

# Cómo nos Imaginamos una Especialidad de Psicología Clínica Infanto-Juvenil

## How do We Imagine the Speciality of Child and Adolescent Clinical Psychology

Gloria Bellido-Zanin <sup>1</sup>, Pilar Mundo-Cid <sup>1</sup>, Sara González-Simarro <sup>1</sup> y Marta López-Narbona <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitari Germans Triás i Pujol, Badalona, Barcelona, España.

<sup>2</sup> Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, España.

### Resumen

Muchas son las razones por las que es importante la creación de una especialidad de psicología clínica infanto-juvenil, como son la aparición de los trastornos mentales a edades tempranas, la importancia de la detección y la intervención precoz en salud mental, la prevalencia sobre los datos de suicidio entre adolescentes, etc. Sin embargo, en este artículo no se pretende esgrimir más argumentos que apoyen la necesidad de crear la especialidad, sino exponer los fundamentos en los que pensamos que tiene que basarse el ejercicio de la psicología clínica infanto-juvenil y qué tiene que aportar de único y particular a la atención a la salud mental de niños y adolescentes. Para ello, se reflexiona sobre diferentes puntos como son la importancia del conocimiento sobre el desarrollo evolutivo, las características de los servicios de salud mental infanto-juveniles, el papel de la familia, el impacto de los eventos adversos en la infancia y las características diferenciales del diagnóstico y el tratamiento en esta población. La conclusión fundamental es que las características únicas de la psicología clínica la hacen indispensable para una atención de excelencia a la salud mental infanto-juvenil.

*Palabras clave:* Psicología clínica infanto-juvenil, formación sanitaria especializada, desarrollo evolutivo, familia.

### Abstract

Many are the reasons why the creation of a specialty in child and adolescent clinical psychology is important, such as the onset of mental disorders at early ages, the significance of early detection and intervention in mental health, and the prevalence of suicide data among teenagers, among others. However, this article does not aim to put forth more arguments for the need to establish the specialty, but rather to outline the foundations on which we believe the practice of child and adolescent clinical psychology should be based and what it uniquely contributes to the mental health care of children and adolescents. To achieve this, we reflect on different points, such as the importance of knowledge about developmental stages, the characteristics of child and adolescent mental health services, the role of the family, the impact of adverse events in childhood, and the distinctive features of diagnosis and treatment in this population. The fundamental conclusion is that the unique characteristics of clinical psychology make it indispensable for providing excellent mental health care to children and adolescents.

*Keywords:* Child and adolescent clinical psychology, specialized health training, evolutionary development, family.

La necesidad de una especialidad de psicología clínica infanto-juvenil se ha puesto de manifiesto en los últimos años en numerosos artículos científicos como por ejemplo en Cuéllar-Flores et al. (2019), Izquierdo-Elizo et al. (2022) o Cuéllar-Flores et al. (2022) argumentando diferentes razones como son:

- La alta prevalencia de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia.
- El suicidio, que es una de las principales causas de muerte no natural durante este periodo evolutivo y que ha sufrido un aumento de la prevalencia del 32,35% entre 2019-2021 (Pérez-Diez, 2023).
- La mayor probabilidad de aparición de los trastornos mentales entre los 12 y los 25 años.
- La importancia de programas que fomenten una detección e intervención precoz de estos trastornos para evitar la cronificación de los mismos.
- El impacto que tienen los trastornos mentales en este periodo evolutivo donde la persona desarrolla sus relaciones sociales, sus intereses vocacionales y en el que una interrupción puede suponer un gran impacto en el funcionamiento de la persona.
- La especificidad de la formación necesaria para atender a la población infanto-juvenil conociendo el desarrollo evolutivo de la persona y el impacto que tiene esto en la presentación de la psicopatología y de los tratamientos psicoterapéuticos.
- La escasez de profesionales de la psicología clínica en el sistema nacional de salud que atienden a la infancia y la adolescencia.
- El énfasis que organismos internacionales han hecho en que los gobiernos de los países inviertan en la salud mental infanto-juvenil para mejorar la atención y disminuir el impacto que los trastornos mentales tienen en los niños/as, adolescentes, sus familias y toda la sociedad (OMS, 2003).

El objetivo de este artículo no es volver a redundar sobre esta necesidad, ya que todos los

argumentos anteriores parecen ser suficientes, ni tampoco es describir las competencias, ni hacer una propuesta sobre un posible itinerario formativo, una labor que habrá que llevar a cabo de forma razonada y dialogada cuando se cree la especialidad.

El objetivo es reflexionar sobre cómo queremos que sea y qué visión tenga de la infancia y la adolescencia. Esto parece especialmente importante, ya que la especialidad aparecerá en el marco de una salud mental que ya está organizada y pensada de una determinada manera en el sistema nacional de salud. Nos toca ahora reflexionar si esa manera siempre ayuda a mejorar la salud mental de niños o adolescentes o, por lo contrario, puede estar contribuyendo a desatender ciertas necesidades y caer en procesos de cronificación.

En el presente artículo se tratará de dar respuesta a esta cuestión. No pretende ser un asunto cerrado, sino abrir algunas preguntas que puedan dar lugar a un debate que está intrínsecamente unido a cuál es nuestra visión sobre la salud mental, a cómo los servicios de salud mental tienen que organizar su asistencia a niños/as, jóvenes y familias y a cuál es el papel de la psicología clínica en estos asuntos.

## **Desarrollo evolutivo y salud mental**

La salud mental infanto-juvenil atiende un periodo evolutivo relativamente corto que abarca desde el periodo perinatal hasta los 18 años en la mayoría de los casos, aunque varios centros a nivel internacional y nacional han decidido ampliar el periodo de la atención a adolescentes y jóvenes hasta los 25 años, en congruencia con las condiciones socio-culturales que retrasan el funcionamiento autónomo y la emancipación, y también con el conocimiento acumulado de que el sistema nervioso en el ser humano tiene un desarrollo prolongado y no se completa hasta 25 o 30 años después del nacimiento (Benito, 2023).

Aun así, dentro de este corto periodo evolutivo se dan etapas muy diferentes entre sí y con necesidades también radicalmente diferenciadas (ver Tabla 1).

