



PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL: ¿ESPERANZA FUNDADA, VANA ILUSIÓN O CONTRABANDO PSICOPATOLOGIZADOR?

PROMOTION AND PREVENTION IN MENTAL HEALTH: WELL-FOUNDED HOPE, FUTILE ILLUSION OR PSYCHOPATHOLOGIZING CONTRABAND?

Félix Cova Solar, Pamela Grandón Fernández, Sandra Saldivia Borquez,
Carolina Inostroza Rovegno y Consuelo Novoa Rivera
Universidad de Concepción

La promoción y prevención en salud mental son crecientemente reconocidas como estrategias fundamentales. Se ha demostrado que programas promocionales y preventivos en esta área pueden ser efectivos. Existe la expectativa de que la diseminación de estos programas pueda ayudar a disminuir la brecha entre necesidades de atención en salud mental y recursos disponibles. Junto con describir estos antecedentes, este artículo analiza algunos desafíos centrales para que esta área pueda tener el desarrollo esperado. Se plantea que si este desarrollo se realiza desde la lógica del modelo médico puede contribuir a generar respuestas inadecuadas y, paradójicamente, a incrementar las necesidades de recursos en salud mental. Se analiza el riesgo que implicaría el uso masivo y recurrente del tamizaje de trastornos mentales desde una concepción medicalizadora. Se propone que el desarrollo de la promoción y prevención en salud mental es un desafío mayor y necesario pero que debe atender a las advertencias de lo que se denomina prevención cuaternaria.

Palabras clave: Promoción, Prevención, Salud mental, Prevención cuaternaria, Tamizaje.

Mental health promotion and prevention are increasingly recognized as essential strategies. It has been shown that promotional and preventive programs in this area can be effective. It is expected that spreading these programs may help to decrease the gap between the assistance needs in mental health and the resources available. Besides describing this background, this article analyzes some of the main challenges necessary to achieve the desired development in this area. It is hypothesized that, if this development is carried out based on the logic of the medical model, it may contribute to creating inappropriate answers and, paradoxically, to increasing the need for resources in mental health. We analyze the risk involved in the massive and recurrent use of mental disorder screening based on a medicalizing conception. Finally, we propose that developing promotion and prevention in mental health is a great and necessary challenge, but it must take into consideration the warnings arising from what is known as quaternary prevention.

Key words: Promotion, Prevention, Mental health, Quaternary prevention, Screening.

Desde hace algunas décadas, la relevancia de la promoción y prevención en salud mental ha sido realizada por expertos y por diversas instituciones (Campion, Bhui, y Bhugra, 2012; NRC/IoM, 2009; WHO, 2004, 2005). Si bien estos planteamientos todavía no tienen un impacto notorio en las agendas de los sistemas de salud, progresivamente van adquiriendo mayor reconocimiento y, en algunos países, ya se observan iniciativas de importancia (Bährer-Kohler y Carrod-Artal, 2017). Ni la promoción y prevención, en general, ni la salud mental han sido, históricamente, prioridades en el campo de la salud, por lo que este reconocimiento tiene una doble significación (Knifton y Quinn, 2013).

Si bien voces respecto del valor de la promoción y prevención en salud mental han existido desde siempre, pudiendo ser rastreadas, en un lenguaje moderno, a planteamientos como el de la importancia de la "higiene mental" a mediados del siglo XIX (Ray, 1863), algunos factores han facilitado que estas voces sean más intensas en los últimos lustros. Uno de éstos ha sido el desarrollo de una mirada a la salud mental desde la perspectiva de la salud pública. Esta perspectiva ha evidenciado que las necesidades de salud mental de las poblaciones son enormes y que resulta imposible, además de poco racional, abordarlas desde la sola lógica del tratamiento y rehabilitación (Petersen, Barry, Lund y Bhana, 2014). La expectativa es, en consecuencia, que políticas y programas promocionales y preventivos puedan contribuir a un mayor bienestar y salud mental positiva (promoción), a evitar el desarrollo de problemas y trastornos de salud mental (prevención primaria) y a reducir el impacto de estos últimos por la vía de su detección y tratamien-

Recibido: 10 noviembre 2018 - Aceptado: 14 febrero 2019
Correspondencia: Pamela Grandón Fernández, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de Concepción. Email: pgrandon@udec.cl



to temprano (prevención secundaria). Programas promocionales y preventivos efectivos permitirían reducir el costo personal y social de presentar problemas o trastornos de salud mental y disminuir las necesidades de tratamiento y rehabilitación (CIHL, 2011). Actualmente, incluso los países de más altos ingresos económicos y con más recursos para atender las necesidades en salud mental tienen enormes brechas entre las necesidades estimadas de atención y apoyo a personas con problemas y trastornos de salud mental, y los servicios disponibles (Saraceno, 2014).

