



Revista de la Asociación Española de

Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

García Moratalla, Beatriz

¿Dónde se encuentra la prevención y promoción de la salud mental en el momento actual?

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXVII, núm. 100, 2007, pp. 355-365

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019653007>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Beatriz García Moratalla

¿Dónde se encuentra la prevención y promoción de la salud mental en el momento actual?

RESUMEN: Análisis y evolución histórica en las últimas décadas en prevención primaria y promoción de la salud. Propuestas para investigaciones futuras.

PALABRAS CLAVE: Prevención, promoción, individual, colectiva.

SUMMARY: Analyse and historic evolution in the last decades about the primary prevention and promotion of mental health. Various proposals for future researchs.

KEY WORDS: Prevention, promotion, individual, collective.

El interés hacia la promoción y prevención en la salud mental ha aumentado en las últimas décadas acorde al incremento en la prevalencia e incidencia de las enfermedades mentales, pero paradójicamente no ha habido avances significativos en la promoción y prevención en salud mental, por lo que podemos decir que viene arrastrando un estado de deficiente implantación y de permanente crisis, sin que hayan existido claros esfuerzos dirigidos a desarrollar programas preventivos eficaces ni apoyos para potenciar la investigación en este área. Algunos han tratado de minimizar este estado de deficiencia de la prevención en salud mental desprendiendo una actitud de optimismo al alegar que existe suficiente evidencia para demostrar que los programas de prevención y promoción de salud mental funcionan y contribuyen a un incremento del bienestar mental y a una mejoría de la calidad de vida individual y comunitaria (1; 2), pero esto no es del todo cierto.

Todo sistema sanitario tiene como misión fundamental ofrecer a sus ciudadanos el mayor nivel deseable de salud. Para conseguir este objetivo es necesario proponerse alcanzar al menos dos metas: el establecimiento de medidas preventivas adecuadas, individuales o comunitarias, y la aplicación de medidas terapéuticas. Pero el problema del sistema sanitario vigente es el desequilibrio hacia un mayor desarrollo del tratamiento de las enfermedades mentales en detrimento de una cobertura preventiva adecuada y eficaz para dichas enfermedades.

El objetivo de este artículo es realizar una revisión de la literatura que nos ofrezca una visión global del estado actual de la promoción y prevención en salud mental. En primer lugar, vamos a analizar la evolución histórica en las últimas décadas y el contexto en el que está inmersa para poder así describir en qué punto se encuentra hoy en día. A partir de ahí, se evaluarán algunas de las cuestiones abiertas todavía hoy con respecto a la prevención en salud mental y los diversos problemas que podría conllevar puesto que no está exenta de riesgos. Y, por último, se realiza el planteamiento de diversas propuestas en un futuro próximo dirigidas a mejorar la prevención primaria y promoción de la salud mental.

Evolución histórica

Según G. Albee (3) hubo un claro cambio de rumbo a principios de los ochenta y después de la política del NIMH (National Institute of Mental Health) en la investigación de la prevención de los trastornos mentales. Entre 1960 y 1970, los primeros directores del NIMH eran psiquiatras formados en salud pública y las subvenciones en investigación preventiva estaban orientadas al estudio de las patologías de la sociedad; la educación y la ingeniería social eran las mayores estrategias preventivas. En aquellos momentos se consideró que la prevención era confusa y descoordinada y se dio el primer paso para crear un centro para la prevención que debía ser establecido por NIMH con la prevención primaria como su actividad principal. Con la década de los ochenta, llega la «contrarrevolución» y los estudios van dirigidos a la biología, neurología y genética de los trastornos mentales. Uno de sus recientes directores, Lewis Judd, ordena en 1990 una revisión de la investigación preventiva que concluye con un primer informe en 1993: «The Prevention of Mental Disorders: A National Research Agenda» (4) al que le siguieron otros dos informes más amplios en 1994 y 1996: «Reducing Risks for Mental Disorders Frontiers for Prevention Intervention Research» (5) y «A Plan for Prevention Research at NIMH: a Report to the National Advisory Mental Health Council» (6) respectivamente. Todos estos artículos transmiten el mismo mensaje: una investigación preventiva científica cuidadosa para una perspectiva de desarrollo debe buscar e identificar factores de riesgo y conducir estudios de intervención controlados para reducir estos riesgos. Consecuentemente, surgieron diversas controversias al respecto pero las dos más destacadas fueron: que no se incluía la promoción en salud mental como parte de la estrategia principal de la prevención y que la identificación de los factores de riesgo se realiza a nivel genético, bioquímico y físico para trastornos definidos por DSM-IV ignorando factores ambientales, dando así una visión simplista del mundo que deposita la responsabilidad a nivel individual para romper las barreras ambientales y sociales.