**Tabla 1.**  
Etapas del Desarrollo Humano en Psicología Clínica Infantil y Juvenil

	PRENATAL	Herencia genética y colectiva que guía la formación y diferenciación de tejidos Desarrollo progresivo de la percepción sensorial y motricidad Desarrollo condicionado por la salud materna Factores teratógenos Primeras experiencias de interacción con madre y estímulos del entorno
I N F A N C I A	Primera Infancia (0-5 años)	Alta dependencia del adulto Adquisición rápida e intensiva de capacidades perceptivas, motoras y cognitivas Desarrollo del apego con figuras referentes Etapa crítica en el desarrollo socio-emocional Inicio de la socialización intrafamiliar y fuera de la familia
	Segunda Infancia (6-11 años)	Apertura al mundo externo Adquisición rápida de habilidades para la interacción Desarrollo cognitivo progresivo Aumento progresivo de la autonomía
	PUBERTAD	Cambio corporal rápido Incremento de las capacidades metacognitivas Socialización con iguales
A D O L E S C E N C I A	Adolescencia primaria (12-14 años)	Identidad social y de género Exploración intensa de sí mismo y entorno Diferenciación del adulto Búsqueda de nuevos referentes
	Adolescencia tardía (15-17 años)	Exploración activa de la sexualidad Relaciones de pareja Toma de decisiones y proyectos formativos más autónomos
	JUVENTUD (18-24 años)	Mayor responsabilidad, autonomía y participación social Capacidad de iniciar proyectos laborales y familiares Identidad más integrada, mayor diferenciación

Nota. Extraído de Mansilla (2014).

Debido a la inmadurez de la cría humana en el periodo inicial para dar respuestas adaptativas autónomas, dentro del marco del ciclo evolutivo, las primeras etapas son especialmente sensibles a las dinámicas interpersonales en la relación con el entorno.

Es un proyecto principal proveer a los futuros especialistas de un marco de comprensión global del desarrollo temprano humano, epistemológicamente sólido y que permita, a la vez, operativizar conceptos a un nivel práctico, que rehúya modas o movimientos pendulares al enfatizar el papel de los distintos factores y procesos que moldean la conducta infantil.

Algunas aproximaciones, como el modelo de la neurobiología interpersonal (Siegel, 2017), o la teoría del apego (Bueno, 2020), que analizan el papel principal de las relaciones interpersonales en el desarrollo neuropsicológico, entre otros, arrojan luz en la comprensión de algunos motores evolutivos, como son la regulación emocional, cognitiva y conductual, el afrontamiento de problemas o la capacidad de proveerse de un entorno social significativo, cuya afectación subyace a la psicopatología infantil y juvenil de una manera transversal y longitudinal.

El conocimiento profundo de las teorías evolutivas permite un uso práctico de algunos conceptos centrales, como las aportaciones de Vigotsky sobre la Situación Social del Desarrollo (SSD), las vivencias y la zona de desarrollo próximo (Vigotsky, 1978), para trazar objetivos terapéuticos ajustados evolutivamente y contribuir al desarrollo psicológico armonioso (de Jongh, 2017). Otros conceptos evolutivos claves en la práctica clínica son las competencias parentales, los modelos de crianza, la resiliencia, la mayor plasticidad, y también el mayor daño potencial de las experiencias en la infancia, el conocimiento sobre cómo maduran las áreas cerebrales relacionadas con la conducta social, el efecto tóxico del maltrato, y también el potencial de las experiencias relacionales afectivamente significativas para producir cambios profundos en la conformación de las redes neuronales, y restaurar un funcionamiento integrado (Benito, 2023).

Este enfoque evolutivo ha de ser también sensible al género, y a cómo los valores culturales en este ámbito impactan en el desarrollo y en la salud mental desde una visión de la interseccionalidad (Levy et al., 2020).

No hay que olvidar tampoco la creciente evidencia de cómo los factores socioeconómicos, como la pobreza, inequidad, la violencia colectiva o la migración forzada, dañan la salud mental. Este impacto puede ser bidireccional, distal o proximal, no uniforme, y heterogéneo según el género, el contexto local o la etapa evolutiva, como es el caso de la violencia comunitaria, que se relaciona específicamente con abuso de sustancias, problemas de conducta externalizante y perpetración de acoso, síntomas

de ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, a la vez que compromete el desarrollo psicológico, en la infancia y adolescencia (Lund et al., 2018).

Es, por tanto, solamente desde una visión holística y crítica que pueden integrarse los avances en el conocimiento de la genética y epigenética, planteando una dialéctica que compatibilice la importancia de los distintos factores que operan en el desarrollo de la conducta adaptativa y desadaptativa humana en esta etapa.

Es así mismo crucial liderar el desafío cultural que plantea el uso generalizado de las nuevas tecnologías. Existe cada vez mayor evidencia de que el uso excesivo de pantallas, sin supervisión, con contenidos poco adaptados evolutivamente, perjudica el desarrollo cognitivo y socioemocional, aunque es preciso mejorar la metodología de estos estudios (Swider-Cios, Vermeij y Sitskoorn, 2023).

Otras tareas serían: Considerar los cambios sociales en el ocio y en las maneras de relacionarse que conforman la conducta, adaptada o problemática. Analizar también cómo el uso de nuevas sustancias psicoactivas (fármacos o drogas) condicionan el desarrollo y la psicopatología, desde la evidencia cada vez más robusta que sugiere que la exposición a sustancias, como el cannabis, y más gravemente a menor edad, interfiere en el desarrollo cerebral y provoca consecuencias psiquiátricas negativas, como las experiencias y síntomas psicóticos (Matheson, Laurie y Laurens, 2023).

En conclusión, es primordial desde la psicología clínica infantil y juvenil contribuir al avance de modelos integradores del desarrollo, que tengan en cuenta los actuales desafíos culturales y de desarrollo tecnológico, y que guíen la investigación y práctica clínica.

### **Los servicios de salud mental adaptados a la edad**

En general vivimos en un mundo creado por y para adultos en el que las necesidades de los niños/as y adolescentes no son siempre tenidas en cuenta. Esto no ha sido diferente en el desarrollo de los servicios de salud mental, que

en muchos casos no han sabido adaptarse lo suficiente a la población infanto-juvenil.