Un segundo factor que incide en los mayores esfuerzos en investigación y en el desarrollo de políticas y programas preventivos y promocionales en salud mental es que actualmente es posible contrarrestar el escepticismo histórico respecto de la efectividad de las acciones en esta área con hallazgos empíricos (Arango *et al.*, 2018). Desde hace algunos lustros, las revisiones indican la disponibilidad de un amplio rango de programas probados empíricamente para implementar la prevención de trastornos mentales (Jeste y Bell, 2011; Saxena, Janne-Llopis y Hosman, 2006), todo lo cual no ha hecho sino aumentar (Greenberg y Riggs, 2015). Incluso los elusivos conceptos de bienestar y de salud mental positiva han podido ser operacionalizados, en alguna forma, permitiendo acumular también pruebas de estrategias promocionales efectivas (Anderson y Llané-Jopis, 2011; Patel, Fliher, Nakapota y Malhotra, 2008).

Sin embargo, una perspectiva excesivamente optimista respecto de los desafíos que aún enfrenta el campo de la promoción y prevención de la salud mental sería arriesgada. El valioso y legítimo afán de lograr que se destinen mayores esfuerzos y recursos a este ámbito no debiera dispensar de la necesidad de reflexión crítica. Para contribuir a esta reflexión, este artículo analiza logros, desafíos y riesgos en el área, centrándose en cómo determinadas conceptualizaciones pueden no solo limitar su desarrollo futuro sino contribuir a que la expansión de la promoción y prevención en salud mental favorezca, paradójicamente, una mayor medicalización de la sociedad, en el sentido negativo del término.

Previamente, es importante una aclaración conceptual y terminológica. En el artículo se utilizan los términos problema y trastorno de salud mental según las convenciones al uso. El concepto de problema de salud mental es impreciso y menos "técnico" pero tiene el mérito de no substancializar el fenómeno que describe y hace más clara la importancia de cualificar de qué se está hablando, estimulando análisis contextualizados. Lo contrario ocurre con el concepto de trastorno mental, que genera la ilusión de estar aludiendo a fenómenos específicos y bien delimitados. El concepto de trastorno mental es difícilmente separable de una concepción biomédica (López & Costa, 2012). Desde la perspectiva de los autores de este artículo, romper con la concepción biomédica es uno de los desafíos más relevantes en salud mental en general, y específicamente, en el ámbito de la promoción y prevención en

el área. Por lo mismo, en el artículo, si bien se utiliza el término trastorno mental ocasionalmente, se tiene presente que es un concepto muy debatible y, quizá, en camino de obsolescencia. De hecho, la crítica de este concepto es uno de los focos del análisis que se presenta.

INVESTIGACIÓN EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

El desarrollo del campo de la promoción y prevención en salud mental depende estrechamente de la calidad de los estudios que permitan sustentarlo. La mayor parte de la investigación ha estado destinada a evaluar la eficacia de los programas. Muchas de estas investigaciones de eficacia se han realizado con estándares metodológicos relativamente elevados (por ejemplo, ensayos clínicos randomizados), aun cuando es frecuente que tengan como limitaciones reducidos periodos de seguimiento y el uso de medidas de resultado muy dependientes de la subjetividad de los participantes. Otra limitación es que existen poca réplicas de los estudios de eficacia por equipos independientes de los autores de estos programas (Greenberg y Riggs, 2015). En general, se ha podido obtener evidencias de que, en diversas áreas de la salud mental, programas bien diseñados pueden tener algún grado de eficacia: prevención de la depresión, ansiedad, de los trastornos alimentarios, del abuso de sustancias, de la agresividad y problemas y trastornos de conducta, del maltrato infantil, del suicidio; promoción del desarrollo de niños y niñas, promoción de la calidad de vida en adultos mayores (Barry, 2015; Patel *et al.*, 2008; NCR/loM, 2009). Si bien los tamaños de efecto de los programas mejor establecidos son medianos o bajos, sus consecuencias a nivel poblacional podrían ser relevantes (Ahern, Jones, Bakshis y Galea, 2008). Las evidencias más fuertes se relacionan con programas preventivos de trastornos conductuales en la niñez (Scott, 2018).