En 1999, se emite el cuarto y último artículo del National Advisory Mental Health Council (NAMHC) por el Workgroup on Mental Disorders Prevention Research: «Priorities for Prevention Research al NIMH» (7) para el cual el primer requisito es una propuesta de definición de investigación preventiva más amplia a través de tres dominios mayores (pre-intervención, intervención y servicios de sistemas preventivos) y que abarca la prevención de recaída, de trastornos secundarios y de discapacidad. Destacar de dicho informe como más relevante el enfoque en estrategias universales de prevención primaria y promoción de la salud mental, la inclusión de otros contextos de comportamientos en la comunidad (familia, coetáneos, escuela, etc.) y las interacciones entre los

niveles genéticos/biológicos con los socioculturales/ambientales, el reconocimiento de una necesidad mayor de recursos, el estímulo para programas de prevención que promuevan la salud mental y el bienestar, y las sugerencias de cambios en las normas comunitarias y sistemas de apoyo para obtener más beneficios (8).

Diversos autores realizaron numerosas críticas a este informe y a la situación de la investigación preventiva en aquellos momentos (9; 10; 11; 12); entre las críticas más destacadas:

- Aunque la primera recomendación es que se adopte una definición más amplia, la ampliación incluye el trabajo tradicional apoyado por la investigación epidemiológica y de servicios de prevención. Continúa haciendo énfasis en reducir la incidencia de los trastornos con la investigación neurobiológica.
- No refuerza sus recomendaciones con razonamientos sistemáticos y críticos. No justifica su radical redefinición de prevención.
- La prevención aplicada debe incluir modos de modificar el entorno y sistemas sociales.
- La investigación de «pre-intervención» no es más que estudiar los factores de riesgo genéticos de los trastornos mentales.
- La mayor parte de la investigación se realiza en instituciones académicas (que en muchas ocasiones colaboran con los intervencionistas), en individuos con diagnóstico único o altamente específico, en muestras no representativas, lo cual lleva a aproximaciones imparciales hacia la comprensión de muchos retos en la investigación; es necesario estudiar los servicios preventivos en «situaciones reales» con la medición de «resultados reales».
- Necesidad de múltiples valoraciones así como comparaciones de trayectorias entre intervenciones y grupos de comparación.

Wandersman (13) sugiere que el fracaso del modelo de prevención propuesto por el Instituto de Medicina se debe a las dificultades de implantar los ensayos de las intervenciones a gran escala, después de haber obtenido eficacia bajo condiciones controladas. Miller y Shinn (14) enumeran diversos problemas de dicho modelo, entre los que destacan la escasa capacidad de las organizaciones y comunidades para implantar los programas de prevención basados en la evidencia, muchas veces por una cuestión financiera, la escasa importancia que se da al grado de congruencia entre los valores de la comunidad y los programas, y una tendencia cuasiexclusiva a promover programas basados en la evidencia, basados en la teoría subestimando programas más innovadores que no han sido estudiados.

Estado actual de la prevención primaria y promoción de la salud mental

Se puede decir que la prevención primaria y promoción de la salud mental se encuentra en este punto desde entonces. Los esfuerzos iniciales de la prevención primaria van dirigidos a identificar los factores de riesgo y orientar los objetivos a advertir sobre los trastornos; pero, como dice L. Cowen (15), ésta es una visión defendible aunque encapsulada y limitada. Aunque las intervenciones políticas y cambios en el medio ambiente parecen tener el mayor impacto, el énfasis sigue centrado en las acciones preventivas a escala individual.

