejor realizadas, dado que las tomas a cargo desde el dispositivo especializado se han incrementado para tasas de prevalencia mantenidas a lo largo del tiempo, es decir que los Pediatras han remitido a Salud Mental Infantil más casos y estos casos han sido mejor discriminados<sup>30</sup>.

Un segundo avance ha sido la formulación y desarrollo de protocolos conjuntos para algunos grupos sindrómicos, dependiendo de los perfiles de la demanda y del nivel de desarrollo de los niños. Es decir hemos incidido en los filtros segundo y tercero de la pirámide de Goldberg y Huxley utilizando la interconsulta con las siguientes premisas: periodicidad en las interconsultas, disponibilidad por parte de nuestra Unidad, duración precisa de cada reu-

nión de trabajo (nunca superior a los dos horas, siendo puntuales siempre en el inicio), desplazamiento a los propios Centros de Atención Primaria, introducción de este trabajo como una actividad más en los diferentes programas y subprogramas diseñados en nuestra Unidad. Las bases teóricas y técnicas han sido expuestas recientemente por Pedreira y Tomás i Vilaltella (1999)<sup>7,25,27</sup>.

De este tipo de trabajo podemos obtener dos grupos de conclusiones de singular relevancia práctica por las repercusiones para la definición de la Atención a la Infancia con problemas emocionales o del desarrollo psicosocial<sup>25,27,31-37</sup>.

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL INFANTIL (TABLA II)

1. En primer lugar es preciso **evaluar en su contexto cada síntoma, lo que incluye contemplar la etapa de desarrollo** del niño, dado que esta contextualización condiciona en gran medida la consideración de lo normal y lo patológico en la vida emocional de los niños.
2. **Signos de derivación directa a salud mental infantil:**
  - La existencia de un sufrimiento psíquico importante tanto en el niño como en su familia.
  - Cuando la angustia domina de forma muy evidente la relación con y desde el niño.
  - Cuando de forma prevalente se detectan tendencias depresivas en el niño, en cualquiera de sus formas de expresión.
3. **Signos de mal pronóstico evolutivo:**
  - Restricción de la actividad infantil de forma evidente y significativa, según su nivel y etapa de desarrollo.

**Tabla II. Criterios derivación a Servicios de Salud Mental infantil I**

- Evaluar en su contexto los síntomas, INCLUIR la etapa de desarrollo
- Signos derivación directa:
  - Sufrimiento psíquico importante
  - Domina la angustia con y desde el niño
  - Tendencias depresivas son prevalentes
- Signos mal pronóstico evolutivo:
  - Restricción actividad infantil
  - No aparición operaciones nuevas
  - Organización de situaciones rígidas y/o irreversibles
- Valoración de factores de riesgo:
  - Asociación de varios signos y/o síntomas
  - Persistencia en el tiempo
  - Irreductibilidad con tratamientos convencionales

**Cómo hacer la derivación a los Servicios de Salud Mental infantil**

- Evitar decir que es para un informe
- Aclarar que es para abordar las dificultades relacionales y reactivas a la situación
- No esperar demasiado para hacer la derivación, pero tampoco precipitarse de forma alarmista
- Recomendable hacer enlace para evaluar previamente la situación
- Si son varios niños: evitar derivarlos de uno en uno, comenzar por el que presenta mayores dificultades
- Evitar prescripciones terapéuticas apresuradas
- No prescribir psicofármacos de entrada

*Fuente: Pedreira (1995, 2000)*

- La no aparición de operaciones nuevas, dicha aparición evidencia desarrollo evolutivo, la no aparición señala hacia el estancamiento, la inhibición, etc.
  - Organización de situaciones rígidas y/o irreversibles, tanto en el aspecto relacional, comunicacional y/o social como en las expresiones afectivas y/o emocionales del niño y de su familia.
4. **Factores de riesgo evolutivo:** estos factores de riesgo hay que evaluarlos en conjunto e interacción con la vulnerabilidad de la infancia:
- Asociación de varios signos y/o síntomas.
  - Persistencia en el tiempo de varios de ellos.
  - Irreductibilidad de ellos a pesar de establecer tratamientos considerados como convencionales.