Si, por ejemplo, tomamos el ejemplo de España, vemos que hay muchas diferencias entre las Comunidades Autónomas en cuanto al peso que se le ha dado a la salud mental en esta franja de edad. Algunos planes estratégicos tienen líneas y objetivos específicos sobre este tema mientras que en otros no se han desarrollado. Así mismo, también hay diferencias entre los dispositivos existentes en cada comunidad para la atención de niños/as y adolescentes, siendo en muchos casos, dispositivos compartidos con la población adulta y no específicos y con profesionales con menos formación y experiencia en esta franja de edad (López et al., 2019). Así nos encontramos con situaciones como que en algunas comunidades autónomas o provincias no hay hospitales de día o unidades de hospitalización para esta población. En otras ocasiones lo que encontramos es que los dispositivos no están adaptados para ser accesibles y atractivos para niños/as y adolescentes, por ejemplo, salas de espera compartidas, despachos con un aspecto excesivamente “medicalizado” o en lugares donde es difícil acceder de forma autónoma por lejanía o ausencia de facilidades para llegar en transporte público. Además, en casi todas las ocasiones, la derivación para acceder a un recurso de salud mental se hace a través del pediatra o médico de atención primaria, recursos que muchas veces, sobre todos los/as adolescentes, están poco acostumbrados a utilizar. Esta situación va en contra de todas las recomendaciones de organismos internacionales que abogan por promover que en los planes de salud mental haya líneas estratégicas dirigidas de forma específica a la salud mental infanto-juvenil (por ejemplo, en UNICEF, 2020) y que enfatizan, sobre todo, que los recursos sean accesibles y atractivos.

Especialmente relevantes pueden ser las recomendaciones que se han hecho desde la *Declaración Internacional sobre Salud Mental Juvenil* (International Association for Youth Mental Health, 2011) que ya en 2011 proponía una serie de objetivos en la atención los

adolescentes de entre 12 y 25 años. Entre estos objetivos encontramos:

- Mejorar el acceso y la adherencia a los dispositivos de Salud Mental con profesionales formados sobre sus características y necesidades.
- Eliminar la discontinuidad en los tratamientos, ya que muchas veces se produce una transición de los servicios de infancia y adolescencia a los de la edad adulta a los 18 años, en un momento de especial vulnerabilidad y que puede producir abandonos en el tratamiento.
- Realizar la atención en entornos normalizados para reducir el impacto del estigma, aprovechando las oportunidades que pueden dar las nuevas tecnologías y, sobre todo, con un enfoque preventivo y optimista hacia la salud mental.
- Promover la participación de los usuarios y las familias en el diseño de los servicios de salud mental, para aumentar el empoderamiento y reducir las posibilidades de revictimización en una población.

Ya en varios países se han puesto en marcha dispositivos con estas características definidos como *Youth friendly services* (McGorry, 2022) que abordan tanto el tratamiento de los trastornos mentales como también la prevención de los mismos.

El papel de la psicología clínica en el desarrollo en nuestro país de este tipo de dispositivos puede ser fundamental desde la visión que tiene nuestra disciplina de la salud mental, con un enfoque que intenta no patologizar y que atiende las necesidades de cada etapa evolutiva.

Así, en un artículo reciente, Fernández-García (2021) reflexiona sobre la madurez de la especialidad de psicología clínica como para poder adoptar más funciones de coordinación y gestión, por ejemplo, dentro de servicios propios de la especialidad que puedan ser diseñados según estas necesidades y características descritas anteriormente. El desarrollo de la psicología clínica infanto-juvenil debería pues,

asentarse en estas recomendaciones internacionales y no conformarse con el modelo actual de salud mental, que, en muchos casos, no tiene en cuenta esta mirada especial que hay que tener hacia la infancia y la adolescencia, sobre todo para poder intervenir de forma temprana y evitar la cronificación de los trastornos mentales en la etapa adulta.

### **El papel de la familia en la atención a niños y adolescentes**

La familia constituye nuestro contexto primario de relación y es el que ejerce una mayor influencia especialmente durante la infancia. Desde la perspectiva sistémica, se parte del principio de que cualquier persona está inserta en un contexto, o sistema, y por ende todos los elementos que forman parte están en interacción dinámica. La definición de sistema como complejo de elementos interactuantes (Bertalanffy, 1976), supone el principio de interdependencia en el que cualquier cambio en un elemento influye en los demás. En este sentido, la familia como sistema es vista como un todo organizado, en donde los miembros que forman parte son elementos interdependientes. Vemos pues que ello supone una ampliación de la mirada a lo relacional, todos estamos insertos en un sistema de relaciones.

En la atención a la salud mental de los niños/as y adolescentes se torna imprescindible la incorporación de esta mirada sistémica y relacional en la que esta (ínter)dependencia de la familia o cuidadores es aún mayor o más evidente. Se hace patente ya en las cuestiones más prácticas como que los menores no pueden acudir solos a terapia y dependen de sus cuidadores para ello. También en procesos más complejos donde el sistema familiar puede actuar como agente de mantenimiento, o de origen, del propio síntoma. La familia, como todo sistema, tiende a la homeostasis y pueden aparecer resistencias al cambio, más o menos conscientes, que pueden boicotear el proceso terapéutico. También pueden derivarse beneficios secundarios del síntoma, tanto para el paciente identificado como para otros miembros de la familia, que actúen como mantenedores de la patología.

Desde la terapia familiar sistémica, se asume entonces que el síntoma es una expresión de una disfunción a nivel familiar, de acuerdo con Linares (2012) los trastornos mentales tienen bases relacionales. El síntoma del paciente identificado no se trata pues de una manifestación de una problemática personal, sino que cumple una función dentro del sistema familiar. En este sentido, puede incluso cumplir una función protectora hacia otros miembros del sistema. Es en estos casos donde es posible observar que cuando el paciente identificado mejora otro miembro de la familia desarrolla síntomas o empeora. Por este motivo, se considera el sistema familiar como objeto de intervención, más allá del miembro que presenta el síntoma o trastorno al que se conoce como el paciente identificado.

Por otra parte, cabe tener en cuenta que la familia cumple una importante función de protección biopsicosocial que realiza a través del desarrollo de un sentimiento de identidad grupal en sus miembros, así como facilitando su individuación autónoma (Minuchin, 1982). Este proceso de individuación resulta imprescindible para el adecuado desarrollo del niño/a o adolescente como ser autónomo e independiente. En ocasiones, este proceso se puede ver alterado por exceso o por defecto dando lugar a conflictos relaciones y/o psicopatología, aspecto especialmente frecuente en adolescentes. Una vez más, vemos que integrar esta mirada e incluir a la familia en la intervención resulta de vital importancia.