Las decisiones acerca de las estrategias preventivas se basan en modelos que explican las causas de los trastornos mentales. Los esfuerzos preventivos dirigidos a las enfermedades físicas son objetivos y los resultados son claramente demostrados por una disminución de la incidencia de dichas enfermedades. Pero, en el caso de los trastornos mentales, la situación es más complicada, pues, aparte de las investigaciones complejas y caras, muchos de los trastornos mentales no permiten un registro objetivo transparente y mantenido y, consecuentemente, existe un problema para aplicar las condiciones mentales al enfoque de salud pública tradicional. Por otra parte, poca atención ha sido dirigida para investigar el procedimiento y los efectos de las políticas de salud pública en la prevención (16).

Además, existe un claro desequilibrio entre tratamiento y prevención al considerar que las estrategias para una prevención eficaz no están tan bien definidas como un tratamiento, y, por tanto, son inconsistentes y no se pueden aplicar (17). No existen apenas investigaciones sobre la eficacia del tratamiento en sus diferentes versiones y combinaciones sobre la prevención y promoción de la salud mental; los ensayos realizados al respecto son designados para evaluar la validez interna de sus hallazgos pero se presta menos atención en la validez externa y en la aplicación a escenarios prácticos (18).

Aunque en los últimos años cada vez ha sido más frecuente la realización de metaanálisis sobre estudios de investigación preventiva en los que se avala el mérito de la prevención primaria como estrategia de cambio en la población (19), en la mayoría de los programas no se ha superado el carácter experimental en el que rara vez se alcanzan los objetivos para conseguir una continuidad y una generalización, y tampoco se destinan recursos económicos y sociales, aunque se conozca que determinadas condiciones de vida aumentan la vulnerabilidad de las personas y que es esencial una participación comunitaria para actuar sobre dichas condiciones. La mayoría de los estudios necesitan recoger información a largo plazo; una pequeña parte de ellos hace un seguimiento pero no suele ser superior a un año. Además los resultados del seguimiento no permiten obtener conclusiones firmes sobre el impacto a largo plazo de dichas intervenciones.

Hallazgos de intervenciones preventivas prometedoras nunca han salido de las páginas de los artículos, otros son adoptados fuera de la comunidad investigada sin pistas de cómo implantarlos ni de costes, y otros no tienen mérito ni probado ni testificado. Muchos de los programas tienen dificultades para mantener el mismo marco, están mal informados sobre actividades y políticas de otros programas, e, incluso, no son conocedores de que existen (20).

En España, al igual que en el resto de países europeos, apenas se realiza prevención primaria en salud mental, ni tan siquiera en atención primaria. La escasa prevención realizada consiste en unos cuantos programas más o menos planificados, prácticamente sin criterios que guíen las intervenciones, con limitados recursos prácticos, influenciados por componentes políticos e ideológicos que debilitan su carácter científico, realizados con un gran esfuerzo y escasa motivación de los profesionales, dada la sobrecarga laboral y el escepticismo hacia dichos programas, y con resultados poco contrastables o inconsistentes (21).

¿Prevención individual, prevención social?

Un aspecto importante es que una visión individual de la prevención, que puede ser importante para algunos casos, no puede hacer obviar una perspectiva social o colectiva de la prevención que va a suponer una serie de cambios sociales, económicos y políticos favorables para el conjunto de la población.

En el siglo XIX, el concepto de salud era un asunto público en el que el Estado tenía la obligación de garantizar el derecho a la salud; a finales de este siglo, se produce un debilitamiento progresivo de la salud ambiental que culmina con la desaparición del componente social de la salud. En el siglo XX se produce un amplio movimiento de reformas sociales y sanitarias que configuran el estado de bienestar en el que la salud es un imperativo social y el Sistema Nacional incorpora las actividades preventivas como las acciones necesarias para conseguir el bienestar (22). La prevención, antes de la década de los ochenta, estaba dirigida principalmente hacia los factores sociales que condicionan el enfermar. Con el cambio de perspectiva en el que predominan los aspectos biológicos y la globalización, es poco propicio esta perspectiva comunitaria y social, encontrándonos en estos momentos con una visión de la prevención centrada principalmente en los factores de riesgo biológicos y genéticos de las enfermedades mentales y, por tanto, centrada en el individuo.