**PROPUESTAS DE ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA DESDE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD**

Es evidente que lo que expondremos a continuación sólo es una orientación sujeta a debate y que precisa de una adaptación flexible a cada realidad concreta:

- I. **Lo reactivo:** consideramos como tales aquellos trastornos emocionales, conductuales y/o relacionales que aparecen tras la presencia de acontecimientos vitales agudos en los últimos seis meses, para ello utilizamos las tablas recogidas por Johnson ya que presentan la cualidad de tener un criterio de desarrollo y evolutivo a la hora de establecer el peso de cada acontecimiento vital. El tipo de intervención preferente se refiere a abordar técnicas de control del estrés tras la evaluación contextualizada de la situación, tras ello se establece una vigilancia evo-

- lutiva durante un tiempo no superior a las seis semanas, estableciéndose una supervisión con la Unidad de Salud Mental Infantil desde la detección del caso, tanto para la evaluación como para la vigilancia y la aplicación de las técnicas de control del estrés.
2. **Lo evolutivo:** incluimos la exacerbación de ciertos caracteres que pueden ser considerados normales para la etapa de desarrollo del niño y que se presentan en determinadas situaciones y/o estímulos sean o no motivados por situaciones externas inmediatas. Las formas prioritarias de intervención consisten en contención familiar, sobre todo de las respuestas realizadas a tales conductas infantiles: dicha intervención se complementa con la vigilancia y efecto a las seis-ocho semanas y la supervisión del proceso con la Unidad de Salud Mental Infantil.
  3. **Lo madurativo:** hace referencia a aquellos signos y síntomas, sean reactivos a situaciones externas o bien del propio nivel de desarrollo, en los que dominan las presentaciones de tipo regresivo y/o respuestas cognitivas, conductuales y emocionales de etapas que ya debían haber sido superadas por la edad cronológica de ese niño. La intervención fundamental de tipo preventivo consiste en la vigilancia de todo el proceso de desarrollo infantil, precisando la interacción madre-niño precoz y las adquisiciones que va realizando a lo largo de todo ese proceso. Dicha intervención se completa con señalamientos que favorezcan la autonomía del niño y se establecen seguimientos conjuntos entre la Atención Primaria Pediátrica y la Unidad de Salud Mental Infantil.
  4. **Lo psicossomático:** incluimos las quejas de expresión somática en su amplio sentido haya o no se haya demostrado lesión orgánica, incluimos tanto las somatizaciones como los trastornos psico-fisiológicos (antes conocidos como psicossomáticos y somato-psíquicos). En estos casos consideramos importante evitar la culpabilización, no descalificar y contener (p.e. evitar consideraciones tales como “no es nada”, “todo normal”, pero con una contradicción evidente: “le voy a mandar al psicólogo/SMI), con el fin de aceptar la oferta que se realiza en forma de expresión somática del conflicto emocional y/o relacional. No obstante pensamos que es el tipo de demanda más adecuada para utilizar la interconsulta.
  5. **Lo estructural:** hace referencia a la detección de factores de riesgo evolutivo que condicionan una alteración evidente en los procesos relacionales del niño. En este caso lo mejor es la derivación precoz a SMI y el trabajo posterior de los contenidos detectados en la evaluación especializada.

## LAS NECESIDADES FORMATIVAS EN SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

En el año 1984 la Oficina de Salud Mental de OMS-Europa<sup>16-17</sup> estableció las condiciones y contenidos para la formación de los profesionales sanitarios en el campo de la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia, dividiendo estos contenidos en dos grupos atendiendo a la dedicación profesional y al ámbito de especialización: para profesionales de la salud mental general y para los de Atención Primaria. En el caso que nos ocupa especificaba como prioridades unas necesidades de entrenamiento tanto en el área de conocimiento teórico como de obtención de habilidades en:

1. Capacidad de responder de forma adecuada ante diversos problemas que puedan resultar especialmente prevalentes en cada comunidad (p.e. retraso mental, afecciones crónicas, integración de minusválías a diversos niveles sociales).
2. Capacidad para establecer indicaciones y/o utilizar directamente otras agencias del territorio, cuando no se pueden realizar una cobertura ade-

cuada desde el propio servicio. Este punto incluye la técnica de derivación e información más adecuada a las características del niño y de su familia, respetando también el funcionamiento de la otra agencia.

3. Trabajo de discusión de casos, supervisiones regulares y seminarios teóricos: para abordar los diversos problemas que surjan en cada comunidad y se puedan asumir; cada vez con mayores garantías, los seguimientos evolutivos.
4. Ser precavidos en la introducción de nuevas técnicas, lo que implica un conocimiento de ellas y no usarlas de forma generalizada hasta que no se encuentren correctamente evaluadas. Es importante huir de la rutina, pero también lo debe ser el evitar caer en lo "último" ya que pudiera ser un recorrido penoso, largo y costoso.
5. Vigilancia continua para evaluar la marcha y los contenidos de los programas formativos, buscando indicadores fiables y rigurosos que permitan rectificar o ratificar la línea emprendida.