En la intervención con niños/as y adolescentes la inclusión de la familia en el propio tratamiento como coterapeutas resulta clave, e imprescindible en muchos casos, potenciando los efectos terapéuticos así como la generalización y mantenimiento de los mismos a largo plazo. El trabajo con familias permite además la posibilidad de interrumpir la transmisión generacional de patrones de funcionamiento disfuncionales y favorecer el desarrollo de otros más adaptativos con el consiguiente impacto preventivo en generaciones futuras. Por ejemplo, ofreciendo a las familias modelos de parentalidad positiva que tal vez en su infancia no tuvieron. Por último,

ofrecer apoyo y atención a las familias es imprescindible. Como se ha mencionado anteriormente, el malestar en uno de los miembros genera un impacto en todo el sistema, y de forma particular en los cuidadores principales. Es importante poner el foco en la red de cuidados y en potenciar los recursos propios de la familia y su resiliencia.

### **Diagnósticos: ¿una ayuda o un problema durante esta etapa?**

Los diagnósticos clínicos han sido objeto de intensos debates en las últimas décadas en todo el campo de la salud mental. En su origen, se pensó que se podría equiparar los trastornos mentales al resto de enfermedades médicas y toda la salud mental se ha ido construyendo dentro de un sistema que necesita los diagnósticos para su organización, como por ejemplo, en la gestión sanitaria, el sistema de concesión de incapacidades, los seguros médicos, etc. Todos estos sistemas se tendrían que repensar, y mucho, si los diagnósticos clínicos desaparecieran tal como los entendemos ahora.

Pero más que desaparecer parece que las categorías diagnósticas que se han incluido en el DSM-5 no han parado de aumentar (APA, 2013). Estas categorías, sin embargo, muchas veces se solapan entre ellas, aumentando la comorbilidad entre los diferentes diagnósticos y muchas veces tampoco representan una guía para el tratamiento (Brown et al., 1992).

Ante estas carencias que presentan los sistemas categoriales, se han propuesto múltiples alternativas, como han sido, por ejemplo, el enfoque transdiagnóstico (Barlow et al., 2004) o el marco de poder, amenaza y significado (Johnstone, L. y Boyle, M., 2018). Estas alternativas nacen como propuestas que intentan paliar las limitaciones del sistema categorial de diagnósticos.

En la infancia y la adolescencia los diagnósticos pueden ser un tema aún más complejo por varias razones:

En primer lugar, las clasificaciones diagnósticas están basadas en la psicopatología adulta fundamentalmente. Aunque hay algunos

diagnósticos que sí son propios de la infancia y la adolescencia, por ejemplo, los trastornos del neurodesarrollo, en muchos otros casos los síntomas propuestos son adaptaciones de aquellos que se han visto en los adultos y no se detalla como la expresión del malestar puede ser muy diferente en las diferentes etapas evolutivas. En este sentido, ha habido algunos intentos de desarrollar clasificaciones alternativas como por ejemplo los factores internalizantes/externalizantes (Achenbach, 1966), más en consonancia con los sistemas transdiagnósticos y dimensionales. En esta misma línea, se ha comenzado a hablar cada vez más de los “espectros”, como el espectro autista o el espectro psicótico, que permiten abarcar una mayor variedad de sintomatología y grados de gravedad y, sobre todo, que dejan más abierta la evolución y el pronóstico de los problemas que puedan presentar niños/as y adolescentes.

Además, durante la etapa de la adolescencia, una de las tareas más importantes que tienen las personas es tratar de definir su identidad. Sería interesante reflexionar sobre cómo puede afectar un diagnóstico de salud mental en esta etapa, ya que puede llegar a ser un constructo sobre el que basar todos los aspectos de la identidad, tanto para los/as adolescentes como también para las familias. Esta sobreidentificación con los diagnósticos clínicos puede llegar a paralizar esta tarea fundamental en esta etapa evolutiva (“soy un asperger, soy un TLP”) e impedir desarrollar otros aspectos de la identidad no asociados a los problemas de salud mental y más saludables.

Los modelos contextuales y de formulación de caso pueden darnos alternativas que nos ayuden a solucionar todos estos problemas. Así, como se explica en Pérez-Álvarez y Fonseca-Pedrero (2021) la condición patógena ya no se ve como algo “dentro” del niño/a o adolescente, sino que sitúa el problema en el contexto que el niño/a mantiene con los demás y consigo mismo de acuerdo a su historia y circunstancias actuales.

Esta formulación del caso es importante realizarla en colaboración estrecha con la familia y el propio niño/a o adolescente para que pueda entender qué le está ocurriendo y poder buscar una solución de forma conjunta en la que tenga

una participación activa en su proceso psicoterapéutico.

### **La influencia de los eventos adversos**

Los eventos adversos en la infancia, o ACEs por sus siglas en inglés (Adverse Childhood Experiences), son eventos estresantes o potencialmente traumáticos que los niño/as y adolescentes experimentan antes de los 18 años (Felitti et al., 1998). Numerosos estudios han demostrado que los ACEs tales como el abuso, la negligencia y la disfunción familiar, son muy prevalentes y se asocian de manera dosis-dependiente a una peor salud física y mental (Gilgoff et al., 2020). Los estudios internacionales indican que entre la mitad y dos tercios de los jóvenes menores de 16 años habrán experimentado algún evento traumático en sus vidas (Copeland et al., 2007; McLaughlin et al., 2013).

El impacto negativo de los eventos adversos durante la infancia en la salud ha sido estudiado desde hace décadas como veremos a continuación. Uno de los estudios pioneros en ponerlo de manifiesto fue *The Adverse Childhood Experiences Study* (Felitti et al., 1998), que permitió constatar además el efecto acumulativo del trauma. Más recientemente, se han realizado metaanálisis que permiten reafirmar la asociación de los ACEs con algunas de las principales enfermedades de nuestro tiempo como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares, autoinmunes, diabetes, obesidad, entre otras (Gilbert et al., 2009). Este impacto negativo de los eventos adversos durante la infancia en la salud física se observa incluso ya en la población pediátrica (Lee et al., 2018).