Algunos autores de esta última década también han abogado por una perspectiva social de la prevención dirigida a cambios ambientales que influyan sobre las condiciones individuales para la salud. Ellos defienden la traslación de intervenciones preventivas individuales en intervenciones de salud pública que pro-

duzcan cambios sobre las influencias deletéreas, para modificar de forma favorable el entorno y los sistemas sociales; para ello también es necesario una responsabilidad compartida entre investigadores y políticos con un balance equitativo de las necesidades de ambos (10; 15; 16; 23). Otros autores defienden las estrategias preventivas dirigidas al bienestar para disminuir los trastornos mentales; dichas estrategias consistirían en construir el bienestar desde un inicio temprano y promover condiciones que lo mantengan y lo mejoren; el objetivo es que se adquieran competencias o se aprendan estrategias de adaptación a condiciones estresantes, con el objetivo no sólo de disminuir trastornos mentales sino también de solidificar el bienestar psicológico (8; 9; 15; 19; 24).

Entre dichos autores que abogan por un enfoque social, destaca por ejemplo G. Albee (3), quien defiende el modelo de estrés-aprendido, que focaliza la búsqueda en los factores ambientales que producen un excesivo estrés y acepta los esfuerzos dirigidos a fortalecer la resistencia al estrés como mejorar la competencia social, la autoestima y la autoconfianza, y a proveer de soportes al sistema. Este último modelo también llama a una acción social y política para reducir el estrés de condiciones sociales desfavorecedoras. Dicho autor denominaba «potenciar la resistencia de la multitud» como estrategia global de mejoría positiva de la salud para construir personas más fuertes, más competentes, más seguras y optimistas, con más soportes. Sandler (25) habla de la noción de «intervenciones preventivas como promoción planificada de recursos de resistencia» que pueden crear cambios en múltiples niveles de recursos protectores y, a través de éstos prevenir adversidades futuras, proteger a la gente de los efectos adversos que ocurren o directamente promover competencias o satisfacciones de necesidades básicas. Consecuentemente, los programas más efectivos no sólo disminuirían riesgos y adversidades sino que también construirían refuerzos, competencias y factores protectores en distintos niveles: individual, familiar y grupal, y también en el ámbito de las organizaciones, instituciones y poblaciones.

La iatrogenia de la prevención

Puesto que carecemos de conocimientos completos acerca de la etiología de la mayoría de los trastornos mentales, los programas preventivos deberían actuar sobre los recursos generales de la comunidad, para reducir las condiciones que podemos considerar perjudiciales, aunque no podamos asegurar de forma fehaciente que conduzcan a un trastorno mental determinado. Pero este tipo de intervenciones no son inocentes y no están exentas de riesgos.

Uno de los objetivos de la prevención primaria es establecer programas tendentes a producir una sociedad futura «mentalmente sana»; A. Rodríguez López

(26) afirma que el mayor peligro que se esconde en dicho objetivo es el del totalitarismo médico, pues supone detentar el poder de manipular las conductas lo que conlleva, a su vez, a definir previamente qué conductas son las deseables.

En su artículo, M. Verweij (27) va más allá al plantear cuestiones morales que atañen a los cuidados de salud preventivos sobre personas sanas, ya que existe el peligro de que se conviertan en pacientes cuando pasan a ser sujetos de consejos y controles médicos, con el riesgo consecuente de la medicalización de ciertos aspectos normales de sus vidas. Inevitablemente, la medicina preventiva y la promoción de la salud estimula a la gente sana a preocuparse sobre su posibilidad de enfermar, generando una incertidumbre que se puede intensificar cuando son estudiados y, por tanto, reducir su ansiada sensación de bienestar. A diario, la gente recibe información acerca de los peligros de algunas actividades consideradas comunes, se les transmite la necesidad de abolirlas o modificarlas para proteger y promocionar su salud, y esto podría hacer ver la salud como un equilibrio frágil y una anticipación a la amenaza perpetua contra nuestra salud, que será peligrosa para los sentimientos de seguridad y confianza sobre nuestro propio bienestar y nuestra calidad de vida subjetiva, y aumentará la atención a nuestro cuerpo, atentando en la modificación de estilos de vida con o sin ayuda terapéutica. Lógicamente, esta nueva conciencia de salud supone una mayor medicalización de nuestra cultura pero situando todavía el problema a un nivel de mente y cuerpo individual como foco de la percepción y de la intervención. Y así se traslada la atención de problemas derivados del entorno social hacia la solución individual (28).