En los últimos años, las investigaciones se han desplazado desde los estudios de eficacia a los estudios de efectividad o de diseminación (Marchand, Stice, Rohde y Becker, 2011). No es claro que programas con positivos indicadores de eficacia los conserven al ser ejecutados en "condiciones naturales" –estudios de "efectividad"– o al ser diseminados en forma amplia (Spath *et al.*, 2013). También se están realizando valoraciones del costo-efectividad de diversos programas, con resultados alentadores, que sugieren que algunas acciones –por ejemplo, los programas preventivos en la niñez– tendrían retornos económicos relativamente rápidos y otros, retornos a largo plazo pero igualmente positivos (Knapp, McDaid y Parsonage, 2011).

Pese a las críticas que existen a la forma de conceptualizar y medir los trastornos mentales, hasta hoy se sigue considerando que una limitación de muchos estudios de prevención en salud mental es que no demuestran que los programas sean efectivos para reducir la incidencia de trastornos propiamente sino de medidas alternativas (por ejemplo, reducción de sintomatolo-



gía o de factores de riesgo). Demostrar eficacia o efectividad a nivel de la incidencia de un trastorno mental supone el empleo de muestras muy grandes y la realización de seguimientos muy largos (Cuijpers, 2003). Sin embargo, es discutible hasta qué grado ésta es una limitación efectivamente relevante de las investigaciones porque supone que los criterios diagnósticos de trastornos mentales son válidos, cuestión cada vez más debatida (Wakefield, 2016). Por otro lado, se ha mostrado que es un error pensar que los programas tendrán efectos específicos sobre cada trastorno, dado que iguales determinantes pueden dar lugar a consecuencias y trastornos diferentes; asimismo, un problema o trastorno de salud mental particular puede tener distintas causas (equipotencialidad y multifinalidad, respectivamente) (Toth, Petrenko, Gravener Davis y Handley, 2016). En consecuencia, es probable que los programas tengan efectos más amplios que la sola reducción de la incidencia de un tipo de trastorno particular (Arango *et al.*, 2018; Cuijpers, 2011).

NIVELES DE ACCIÓN EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

Superar el escepticismo respecto de las posibilidades de promover y prevenir en salud mental a través de programas específicos ha sido un gran logro. Hoy día existe el riesgo inverso: que se ignoren la complejidad y multidimensionalidad de los factores que están implicados en el bienestar y salud mental de las personas y sociedades y se sobredimensione el potencial de programas acotados. Si bien toda la documentación en torno al tema siempre parte reconociendo la multiplicidad de factores, de diverso nivel, que afectan el bienestar y salud mental de las personas y sociedades, enfatizando la importancia de considerar factores macroestructurales como los económicos, sociales y culturales (Petersen *et al.*, 2014), lo cierto es que la mayor parte de los programas buscan actuar sobre todo a nivel microsociedad e individual. Tomados en rigor, los conceptos de prevención y, particularmente de promoción del bienestar y salud mental son revolucionarios, dado que implican cuestionamientos a los modelos completos de sociedad y cultura, a estructuras sociales inequitativas y excluyentes, a los modos de organización de la vida en las grandes ciudades, o a valores sociales dominantes centrados en la producción y el consumo, por ejemplo. Existe el riesgo de que los determinantes sociales del bienestar y salud mental sean considerados solo a nivel retórico y que se entienda que, en la práctica, promover el bienestar y salud mental es solo una tarea de sensibilización pública (por ejemplo, de campañas en los medios de comunicación), o de mero estímulo al desarrollo de capacidades y competencias a niveles micro e individuales a través de programas específicos (por ejemplo, programas de desarrollo de resiliencia individual). Todo ello puede implicar el riesgo conexo de que se sobrecargue al sector salud, que es el más implicado en el tema, con expectativas y roles que le sobrepasan (Saraceno, 2014), y de repetir en algún grado, lo que fue la experiencia de promoción de estilos de vida saludables en el

ámbito de la salud “física”, modelo cuyas limitaciones ya han sido reconocidas (Cockerham, 2005).