En salud mental la influencia negativa de estos ACEs es incuestionable si atendemos a la evidencia científica disponible. La investigación pone de manifiesto una fuerte asociación con los trastornos mentales principales como la depresión, el trastorno de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, autolesiones, entre otros (Huges et al., 2017; Kalmakis y Chandler, 2015). La presencia de eventos traumáticos sabemos que es nuclear en el trastorno de estrés postraumático y

trastornos relacionados. En personas diagnosticadas con trastorno límite de personalidad por ejemplo se encuentran tasas de más del 70% de eventos traumáticos durante la infancia (Porter et al., 2020). Se ha relacionado también de forma consistente con el riesgo aumentado de psicosis, hasta 4 veces mayor (Loewy et al., 2019). Incluso se ha considerado el trauma infantil como un índice de riesgo de la conducta suicida y autolesiva (Zatti et al., 2017). A su vez, los estudios demuestran que la presencia de ACEs se relacionan con una mayor gravedad del trastorno, un peor pronóstico y peor respuesta al tratamiento en trastornos de la conducta alimentaria, especialmente en anorexia nerviosa, trastornos por uso de sustancias, trastorno obsesivo compulsivo, por nombrar tan solo algunos ejemplos (Cassoli et al., 2022; Destrée et al., 2021; Mergler et al., 2018). En la infancia y adolescencia este impacto de los eventos adversos en salud mental es visible incluso desde edades tempranas y muchas veces se ven enmascarados por otros síntomas y diagnósticos, un ejemplo de ello lo constituyen las alteraciones conductuales, los déficits atencionales o la desregulación emocional (Aguado-García et al., 2021).

La exposición a eventos adversos a edades tempranas, especialmente durante periodos sensibles del desarrollo del niño/a o adolescente, puede producir alteraciones duraderas más o menos permanentes en cuerpo y cerebro (Gilgoff et al., 2020). La investigación sugiere que, aunque influido por la variabilidad genética y los factores protectores, los ACEs actúan alterando la respuesta adaptativa al estrés en lo que se conoce como estrés tóxico (Bucci, Silverio, y Burke, 2016). La respuesta de estrés tóxico se caracteriza por una desregulación crónica de los sistemas neuroendocrino e inmunitario, vía el eje hipotálamo-pituitario (HPA), que conduce a alteraciones multisistémicas que sientan las bases para los problemas de salud a largo plazo arriba mencionados. En este sentido, se han demostrado cambios cerebrales tanto anatómicos como funcionales a largo plazo derivados de esta exposición prolongada. En líneas generales, sabemos que se produce una hiperactivación de la amígdala y regiones límbicas, así como una hipoactivación del



prefrontal. Se ha observado además una reducción de la conectividad entre ambas regiones, áreas básicas para la regulación emocional (Hart et al., 2018).

Este efecto está directamente relacionado con la gravedad, frecuencia y exposición prolongada a los propios eventos adversos. No obstante, cabe tener en cuenta también que el impacto de los mismos está mediatizado tanto por la variabilidad genética como por los factores protectores, especialmente el apoyo de una figura cuidadora que es capaz de amortiguar los efectos negativos del estrés tóxico (Bucci et al., 2016). En este punto es importante hablar también de los procesos de resiliencia que permiten afrontar los acontecimientos manteniendo y potenciando los propios recursos hasta el punto de producir un fortalecimiento personal y reorganización positiva de la propia historia biográfica (Sisto, et al., 2019). Teniendo en cuenta todo esto, se torna esencial poner la mirada en la potenciación de recursos y factores protectores en el entorno inmediato del niño/a y adolescente, siendo el contexto familiar, escolar y comunitario centrales en este punto.

La prevención y detección temprana constituyen elementos imprescindibles y prioritarios que cabe implementar a nivel comunitario, especialmente relevante en centros educativos y centros de atención primaria. En este contexto, es importante que se incluyan actuaciones en promoción de la salud que sean a su vez sensibles al impacto de las condiciones socioeconómicas y culturales en salud mental. Invertir en una detección temprana que permita realizar un primer abordaje con perspectiva de trauma tiene el potencial de reducir e incluso eliminar el efecto negativo de los eventos adversos en la salud en general, y en salud mental en particular. En este punto, cabe mencionar iniciativas como el TIC (Trauma Informed Care) o cuidado informado sobre el trauma (SAMHSA, 2012), un enfoque o marco de trabajo basado en la comprensión del impacto del trauma, el cual hace hincapié en la seguridad física, psicológica y emocional tanto del proveedor de servicios como del usuario y crea oportunidades de recuperación y un sentido de

control y fortalecimiento (Hopper, Bassuk, y Olivet, 2010).

Por último, no podemos acabar este apartado sin antes dedicar un espacio al tratamiento psicológico especializado. En la actualidad disponemos de tratamientos psicológicos de probada eficacia para el abordaje del trauma con altas tasas de remisión clínica y recuperación funcional dentro del primer año de tratamiento. Entre estos tratamientos específicos encontramos por ejemplo el Trauma Focused CBT para niño/as y adolescentes considerado uno de los tratamientos de elección para el trastorno de estrés postraumático y trastornos relacionados en esta población (Cohen, Mannarino, y Deblinger, 2017). Otro abordaje de elección de acuerdo a las guías clínicas internacionales lo constituye por ejemplo la terapia EMDR para niño/as y adolescentes (Gomez, 2016). Es importante tener en cuenta que se requieren unas condiciones óptimas para que estos tratamientos sean todo lo eficaces, efectivos y eficientes que pueden ser. En este sentido, aspectos como la dosis y la temporalidad de la intervención pueden marcar la diferencia en el pronóstico del niño/a o adolescente. Imprescindible también la formación especializada del profesional que incluya conocimientos específicos desde la perspectiva del trauma. Finalmente, la accesibilidad a estos tratamientos especializados, especialmente en colectivos en situación de vulnerabilidad, es vital para la prevención de trastornos mentales en etapas posteriores y reducir la cronificación de los mismos.

### **Tratamientos: ¿una copia de las intervenciones en adultos?**

La intervención psicoterapéutica en la etapa infantil y juvenil requiere actitudes y aptitudes específicas tanto en el enfoque como en la técnica. Precisa una especialización flexible y creativa, y no una mera transposición mecánica de los métodos aplicados a la clínica general, en cuanto a formas de abordaje, objetivos y estrategias de intervención (de Jongh, 2017).