Además, la prevención, en su sentido de información sobre la salud, enfermedad y riesgos abolidos, es extendida y considerada importante, e implica la idea de que las personas son responsables de su salud, con el objetivo último de motivarlas para tener un cuidado mayor de sí mismas, lo cual incluye una responsabilidad personal que llega a ser vista como una necesidad y que podría conllevar una forma de «victima culpable». Se generan así unas expectativas irrealas en cuanto a la capacidad de disfrute de la vida y la idea de que las personas puedan ser responsables de enfermar si no cumplen con los consejos médicos (27; 29). Por tanto, el poder de cambio individual como significativo para el desarrollo posterior de enfermedades, debería no ser tan exagerado en los programas de promoción de la salud.

M. Verweij (27) también hace referencia a la reducción de autonomía de las personas todavía no enfermas sometidas a cuidados preventivos y al incremento del poder y la autoridad de la profesión médica; se genera así una dependencia de la atención médica que, por un lado, tiende a empobrecer los aspectos no médicos (saludables y curativos) de los ambientes social y físico que pueden ayudar a minar el sufrimiento y, por otro lado, tiende a disminuir la capacidad de las per-

sonas para hacerse cargo de sus problemas y resolverlos con la consecuente pérdida de responsabilidad sobre ciertos aspectos de sus vidas que pasa a estar en manos de los expertos que las tratan de resolver químicamente.

Propuestas para investigaciones futuras

La revisión en la literatura actual revela un llamativo consenso con respecto a qué hacer en los programas de prevención primaria y promoción de la salud mental. Para que la prevención y promoción de la salud auguren un buen futuro, es necesario un nuevo giro que reconduzca la trayectoria hasta ahora trazada y que permita modelar y/o cambiar muchas de las características que definen hoy en día la prevención.

En primer lugar, es importante promover el entendimiento comunitario acerca de la naturaleza de la salud mental y del trastorno mental, clave para los cambios en las políticas y prácticas actuales (30). Fomentar una mayor conciencia de la importancia de las poblaciones tanto en términos de comprensión de la etiología de los trastornos mentales como del foco de intervención. Es necesario recuperar la perspectiva comunitaria basada en intervenciones políticas de salud dirigidas a la población (2; 10; 11; 16; 23; 31), que reconozcan que el individuo se encuentra inmerso en un sistema social concreto en el que es necesario un cambio social y una acción política donde participen distintos colectivos para alcanzar derechos equitativos y reducir el estrés de las situaciones sociales adversas. Los objetivos y propuestas de los programas preventivos deben estar claramente definidos, priorizados o modificados basándose en el asesoramiento del riesgo individual, incluyendo una mayor diversidad que incorpore la heterogeneidad de los individuos dentro de la investigación de las distintas poblaciones a estudiar. Los programas ya instaurados que, de algún modo, son prometedores y eficaces deberían ser identificados, estudiados más detenidamente para validar su efectividad y diseminarse con la posibilidad de ser modificados para que puedan aplicarse en nuevos campos (14; 30).

Es necesario que la Administración Pública se implique en cuanto a los recursos socioeconómicos que destina a dichos programas, que exista una colaboración interdisciplinar (30) entre diversos campos científicos (clínicos, investigadores, políticos, servicios sociales, educadores, etc.), e incluso, una cooperación internacional (20) que permita una coordinación y un conocimiento de los programas preventivos implantados en los diversos países y se facilite la replicación de programas específicos en distintos grupos, comunidades y poblaciones.

Se deben emplear métodos científicos más rigurosos con el uso de otras metodologías como ensayos randomizados, y, en concreto, métodos cualitativos que evalúen efectos interactivos y no lineales (31; 32) así como estudios longitudinales a largo plazo (19) que avalen los resultados de seguimiento de dichos pro-

gramas. Se precisan también investigaciones para validar la calidad de la implantación de estos programas y su relación con los resultados, así como la evaluación del coste-efectividad y coste-beneficio de dichas intervenciones y la evaluación de los programas en términos de validez interna y externa, y de fiabilidad.