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y MEDICALIZACIÓN

La intensa medicalización de las sociedades contemporáneas ha generado preocupación por los efectos negativos e iatrogénicos que ello conlleva (Conrad, 2007). En este contexto surgió el concepto de prevención cuaternaria, entendida como las acciones destinadas a evitar o atenuar las consecuencias negativas de la actividad excesiva del sistema sanitario (Jamouille, 2009). En el campo de la salud mental, la prevención cuaternaria tiene como su objeto principal la psicologización, psicopatologización y psiquiatrización social, el abuso del diagnóstico psicopatológico, y el empleo excesivo de la psicofarmacología, pero también de la psicoterapia (Ortiz e Ibáñez, 2011). Hasta ahora, el interés por riesgos y eventuales efectos iatrogénicos que pueda tener la promoción y prevención en salud mental han sido escasos, excepto en situaciones específicas como los efectos negativos del “debriefing” en relación al desarrollo de trastorno de estrés posttraumático (McNally, Bryant y Ehlers, 2003), de ciertos programas psicoeducativos en relación a las sustancias psicoactivas (Werch y Owen, 2002), o la preocupación respecto de los riesgos de las estrategias de prevención temprana de la psicosis a través de la identificación y tratamiento de los llamados estados mentales de alto riesgo (Fonseca-Pedrero e Inchausti, 2018). Escasamente se ha visto que la promoción y prevención en salud mental pueden, dependiendo de cómo sean enfocadas y concebidas, contribuir severamente a una cultura del miedo a los problemas y trastornos mentales, de insatisfacción por el no logro de estándares prefijados, de estigmatización de todos aquellos que son identificados como personas o grupos en riesgo, y a incrementar la dependencia de las personas, grupos e instituciones de las redes profesionales. Hace ya años que se ha venido señalando que la proliferación de categorías diagnósticas en salud mental está contribuyendo a generar una “cultura del déficit” (Gergen, 1996) y a una “enfermización” progresiva de todas las personas (Frances y Paredes, 2014). La prevención y promoción en salud mental también pueden contribuir a este fenómeno.

Probablemente, sea en relación al uso del tamizaje para identificar personas y grupos en riesgo donde estos efectos iatrogénicos pueden ser potencialmente más visibles. Al respecto, debe pensarse que la instalación de procedimientos de tamizaje y detección temprana puede extenderse a una diversidad de áreas, y, de hecho, así aparece sugerido en las propuestas de los equipos que trabajan en el tema. Una revisión reciente que incluye las diversas opciones de tamizaje y detección que podrían ya implementarse o que ya lo están siendo muestra lo que podría transformarse en un clima de vigilancia continua: tamizaje por historia familiar de trastornos mentales; tamizaje de variantes genéticas asociadas con un incremento de riesgo de fenotipos neurocognitivos y psiquiátricos; tamizaje de de-



presión postnatal; tamizaje y vigilancia de trayectorias de desarrollo; detección de retraso o alteraciones de hitos del desarrollo; detección de irritabilidad crónica, hiperactividad y declinación cognitiva; detección de conducta social alterada, resultados escolares insuficientes, experiencias de tipo psicótico; detección de biomarcadores cerebrales o sanguíneos (Arango *et al.*, 2018). Los efectos iatrogénicos que puede generar un clima de hipervigilancia derivados de un uso masivo o indiscriminado de tamizajes y procedimientos de detección temprana pueden ser acentuados por otros factores. Por un lado, con las actuales herramientas disponibles en salud mental, los procedimientos de tamizaje y de detección temprana generan una alta frecuencia de falsos positivos y no se avisan otras que puedan implicar cambios sustantivos en este aspecto en el corto plazo (Horwitz y Wakefield, 2009). Por otro lado, y más sustantivamente, tamizar para identificar riesgo de trastorno supone que existe claridad respecto de qué es un trastorno mental y qué implicaciones tiene satisfacer los criterios diagnósticos de un trastorno. Sin embargo, esa claridad no existe.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL Y MODELO BIOMÉDICO