En relación con el enfoque, es necesario que sea holístico e incluya al niño/a o adolescente y a su contexto de relación más cotidiano y

significativo, como es la familia y la escuela, incorporando el análisis de las distintas demandas y presiones complejas a la hora de trazar y pactar objetivos de intervención. El acceso a la intervención psicológica está mediatizado frecuentemente por la familia (de Jongh, 2017), y otros agentes (escuela, pediatría), aportando complejidad a la definición del problema que, en ocasiones, da más relevancia a la conducta infantil y otras veces a las percepciones, valoraciones y expectativas del entorno, desde su marco sociocultural de referencia, y obliga en cualquier caso a plantear objetivos de intervención contextual.

Las intervenciones deberán tener en cuenta además la visión y posibles demandas (frecuentemente no explícitas) del niño/a y adolescente, y ser sensibles a las etapas y proceso evolutivo en que se encuentra.

Como capacidades transversales, además, es preciso que los futuros especialistas conozcan, estén actualizados y tengan reflexión ética, en el marco legal y las políticas sobre derechos y protección de la infancia, responsabilidades parentales, y específicamente, en ámbitos tan diferentes como el consentimiento informado y la protección de datos, ámbito educativo, detección del maltrato, la atención psicológica a menores con padres separados o en situaciones de enfermedades médicas crónicas complejas que requieren hospitalización o cuidados paliativos (Cuéllar-Flores et al., 2022). Así como conocer los tratamientos psicofarmacológicos en niños y adolescentes, sus indicaciones y contraindicaciones (Cuéllar-Flores et al., 2022)

Conlleva además contar con un arsenal de técnicas, métodos e instrumentos acordes a estas etapas, poseer habilidades para comunicarse y motivarlos, saber manejar la, a veces, compleja relación paciente / entorno cuidador / terapeuta (de Jongh, 2017), y las propias emociones del terapeuta en el trabajo personal para el ejercicio de su rol (Cuéllar-Flores et al., 2022).

A pesar de que la edad de incidencia del 70% de los trastornos mentales en su conjunto es inferior a los 25 años, sigue siendo escasa, aunque haya ganado influencia en los últimos

años, la investigación y desarrollo de programas en promoción y prevención en salud mental infantil y juvenil (Tortella-Feliu et al., 2016). Por este motivo, en estas etapas cobra una especial relevancia que las intervenciones incorporen de manera esencial estos niveles de intervención, y para ello se superen los enfoques excesivamente centrados en los síntomas, fomentando el trabajo sobre factores de protección, riesgo y capacidad adaptativa. En este aspecto, cobra sentido preparar a los futuros especialistas en la intervención desde el periodo perinatal por su valor preventivo de la psicopatología infantil, promoviendo el buen curso de factores importantes para el desarrollo como es el apego. Importante también en este ámbito mencionar los programas que buscan transformar las relaciones de género, promoviendo que sean más equitativas, con resultados alentadores en el objetivo de lograr resultados positivos en salud y bienestar entre personas de 0 a 24 años que viven en cualquier parte del mundo (Levy et al., 2020).

Otro de los principales retos de futuro de las redes asistenciales es, así mismo, integrar de una manera más efectiva las intervenciones realizadas desde la atención temprana y los servicios de salud mental infantil y juvenil, generalizando y ampliando para ello el uso de proyectos compartidos, multidisciplinarios e interdepartamentales y de unidades funcionales en torno a distintos procesos de salud mental, colocando definitivamente a la persona total y su contexto en el centro de la intervención.

No hay que olvidar que los modelos psicopatológicos son el trasfondo teórico y conceptual de las intervenciones psicológicas (Tortella-Feliu et al., 2016). Desde este análisis, las intervenciones han de estar guiadas por formulaciones clínicas que adapten las intervenciones a la persona y a su contexto.

Es así mismo muy recomendable capacitar a los futuros especialistas, y contribuir desde la especialidad en la reflexión sobre la tendencia cultural a patologizar las emociones, y sobre la necesidad de paliar la sobremedicalización del malestar reactivo. También profundizar en el análisis de cómo las carencias sociales, como son la pobreza, el aislamiento, la soledad, la ausencia

de una supervisión adecuada, la pérdida de estructuración de hábitos, rutinas y normas, desorganizan la conducta y el desarrollo infantil en contextos sociales con condiciones socioeconómicas que difícilmente pueden proveer de un buen trato a la infancia. En este punto es fundamental en la planificación de intervenciones considerar la creciente evidencia sobre cómo las condiciones sociales y económicas tienen una influencia directa en la prevalencia y severidad de los trastornos mentales a lo largo de la vida desde las primeras etapas (Lund et al., 2018). El conocimiento reflexivo sobre el impacto de estos factores permitirá integrar objetivos psicoterapéuticos en el marco más global de una intervención intersectorial sociofamiliar.

Este enfoque global conlleva tener formación en herramientas metodológicas y técnicas variadas como son la terapia familiar, el trabajo por proyectos de intervención interdisciplinarios e intersectoriales, trabajo con narrativas, técnicas de trabajo con el cuerpo, la expresión gráfica y el juego, entre otros. Las técnicas e instrumentos han de ser accesibles al lenguaje infantil y juvenil, resultando, a su vez, lo más natural y cercano posible a sus intereses (de Jongh, 2017).

Por otra parte, es fundamental que las intervenciones realizadas estén basadas en la evidencia científica, y para ello es necesario seguir avanzado en la investigación, integrada en el ámbito asistencial, de los factores que explican la eficacia de los tratamientos psicológicos y en diseñar, desarrollar y someter a prueba nuevas formas de intervención y formato de administración de esos tratamientos, escalonada en distintos grados de intensidad, y adaptados a cada situación, con el fin de incrementar su eficacia, su efectividad, su eficiencia y su accesibilidad (Tortella-Feliu et al., 2016). Queda por desarrollar el potencial de nuevas metodologías prometedoras, como las intervenciones en formatos digitales, que arrojan en los últimos años evidencias dispares en el tratamiento de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia (Hollis et al., 2017).