Y, por último, es primordial la acción conjunta entre los equipos de salud mental y de atención primaria para el desarrollo y la implantación de los programas preventivos. Si ya los programas preventivos son deficientes en salud mental, la escasez de ellos en atención primaria es relevante. Los programas de promoción y prevención primaria de salud mental deberían implantarse desde la atención primaria, dado que es el dispositivo profesional con el que contactan el mayor número de ciudadanos a lo largo del año y actúa como primer filtro para las enfermedades mentales. Lógicamente, dichos programas deberían implantarse apoyados y coordinados con los servicios de salud mental, con unos objetivos realistas y posibilistas, de acuerdo a las limitaciones que hoy en día existen en ambos dispositivos (sobrecarga asistencial, poca motivación y escepticismo de los profesionales, escasez de recursos, etc.). Algunos autores (33) han propuesto recomendaciones de prevención y promoción en salud mental desde Atención Primaria con subprogramas dirigidos principalmente a las llamadas transiciones o crisis psicosociales; dichos subprogramas se catalogan como sencillos, poco costosos, eficientes y accesibles que van a actuar principalmente en la detección de factores de riesgo en dichas transiciones y aplicación de unas recomendaciones para que los asuman los médicos de cabecera. En aquellos casos que evolucionen a enfermedad mental o se compliquen, entonces estaría indicada la derivación a salud mental.

Es evidente que la tarea es compleja y ardua, y requiere la implicación de muchas partes para reconducir la prevención y promoción en salud mental. Si no fuese así, estamos avocados a atender cada vez más a personas que acuden a consulta, ya no sólo con enfermedades mentales, sino con problemas de la vida o malestares inespecíficos que demanden ayuda profesional para resolverlos, bien porque los dispositivos correspondientes no les han ofrecido esa ayuda o bien porque las personas sean cada vez menos capaces de afrontar y resolver sus problemas de una forma más legítima y adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) JANÉ-LLOPIS, E., «La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales», *Revista de la A.E.N.*, 2004, 89, pp. 67-77.
- (2) BOND, L. A.; HAUF, A. M. C., «Taking Stock and Putting Stock in Primary Prevention: Characteristics of Effective Programs», *Journal of Primary Prevention*, 2004, 24 (3), pp. 199-221.
- (3) ALBEE, G. W., «Revolutions and Counterrevolutions in Prevention», *American Psychologist*, 1996a, 51, pp. 1130-1133.