Tradicionalmente se ha pensado que las acciones de promoción y prevención surgen de la superación del modelo biomédico de la salud pero ello no es completamente exacto. Aunque la promoción tiende a romper conceptualmente con mayor claridad con el paradigma biomédico que la prevención, puede también inscribirse, dependiendo de cómo se la conciba e implemente, dentro de una lógica medicalizadora. Ello puede suceder si se entiende la promoción como la búsqueda de la maximización de la salud, del bienestar y de la prolongación de la vida, sin consideraciones que maticen y contextualicen estos propósitos (Pérez, 1999). Por otra parte, prevenir la incidencia de trastornos mentales suele ser considerado el foco principal de la prevención en salud mental, haciendo a la prevención dependiente de este constructo propio del paradigma biomédico. Aunque se podría discutir si el concepto de trastorno mental puede ser sostenido desde un paradigma no biomédico, su entendimiento habitual es desde este último. Desde ahí, los trastornos mentales son entendidos como categorías discretas y delimitadas de patrones de formas de sufrimiento o desadaptación psicológica "anormales" o "disfuncionales". Estas entidades, en la práctica, vendrían a ser un análogo a las enfermedades físicas en el campo de la salud mental. Dada la imposibilidad, a la fecha, de distinguir estas entidades en función de criterios sustantivos, se han desarrollado criterios diagnósticos descriptivos para cada trastorno, pero se asume que cada uno tiene a la base una disfunción biológica o psicológica determinada. La centralidad de esta concepción de los trastornos mentales para el paradigma biomédico dominante es lo que explica el descomunal esfuerzo que se ha realizado por generar listados "oficiales" de trastornos mentales y el remozamiento continuo

de los criterios diagnósticos (Bentall, 2009). Este intento de conceptualización de los trastornos mentales ha sido largamente debatido y está hoy en crisis abierta (Poland y Tekin, 2017). La confiabilidad, y, más importantemente, la validez de los sistemas diagnósticos existentes y de las diferentes categorías de trastornos está en duda. Hasta ahora, el campo de la prevención en salud mental ha dado escasa cuenta de esta crisis. No es claro qué implica ni qué significado tiene satisfacer los criterios diagnósticos de un determinado trastorno. Existen diversas evidencias de que los criterios diagnósticos no diferencian entre respuestas normales de malestar y desadaptación, y respuestas que tengan algún sentido denominar psicopatológicas, generando sobrediagnóstico y extendiendo la psicopatologización de las personas. Tampoco permiten diferenciar personas que requieran un tratamiento de salud mental de aquellas que no lo necesitan, ni contribuyen al pronóstico respecto de las dificultades que presentan las personas (Bentall, 2009; Wakefield, 2016).

Prevenir los trastornos mentales, entendiendo por ello disminuir la incidencia de trastornos de acuerdo a los criterios diagnósticos vigentes es, en consecuencia, un objetivo mal definido. Lo más grave es que, dada la ubicuidad de los trastornos mentales identificados desde los criterios diagnósticos vigentes, intentar su prevención, particularmente a través de programas de tamizaje y de detección temprana, solo incrementará la cantidad de personas a las que se les hará saber que están en riesgo y, en vez de disminuir las necesidades de tratamiento, hará que más personas sean derivadas a tratamiento especializado sin que necesariamente lo requieran. Y, tanto o más grave, lo que le ocurra a las personas será entendido desde el lente del trastorno, que por definición supone e invita a identificar disfunciones en la propia psique (o biología), reduciendo las posibilidades de comprender en forma contextualizada los problemas que las puedan estar afectando. Las etiquetas diagnósticas tienen conocidos efectos de rotulación y estigmatización (y de auto-rotulación y auto-estigmatización) que pueden verse ampliados, por la vía de los tamizajes, a personas y grupos identificados como "en riesgo" de determinados "trastornos" de salud mental. En este contexto, resulta especialmente preocupante el mal uso que se le pueda dar a eventuales indicadores de base genética que indiquen la presencia de una predisposición a experimentar trastornos particulares, incrementando el biologicismo en la comprensión de las dificultades de salud mental que experimentan las personas (Demkow y Wolanczyk, 2017).