## CONCLUSIONES INICIALES

No se está solicitando que los pediatras sean psicoterapeutas, pero sí que es bueno plantear una visión novedosa de la interacción pediatra-niño-enfermedad-familia, compleja por demás y, por lo tanto, sujeta a desniveles, riesgos de simplificación versus complejización muy manifiestos.

La formación psicoterapéutica básica para el pediatra de Atención Primaria se centra en:

1. Manejo correcto de la entrevista clínica, evitando ser sólo una mera recogida de datos físicos, para incluir los aspectos psicosociales y relacionales.
  - a) Evitar señalizaciones tipo "no es nada", "todo normal", para luego desdecirse y remitir a

un servicio de salud mental de la infancia y la adolescencia, p.e. son comentarios comunes en las somatizaciones.

- b) No caer en la fácil categorización de todo y tener cuidado con nuestra actitud y comentarios, p.e. comentarios tipo "este niño es un hiperactivo" tienen actualmente una connotación que rayaría con la yatrogenia.
  - c) Centrar el problema para contener la situación que se plantea, señalando los contenidos que son propios del niño y/o de los contenidos de las figuras parentales, tratando de solventar y contener las posibles diferencias.
2. Saber incluir, con ironía y atención, las normas de cuidado en afecciones crónicas, más allá del seguimiento espartano de las prescripciones médicas, p.e. en el caso de la diabetes infanto-juvenil y la dieta en determinados procesos crónicos.
  3. Valorar el estado del desarrollo de la infancia y adolescencia, para incluir en él el proceso que se presenta, evitando caer en diagnósticos apresurados, pero no descartando los riesgos. Re. el caso de los rechazos de imagen corporal y alteración de dieta en la adolescencia, no confundir con TCA, incluso por muy alarmante que parezca la clínica manifiesta.
  4. Derivar a salud mental es un ejercicio de la *lex artis* de primera magnitud, saber hacer y desarrollar las interconsultas y promocionarlas y hasta provocarlas.
  5. Incluir lo relacional y del desarrollo en la actividad cotidiana y preventiva y de educación para la salud: no asustar y contener.

Hay más, para un futuro inmediato...