- (4) REISS, D., y otros, *The Prevention of Mental Disorders: a National Research Agenda*, 1993, manuscrito no publicado.
- (5) MRAZEK, P. J.; HAGGERTY, R. J., *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Prevention Intervention Research*, Washington, D. C., National Academy Press, 1994.
- (6) NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, *A Plan for Prevention Research for the National Institute of Mental Health: a Report to the National Advisory Mental Health Council* (NIH Publication, 96-4093), Washington, D. C., U.S., Department of Health and Human Services, 1996.
- (7) National Advisory Mental Health Council Workgroup on Mental Disorders Prevention Research, «Priorities for Prevention Research at NIMH», *Prevention & Treatment*, 2001, 4, article 7. (www.journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040017a.html).
- (8) SHINN, M.; TOOHEY, S. M., «Refocusing on Primary Prevention», *Prevention & Treatment*, 2001, 4, article 21. (www.journals.apa.org/prevention/volume4/pre004000021.html).
- (9) HAWKINS, J. D.; CATALANO, R. F.; ARTHUR, M. W., «Promoting Science Based Prevention in Communities», *Addictive Behaviours*, 2002, 27 (6), pp. 951-976.
- (10) PEARSON, J. L.; KORETZ, D. S., «Opportunities in Prevention Research at NIMH: Integrating Prevention with Treatment Research», *Prevention & Treatment*, 2001, 4, article 18. (www.journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040018.html).
- (11) REISS, D., «Priorities for Prevention Research at NIMH: Will Expanding the Definition of Prevention Research Reduce its Impact?», *Prevention & Treatment*, 2001, 4, article 19. (www.journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040019.html).
- (12) MUÑOZ, R., «How Shall we Ensure that the Prevention of Onset of Mental Disorders Becomes a National Priority?», *Prevention & Treatment*, 2001, 4, article 26. (www.journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040026.html).
- (13) WANDERMAN, A., «Community Science: Bridging the Gap Between Science and Practice with Community-Centered Models», *American Journal of Community Psychology*, 2003, 31, pp. 227-242.
- (14) MILLER, R.; SHINN, M., «Learning from Communities: Overcoming Difficulties in Dissemination of Prevention and Promotion Efforts», *American Journal of Community Psychology*, 2005, 35 (3/4), pp. 169-183.
- (15) COWEN, E. L., «Changing Concepts of Prevention in Mental Health», *Journal of Mental Health*, 1998, 7 (5), pp. 451-461.
- (16) BROWNSON, R. C.; NEWSCHAFFER, C. J; ALI-ABARGHONI, F., «Policy Research for Disease Prevention: Challenges and Practical Recommendations», *American Journal of Public Health*, 1997, 87, pp. 735-739.
- (17) PETERSON, Ch., «What Prevention Researchers and Practitioners Should Know in the 21st century», *Prevention & Treatment*, 2002, 5, article 1. (www.journals.apa.org/prevention/volume5/pre005001.html).
- (18) NIEDEREHE, G.; STREET, L.; LEVOWITZ, B., «NIMH Support for Psychotherapy Research: Opportunities and Questions», *Prevention & Treatment*, 1999, article 3a. (www.journals.apa.org/prevention/volume2/pre00200003a.html).
- (19) DURLAK, J. A.; WELLS, A. M., «Primary Prevention Mental Health Programs: the Future is Exciting», *American Journal Community Psychology*, 1997, 25 (2), pp. 115-152.
- (20) HOSMAN, C. M. H., «Prevention and Health Promotion on the International Scene: the Need for a More Effective and Comprehensive Approach», *Addictive Behaviors*, 2000, 25 (6), pp. 943-954.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (21) MANSILLA, F., «Acerca de la prevención en salud mental», *Revista de la A.E.N.*, 2001, 79, pp. 3-5.
- (22) DESVIAT, M., «Salud pública y psiquiatría», *Revista de la A.E.N.*, 2001, 21, pp. 125-133.
- (23) SIEFERT, K., «Primary Prevention in the New Millennium: the Challenge of Translating Knowledge into Action», *Journal of Primary Prevention*, 2001, 22 (1), pp. 17-20.
- (24) BIGLAN, A.; SMOLKOWSKI, K., «The Role of the Community Psychologist in the 21st Century», *Prevention & Treatment*, 2002, 5, article 2. (www.journals.apa.org/prevention/volume5/pre005002.html).
- (25) SANDLER, I., «Quality and Ecology of Adversity as Common Mechanisms of Risk and Resilience», *American Journal of Community Psychology*, 2001, 29, pp. 19-55.
- (26) RODRÍGUEZ LÓPEZ, A., «Problemas éticos de la prevención primaria en psiquiatría», en *Hechos y Valores en Psiquiatría*, 2003.
- (27) VERJEW, M., «Medicalization as a Moral Problem for Preventive Medicine», *Bioethics*, 1999, 13 (2), pp. 89-113.
- (28) MÁRQUEZ, S.; MENEU, R., «La medicalización de la vida y sus protagonistas», *Gestión clínica y sanitaria*, 2003, 5, pp. 47-53.
- (29) CRAWFORD, R., «Healthism and the Medicalization of Everyday Life», *International Journal of Health Services*, 1980, 10, pp. 365-388.
- (30) HERRMAN, H., «The Need for Mental Health Promotion», *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2001, 35, pp. 709-715.
- (31) WEICH, S., «Prevention of the Common Mental Disorders: a Public Health Perspective», *Psychological Medicine*, 1997, 27 (4), pp. 757-764.
- (32) KOHN, L.; CHAVOUS, T. M., «How far Have We Come-Where Should We go?», *Prevention & Treatment*, 2002, 5, article 7. (www.journals.apa.org/prevention/volume5/pre005007.html).
- (33) TIZÓN, J. L.; CIURANA, R., «Prevención en salud mental: el programa de actividades preventivas y promoción de la salud (mental) de la SEMFYC», *Revista de la A.E.N.*, 1994, 47-48, pp. 43-64.

* Beatriz García Moratalla, médico psiquiatra. Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro (Albacete).

Correspondencia: begamoratalla@eresmas.com

** Fecha de recepción: 29-XI-2006.