## **Conclusiones**

“Lucas es un niño de 10 años que entra en una sala de espera acompañado de sus padres. Hace dos meses sus padres empezaron a verlo más triste e irritable y le costaba dormir solo y descubrieron que estaba sufriendo una situación de acoso escolar. Hablaron con el colegio y se puso fin a la situación, sin embargo, Lucas sigue presentando estos síntomas y los padres lo comentaron con el pediatra. Éste habló con el psicólogo clínico que acude a atención primaria de forma regular y decidieron entre los dos que merecía la pena hacer una primera entrevista. En dos semanas le dieron la primera visita. El pediatra ha orientado a los padres de Lucas sobre cómo explicarle a Lucas y él ya sabe a qué viene. Aun así, está un poco nervioso. Cuando entra en la sala de espera, se encuentra un lugar iluminado y con colores alegres, hay varios libros y juguetes adaptados a su edad en un rincón y en seguida encuentra algo con lo que entretenerse.

Después de unos 10 minutos, viene una psicóloga clínica sonriente y le pregunta por lo que ha estado haciendo. Le explica que ahora van a pasar a un despacho con sus padres. Lucas y sus padres vuelven a ponerse un poco nerviosos porque no saben cómo será la entrevista, pero enseguida se ponen a hablar con la profesional sobre lo que han hecho durante el finde y se ríen juntos con una anécdota que cuenta Lucas. Posteriormente, la psicóloga clínica les empieza a preguntar por la razón por la que están allí. Lucas se va relajando porque parece que esta profesional entiende lo que es sufrir acoso escolar y lo que le está pasando a él. Los padres también se relajan porque no se sienten juzgados y ella les escucha atentamente.

Al final hablan de otras cosas, como de algunos problemas que ha habido en la familia últimamente o de la dificultad que tiene el padre de Lucas para consolarle cuando le ve triste porque con él no lo supieron hacer de pequeño. Con toda esa información, consiguen hacer un “mapa” sobre todo lo que ha influido en la tristeza de Lucas y cuáles serán los objetivos de venir a consulta y acuerdan que empezarán viniendo los padres para poder ayudar mejor a Lucas cuando tenga momentos “difíciles” en casa. La psicóloga clínica también se compromete a

hablar con el colegio para que ellos también sepan mejor cómo ayudarle.

Lucas se va un poco más animado porque piensa que allí le podrán ayudar a él y a sus padres. Se volverán a ver en dos semanas.”

Esta imagen ideal parece difícil de alcanzar en este momento, pero trata de ser inspiradora para mostrar lo que nos gustaría que fuera la psicología clínica infanto-juvenil en el sistema nacional de salud en un futuro próximo.

## Referencias

- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: a factor-analytic study. *Psychological Monographs: general and applied*, 80(7), 1.
- Aguado-Gracia, J., Mundo-Cid, P., Lopez-Seco, F., Acosta-García, S., Cortes-Ruiz, M. J., Vilella, E., y Masana-Marín, A. (2021). Lifetime victimization in children and adolescents with ADHD. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(5-6). <https://doi.org/10.1177/0886260518771680>
- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*.
- Barlow, D., Allen, L., y Choate, M. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35 (2), 205-230.
- Benito, R. (2023). Consecuencias del maltrato infantil para el neurodesarrollo y su impacto en el entorno escolar. *Journal of Neuroeducation* 20, 4(1), 7-20. <https://doi.org/10.1344/joned.v4i1.42378>
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de sistemas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Brown, T. A., y Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(6), 835.
- Bucci, M., Silverio, S., Oh, D., y Burke, N. (2016). Toxic stress in children and adolescents. *Advances in Pediatrics*, 63, 403-428. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.002>
- Bueno, S. B., (2020). Teoría del apego en la práctica clínica: revisión teórica y recomendaciones. *Revista de psicoterapia*, 31(116), 169-189.
- Cassoli, E., Rossi, E., D'Anna, G., Castellini, G. (2022). A 1-year follow-up study of the longitudinal interplay between emotion dysregulation and childhood trauma in the treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 55(1), 98-107. <https://doi.org/10.1002/eat.23647>
- Cohen, J., Mandarin, A., y Deblinger, E. (2017). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Copeland, W.E., Keeler, G., Angold, A., y Costello, E.J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577-84. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
- Cuéllar-Flores, I., Duro Martínez, J.C., Padilla Torres, D., Izquierdo Elizo, A., Martínez de Salazar Arboleas, A., López Soler, C., y Martínez Pérez, A. (2022). Psicología Clínica Infanto-Juvenil en el Sistema Nacional de Salud: datos, insuficiencias y horizontes para mejorar. *Clínica Contemporánea*, 13(2), e12. <https://doi.org/10.5093/cc2022a10>
- Cuéllar Flores, I., Elizo, A., Arboleas, A., Escudero, C. y Fournier, C. (2022). Especialidad sanitaria de psicología clínica de la infancia y la adolescencia: Una propuesta razonada. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 27. 141-155. <https://doi.org/10.5944/rppc.31633>
- Cuéllar-Flores, I., Izquierdo, A., y Padilla, D. (2019). Mapa sobre la Psicología Clínica Infanto-Juvenil. ¿Una nueva especialidad sanitaria? *Revista Clínica Contemporánea*, 10(e13), 1-10. <https://doi.org/10.5093/cc2019a10>
- De Jongh, O. (2017). Psicoterapia infantil: elementos distintivos y propuesta de intervención. *Alternativas en Psicología*. 37, 48-63. Recuperado el 4 de febrero de 2024 de <https://www.alternativas.me/attachments/article/145/04%20-%20Psicoterapia%20infantil.pdf>
- Destrée, L., Brierley, M.E., Albertella, L., Jobson, L., y Fontenelle, L. (2021). The effect of childhood trauma on the severity of obsessive-compulsive symptoms: a systematic review. *Journal Psychiatry Research*, 142, 345-360. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.08.017>
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-58. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