CONCLUSIONES

El desarrollo de la promoción y prevención es un ámbito clave para favorecer la "salud mental global" (Bährer-Kohler y Carod-Artal, 2017). Los avances en el campo en las últimas décadas muestran sus enormes potencialidades. Sin embargo, existen desafíos y riesgos relevantes que deben ser abordados cuidadosamente. Por una parte, la investigación en el ámbito



debe trascender el énfasis en el estudio de la eficacia de programas implementados en situaciones altamente controladas al estudio de programas en entornos naturales, y debe, progresivamente, contribuir al desarrollo de políticas y programas que articulen de modo real factores de niveles macro, meso y micro que inciden en el bienestar y salud mental de las sociedades y personas. Ello exige un paradigma amplio y ecológico que resulta central para el desarrollo futuro de la promoción y prevención en salud mental (WHO, 2004, 2005).

En consecuencia, la superación del modelo biomédico, que también tiende a dominar en el campo de la promoción y prevención en salud mental, es un desafío central. Como plantea Saraceno (2014), no todo esfuerzo para reducir la brecha entre necesidades y recursos en salud mental es beneficioso; si no va acompañado de un cambio de paradigma que desligue la salud mental de las concepciones biomédicas, la reducción de la brecha va a consistir en que más personas van a recibir tratamientos incompletos y/o inadecuados, en particular de tipo farmacológico, con dudosos impactos positivos, excepto para las ganancias de las empresas farmacéuticas. Si bien los riesgos de medicalización en el sentido restringido de incremento en el consumo de fármacos son menores en el ámbito de la promoción y prevención que en el del tratamiento, no dejan de estar presentes, y sobre todo, está el riesgo que los más diversos problemas, y la diversidad humana, sean entendidos desde la lógica de la búsqueda de trastornos presentes o potenciales existentes que estarían “en el individuo”.

En síntesis, es fundamental darle continuidad a los esfuerzos destinados a incrementar la promoción del bienestar y salud mental, y a la prevención de problemas y trastornos mentales, pero es necesario que ello vaya acompañado de una revisión del cómo y desde dónde se continúan los valiosos desarrollos que se han dado en este campo.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- Ahern, J., Jones, M. R., Bakshis, E., y Galea, S. (2008). Revisiting rose: Comparing the benefits and costs of population-wide and targeted interventions. *Milbank Quarterly*, 86, 581-600.
- Anderson, P., y Jane-Llopis, E. (2011). Mental health and global well-being. *Health promotion international*, 26(1), 147-155.
- Arango, C., Diaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A., . . . Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry*, 5, 591-604. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30057-9
- Bährer-Köhler, S. y Carod-Artal, F. J. (2017). *Global mental health*. New York, NY: Springer Berlin Heidelberg.
- Barry, M. M., Clarke, A. M., y Petersen, I. (2015). Promotion of mental health and prevention of mental disorders: priorities for implementation. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 21, 503-511.
- Bentall, R. P. (2009). *Doctoring the mind: is our current treatment of mental illness really any good?* New York: University Press.
- Campion, J., Bhui, K., y Bhugra, D. (2012). European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders. *European Psychiatry*, 27, 68-80. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.10.004
- Canadian Institute for Health Information (2011). *Return on investment-mental health promotion and mental illness prevention*. Ottawa: Author.
- Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 51-67. doi: 10.1177/002214650504600105
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Cuijpers, P. (2003). Examining the effects of prevention programs on the incidence of new cases of mental disorders: The lack of statistical power. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1385-1391.
- Cuijpers, P. (2011). Prevention of depressive disorders: towards a further reduction of the disease burden of mental disorders. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 179-180.
- Demkow, U., y Wolanczyk, T. (2017). Genetic tests in major psychiatric disorders-integrating molecular medicine with clinical psychiatry-why is it so difficult? *Translational Psychiatry*, 7, 1-9. doi: 10.1038/tp.2017.106
- Frances, A., y Paredes, J. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Barcelona: Ariel.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social*. Madrid: Paidós.
- Greenberg, M. y Riggs, N. (2015). Prevention of mental disorders and promotion of competence. En A. Thapar, D. Pine, J. Leckman, S. Scott, M. Snowling and E. Taylor. *Rutter's child and adolescent psychiatry* (215-226). Sussex: Wiley Blackwell.
- Horwitz, A. V., y Wakefield, J. C. (2009). Should screening for depression among children and adolescents be demedicalized? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 683-687. doi: 10.1097/Chi.0b013e3181a5e3ad
- Jamouille, M. (2009). About quaternary prevention. *Swiss Medical Weekly*, 139, 33-34.
- Jeste, D. V. y Bell, C. C. (2011). Prevention in mental health: Lifespan perspective. *Psychiatric Clinics*, 34, 13-16.
- Knapp, M., McDaid, D., y Parsonage, M. (2011). *Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case*. Department of Health King's College of London. Recuperado de http://eprints.lse.ac.uk/39302/1/Mental_health_promotion_and_mental_illness_prevention%28author%29.pdf