## Bibliografía

1. Pedreira JL. Aplicación clínica de la Psicoterapia en la infancia. En J. Tomás i Vilaltella (Coord.): Reeducación psicomotriz, psicoterapia y atención precoz. Barcelona: Laertes, 1997: 219-232.
2. Federación Española Asociaciones de Psicoterapia. Ley Federal austriaca 361 de 1 de junio de 1990 sobre el ejercicio de la psicoterapia. Boletín FEAP 1996; 2: 7-11.
3. Yllá L. La formación y titulación de psicoterapeutas en Alemania. Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría, Sevilla; 1995.
4. Male P. Psicoterapia de la primera infancia. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1976.
5. Pedreira JL. Documento de acreditación específica de Psiquiatría y Psicoterapia de la Infancia y la Adolescencia: una propuesta para España. Madrid: Smithkline-Beecham; 1996.
6. Pedreira JL, González de Rivera JL. Estado actual de la psicoterapia y las psicoterapias en la infancia y la adolescencia. Monografías de Psiquiatría 1999; 11 (2): 31-44.
7. Pedreira JL, Tomás J. Las dificultades de la elección terapéutica en los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia. Monografías de Psiquiatría, 1999; 11 (2): 6-11.
8. García González J. Algunas ideas sobre organización de Servicios en Salud Mental. En Fernández R, Pedreira JL, García MA. La Contención. Ed. AEN. Madrid, 1990, 293-298.
9. Salzberger-Wittenberg, I. La relación asistencial. Buenos Aires: Amorrortu; 1980.
10. Rodríguez-Sacristán J, Pedreira JL, Menéndez Osorio F, Tsiantis Y. La Salud Mental en la infancia. En J. Rodríguez-Sacristán (Dir): Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Publicaciones Universitarias, (2ª Ed.); 1998: 2, 1349-1398.
11. Fernández R, García MA, Pedreira JL. La contención. Madrid: AEN; 1990.
12. García González J, Pedreira JL. Salud Mental y Atención Primaria. En VV.AA.: Madrid: La praxis grupal; 1985.
13. Makarovic K. Psychosocial development in children and Community Level of Care. Copenhagen: WHO-Europe; 1990.
14. World Health Organization. Child Mental Health and Psychosocial Development. Report of a WHO Expert Committee, Tech. Rep. Series 613, Geneva, 1977.
15. World Health Organization. A manual on Child Mental Health and Psychosocial Development. New Delhi: WHO-South-East: Asia. 1982.
16. World Health Organization. First-contact Mental Health Care. Euro-Reports and Studies, 92. Copenhagen: WHO-Europe; 1984.
17. World Health Organization. Child Mental Health and Psychosocial development. First Report (Delphi, 1983). Copenhagen: WHO-Europe; 1984.
18. World Health Organization. Child Mental Health and Psychosocial Development. Second Report (Copenhagen, 1985). Copenhagen: WHO-Europe; 1986.
19. World Health Organization. Who Child Care facility schedule. Geneva: WHO; 1990.
20. World Health Organization. Promotion of the Psychosocial Development of Children through Primary Health Care Services. Report of a Meeting in Athens 3-5 May 1990, Regional Office for Europe.
21. World Health Organization. Promoting the Psychosocial Development of Children through Primary Health Care Services. Report of a WHO Working Group, Belgrade 17-19 June 1991, Eur/ICP/ADH/101 6142, Copenhagen.
22. World Health Organization. Third Meeting of the Working Group on Promoting the Psychosocial Development of Children through Primary Health Care. Sofia 13-15 December 1992, Copenhagen.
23. Fernández Villar A. y cols. Intervenciones psico-sociales en la primera infancia: Integración y coordinación en el territorio. En J.L. Pedreira (Coord.): Desarrollo psico-social de los cinco primeros años. Barcelona: Sociedad Española Psiquiatría Infanto-juvenil-Centro Estudios del Menor; 1992.
24. Menendez Osorio F. Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en Salud Mental. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría 1998; 18 (65): 145-150.
25. Pedreira JL. Protocolos de salud mental infantil para atención primaria. Madrid: ELA-ARAN, S.A., 1995.
26. Fernández Liria A, García Rojo Mª. Los programas de case management. Conceptos básicos y aplicabilidad. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría 1990; 10 (32): 65-76.
27. Pedreira JL, Martín-Álvarez L, Palanca Mª, Sardinero E.

- Interconsulta y clínica psicossomática en Pediatría de Atención Primaria. *An Esp Pediatr* 1999;(supl 11): 358-61.
28. Maturana HR. Biología del fenómeno social. *Terapia Familiar* 1987; 10 (16): 53-72.
  29. Van Engeland H. Preventive Policy in Child Mental Health. En *Curso Internacional sobre: Prevención en Salud Mental Infantil*. Dir: Pedreira, JL. Organiza: Comisión Docencia Salud Mental, Consejería Sanidad y Servicios Sociales de Asturias. Oviedo, 1989.
  30. Pedreira JL, Eguiagaray M. Evaluación de un Servicio de Psiquiatría Infantil a través de un Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RACP). *Rev Psiq Infanto-juvenil* 1996; 4: 263-279.
  31. Climent C, Burns B. *Practical Psychiatry for the Health professional*. Lancaster: MTP; 1984: 125-201.
  32. Garralda ME, Bailey D. Paediatrician identification of psychological factors associated with general Paediatric consultations. *Journal of Psychosomatic Research* 1990; 34: (3): 303-312.
  33. Garralda ME, Hyde C. *Managing children with psychiatric problems*. London: BMJ (2ª edición), 2003.
  34. Garrison WT, et al. Interactions between Parents and Pediatric Primary Care Physicians about Children's Mental Health. *Hospital and Community Psychiatry* 1992; 43 (5): 489-493.
  35. Graham P, Jenkins S. Training of paediatricians for psychosocial aspects of their work. *Arch Dis Child* 1985; 60: 777-780.
  36. Jellinek MS, Herzog DB. *Psychiatric aspects of general Hospital Pediatrics*. Chicago/London: Year Book Medical Publishers; 1990: 382-390.
  37. Pedreira JL, Sardinero E. Prevalencia de los trastornos mentales de la infancia en atención primaria. *Act Luso-Esp Neurol Psiquiatría* 1996; 24 (4): 173-190.