- Fernández-García, X. (2021). Situación de la psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y perspectivas de crecimiento. *Ansiedad y Estrés*, 27, 31-40.  
<https://doi.org/10.5093/anyes2021a5>
- Gilbert, R., Spatz, C., Browne, K., Ferguson, D., Webb, E., y Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68-81.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- Gilgoff, R., Singh, L., Koita, K., Gentile, B., y Silverio, S. (2020). Adverse childhood experiences, outcomes and interventions. *Pediatric Clinics of North America*, 67, 259-273.  
<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2019.12.001>
- Gómez, A. (2016). *Terapia EMDR y abordajes complementarios con niños: trauma complejo, apego y disociación*. España: Asociación EMDR España.
- Hart, H., Lim, L., Metha, M. A., Simmons, K., Mirza, A. H., y Rubia, K. (2018). Altered fear processing in adolescents with a history of severe childhood maltreatment: an fMRI study. *Psychological Medicine*, 48(7), 1092-1101.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291716003585>
- Hollis, C., Falconer, C. J., Martin, J. L., Whittington, C., Stockton, S., Glazebrook, C., y Davies, E. B. (2017). Annual Research Review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems - a systematic and meta-review. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 58(4), 474-503.  
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12663>
- Hopper, E. K., Bassuk, E. L., y Olivet, J. (2010). Shelter from the Storm: Trauma-Informed Care in Homelessness Services Settings. *The Open Health Services and Policy Journal*, 3, 80-100.  
<https://doi.org/10.2174/1874924001003010080>
- Hughes, K., Bellis, M.A., Hardcastle, K.A., (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2, e356-66.  
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- International Association for Youth Mental Health. (2011). Declaración Internacional sobre Salud Mental Juvenil.
- Johnstone, L. y Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. y Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. Leicester: British Psychological Society.
- Kalmakis, K.A., Chandler, G.E. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences: a systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(8), 457-65.  
<https://doi.org/10.1002/2327-6924.12215>
- Lauren Stentiford, George Koutsouris y Alexandra Allan (2023) Girls, mental health and academic achievement: a qualitative systematic review. *Educational Review*, 75:6, 1224-1254,  
<https://doi.org/10.1080/00131911.2021.2007052>
- Lee, D., Jerman, P., Silverio, S., Koita, K., Purewal, S., Burke, N., y Bucci, M. (2018). Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. *BMC Pediatrics*, 18(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12887-018-1037-7>
- Levy, J. K., Darmstadt, G. L., Ashby, C., Quandt, M., Halsey, E., Nagar, A., y Greene, M. E. (2020). Characteristics of successful programmes targeting gender inequality and restrictive gender norms for the health and wellbeing of children, adolescents, and young adults: a systematic review. *The Lancet. Global health*, 8(2), e225-e236.  
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30495-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30495-4)
- Linares, J.L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna*. Barcelona: Herder.
- Loewy, R., Corey, Amirfathi, F., Dabit, S., Fulford, D., Pearson, R., P.Y. Hua, J., Schlosser, D., Stuart, B. K., Mathalon D. H. y Vinogradov, S. (2019). Childhood trauma and clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 205, 10-14.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.05.003>
- López, C. G., Escudero, M. B., Montes, I. M. C., y Pérez, I. D. (2019). Análisis de las diferencias en la atención a la salud mental del niño y adolescente en España a través de los Planes Estratégicos de Salud Mental Autonómicos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 36(1), 20-30.
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., y Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 357-369.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)

- Mansilla, M. E. (2014). Etapas del desarrollo humano. *Revista de Investigación En Psicología*, 3(2), 105-116. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v3i2.4999>
- Matheson, S. L., Laurie, M., y Laurens, K. R. (2023). Substance use and psychotic-like experiences in young people: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 53(2), 305-319. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003440>
- McGorry, P. D., Mei, C., Chanen, A., Hodges, C., Alvarez-Jimenez, M., y Killackey, E. (2022). Designing and scaling up integrated youth mental health care. *World Psychiatry*, 21(1), 61-76.
- McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., y Kessler, R. C. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 52(8):815-30 e14. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.011>
- Mergler, M., Driessen, M., Havemann-Reinecke, U., Wedekind, D., Lüdecke, C., Ohlmeier, M., Chodzins C., Teunißen, S., Weirich, S., Kemper, U., Renner, W., Scäfer, I. (2018). Differential relationships of PTSD and childhood trauma with the course of substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 93, 57-63. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.07.010>
- Minuchin, S. (1982). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Informe sobre la Salud en el Mundo. Ginebra, Suiza.
- Pérez-Álvarez, M. y Fonseca Pedrero, E., (2021). Para repensar los problemas psicológicos de la infancia y adolescencia: hacia un enfoque contextual. En Fonseca-Pedrero, E. *Manual de tratamientos psicológicos: infancia y adolescencia*. Ediciones Pirámide.
- Pérez, I., Arias, P., Sánchez, Y. y de la Torre, A. (2023). *Evolución del suicidio en España en población infantojuvenil (2000-2021)*. CIBERSAM.
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, Mansell, W., Warwick, H., y Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6-20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
- Siegel, D. J. (2017). *Guía de bolsillo de neurobiología interpersonal: un manual integrativo de la mente*. Eleftheria.
- Sisto, A., Vicinanza, F., Leondina, L., Ricci, G., Tartaglini, D., y Tambone, V. (2019). Towards a transversal definition of psychological resilience: a literature review. *Medicina*, 55(745). <https://doi.org/10.3390/medicina55110745>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *SAMHSA's working definition of trauma and principles and guidance for a Trauma-Informed Approach*.
- Swider-Cios, E., Vermeij, A., y Sitskoorn, M. M. (2023). Young children and screen-based media: The impact on cognitive and socioemotional development and the importance of parental mediation. *Cognitive Development*, 66, Art. no. 101319. <https://doi.org/10.1016/j.cogdev.2023.101319>
- Tortella-Feliu, M., Vázquez, C., Valiente, C., Quero, S., Soler, J., Montorio, I., Jiménez-Murcia, S., Hervás, G., García-Palacios, A., García-Campayo, J., Fernández-Aranda, F., Botella, C., Barrantes, N. y Baños, Rosa. (2016). Retos en el desarrollo de intervenciones psicológicas y la práctica asistencial en salud mental. *Clínica y Salud*. 27. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.03.002>
- UNICEF. (2020). Salud mental e infancia en el escenario de la COVID-19. *Unicef España*.
- Vigotski, L. (1978). *Historia de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Científico-Técnica.
- Zatti, C., Rosa, V., Barros, A., Valdivia, L., Calegari, V. C., Freitas, L. H., Ceresér, K. M. M., Rocha, N. S. D., Bastos, A. G., y Schuch, F. B. (2017). Childhood trauma and suicide attempt: a meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Journal Psychiatry Research*, 256, 353-358. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.082>