- Knifton, L. y Quinn, N. (2013). *Public mental health: Global perspectives*. UK: McGraw-Hill Education.
- Fonseca-Pedrero, E., e Inchausti, F. (2018). Actualización en la prevención de los trastornos del espectro psicótico. *Papeles del Psicólogo*, 39, 127-139
- López Méndez, E., & Costa Cabanillas, M. (2012). Desvelar el secreto de los enigmas: Despatologizar la psicología clínica. *Papeles del Psicólogo*, 33, 162-171.
- Marchand, E., Stice, E., Rohde, P., y Becker, C. B. (2011). Moving from efficacy to effectiveness trials in prevention research. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 32-41.
- McNally, R.J., Bryant, R.A., y Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 45-79.
- National Research Council and Institute of Medicine (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioural disorders among young people. Progress and possibilities*. Washington DC: National Academies Press.
- Ortiz, A., y Ibáñez, V. (2011). Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Revista Española de Salud Pública*, 85, 513-525.
- Patel, V., Fliher, A., Nikapota, A., y Malhotra, S. (2008). Promoting child and adolescent mental health in low and middle-income countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 313-343.
- Petersen, I., Barry, M., Lund, C. y Bhana, A. (2014). Mental health promotion and the prevention of mental disorders. En V. Patel, H. Minas, A. Cohen y M. Prince, M. *Global mental health*. Oxford: Oxford University Press.
- Poland, J. S., y Tekin, S. (2017). *Extraordinary science and psychiatry: responses to the crisis in mental health research*. Cambridge: MIT Press.
- Ray, I. (1863). *Mental hygiene*. Boston: Ticknor and Fields.
- Scott, S. (2018). Parenting skills and promotion of mental health over the lifespan. En Bhugra, D., Bhui, K., Wung, S., y Glisman, S. *Oxford textbook of public mental health* (1st edition. ed.) (371-383). New York, NY: Oxford University Press.
- Saraceno, B. (2014). *Discurso global, sufrimientos locales*. Barcelona: Herder.
- Saxena, S., Jane-Llopis, E., y Hosman, C. (2006). Prevention of mental and behavioural disorders: Implications for policy and practice. *World Psychiatry*, 5, 5-14.
- Spoth, R., Rohrbach, L. A., Greenberg, M., Leaf, P., Brown, C. H., Fagan, A.,... y Hawkins, J. D. (2013). Addressing core challenges for the next generation of type 2 translation research and systems: The translation science to population impact (TSci Impact) framework. *Prevention Science*, 14, 319-351.
- Van der Gaag, M., Smit, F., Bechdolf, A., French, P., Linszen, D. H., Yung, A. R., . . . Cuijpers, P. (2013). Preventing a first episode of psychosis: Meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophrenia Research*, 149, 56-62.
- Pérez, M. (1999). Promoción de la salud y iatrogenesis. En M. A. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* (155-176). Madrid. Pirámide.
- Toth, S. L., Petrenko, C. L., Gravener Davis, J. A., y Handley, E. D. (2016). Advances in prevention science: A developmental psychopathology perspective. En D. Cicchetti (Ed.) *Developmental Psychopathology* (815-873). New Jersey: Wiley.
- Wakefield, J. C. (2016). Diagnostic issues and controversies in DSM-5: Return of the false positives problem. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 105-132. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032814-112800
- Werch, C.E., y Owen, D. (2002). Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 581-590.
- World Health Organization (2004). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Geneva: Author.
- World Health Organization (2005). *Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, and practice*. Geneva: Author.