



EDITORIAL

Xavier Méndez

Universidad de Murcia

En pro de la salud mental infanto-juvenil

Poniendo el foco en las adicciones

La celeberrima *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, reunida el 12 de septiembre de 1978 en Alma-Ata, la ciudad más populosa y cosmopolita de Kazajistán, situada en Asia Central, supuso un doble cambio en la concepción del binomio salud-enfermedad al reiterar firmemente en el punto I de la Declaración que la salud es el «estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (Organización Mundial de la Salud, 1984, p. 2). Por un lado enfatizó la importancia de la atención primaria; por otro, equiparó la salud mental y social a la salud física. La conferencia concluyó instando a los gobiernos y a las organizaciones internacionales, entre ellas UNICEF, a proteger y promover solidariamente la salud bio-psico-social de todos los ciudadanos del mundo. Desde entonces distintos organismos e instituciones nacionales e internacionales no han dejado de insistir en la necesidad de coordinación para prestar una adecuada atención a la salud mental de la población en general y de los menores en particular (Villamarín y Fernández-Hermida, 2021).

El 10 de octubre pasado se celebró el *Día Mundial de la Salud Mental*, impulsado por la Federación Mundial para la Salud Mental con el objetivo prioritario de fomentar y velar por la salud mental de las personas. No obstante, en nuestro país la jornada se focalizó en la infancia, la adolescencia y la juventud, colectivos cuya salud mental es más vulnerable y requiere de mayores esfuerzos, con el lema «Dale *like* a la Salud Mental: Por el derecho a crecer en bienestar» (Conferencia Salud Mental España, 2022).

Una mirada a la salud mental infanto-juvenil en España

A nivel mundial se estima que uno de cada cinco niños y adolescentes presentará al menos un trastorno mental a lo largo de su desarrollo (Méndez et al., 2022; Offord et al., 1987; United Nations International Children's Emergency Fund, 2019; Verhulst y Koot, 1992). La mayoría no tiene acceso al tratamiento, por citar dos de los trastornos más frecuentes, el 80% de los que sufren algún trastorno de ansiedad (Child Mind Institute, 2018) y/o depresivo (Essau, 2005). En el informe sobre la salud infanto-juvenil en Europa, la Organización Mundial de la Salud advierte que los problemas de salud mental son la primera causa de incapacidad (World Health Organization, 2018). Más del 70% de los trastornos mentales surge antes de los dieciocho años (Fundación Alicia Koplowitz, 2014) y se sabe que el inicio temprano es un indicador de peor pronóstico.

La tasa de los trastornos mentales es alta. En la Tabla 1 se ofrece la prevalencia de algunos de los más frecuentes y/o propios de edades tempranas, obtenida con muestras de tamaño considerable. Respecto de los trastornos del neurodesarrollo, la prevalencia del trastorno del espectro autista ha aumentado, presumiblemente por las mejoras introducidas en la detección y diagnóstico, desde 0,03-0,05% de los estudios de la década de los noventa del pasado siglo hasta 0,61-1,78% de los estudios más recientes (Morales y Canals, 2021), es decir, se ha multiplicado por más de treinta. En comparación la tasa del trastorno por déficit de atención con hiperactividad ha permanecido estable a lo largo de los años. En el estudio de la Comunidad Autónoma de Canarias con escolares de 1.º a 6.º de Educación Primaria la prevalencia fue 3,1% tipo inatento, 1,1% tipo hiperactivo/impulsivo y 0,7% tipo combinado (Jiménez et al. 2012). En otro estudio llevado a cabo en la provincia de Tarragona con preescolares, de cuatro y cinco años, y escolares, de diez y doce años, la prevalencia global fue 5,5% (Canals et al., 2021).

Con referencia a los trastornos interiorizados o emocionales, en el amplio estudio sobre depresión *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SEYLE), realizado en diez países de la Unión Europea e Israel, el rango de prevalencia fue desde 7,1% de Hungría a 19,4% de Israel; la prevalencia de España se correspondió con la mediana (Balazs et al., 2012). En el *Proyecto de Investigación Epidemiológica sobre Ansiedad y Depresión* los trastornos de ansiedad más y menos frecuentes fueron la fobia específica (16,2%) y la agorafobia y el trastorno de pánico (1,4%) respectivamente (Canals et al., 2019).

Tabla 1

Estudios epidemiológicos de nuestro país con población infantil y adolescente

Trastorno	Autores	Participantes			Prevalencia
		N	Edad	Género	
Depresión	Balazs et al. (2012)	12.395	14,8	55,1% M	8,6%
Ansiedad	Canals et al. (2019)	1.514	10,2	52,4% M	11,8%
TND	López-Villalobos et al. (2014)	1.049	10,9	51,6% H	5,6%
TC	Garaigordobil y Maganto (2016)	3.026	12-18 ^a	51,5% M	6,6%
TEA	Morales y Canals (2021)	781	4-5 ^a	-----	1,5%
TDAH	Canals et al. (2021)	1.779	10-11 ^a 4,7	50,1% M	3,0%
	Jiménez et al. (2012)	2.395	10,6	53,3% M	7,7%
			6-12 ^a	-----	4,9%
TCA	Álvarez-Malé et al. (2015)	1.342	15,0	54,8% M	4,1%

Nota. a: Rango de edad, en el resto edad media; TND: Trastorno negativista desafiante; TC: Trastorno de conducta; TEA: Trastorno del espectro autista; TDAH: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad; TCA: Trastornos de la conducta alimentaria; M: Mujeres; H: Hombres

Desafortunadamente la pandemia de la COVID-19 ha disparado las tasas de los trastornos interiorizados. De acuerdo con la encuesta del Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fundación FAD Juventud,

efectuado en junio y julio de 2021, la mitad o más de los adolescentes de 15 a 19 años, especialmente las chicas, presentaba síntomas depresivos: 61,3% sensación de estar triste, decaído, desesperanzado, 57,9% poco interés por hacer cosas, 56,0% problemas para concentrarse y 50,0% cansancio, falta de energía, apatía. Al 32,5% de los adolescentes le habían diagnosticado algún problema de salud mental, principalmente depresión 39,1% y trastornos de ansiedad 34,6%; el 12,3% experimentaba continuamente o con mucha frecuencia ideas de suicidio, más del doble que en 2019 (5,5%), antes de la pandemia (Sanmartín et al., 2022).

En cuanto a los trastornos exteriorizados o conductuales, el estudio llevado a cabo en la Comunidad de Castilla y León con estudiantes de primaria (59,9%) y secundaria (40,1%) la prevalencia se elevaba hasta el 7,4%, si no se tomaba en consideración el deterioro funcional (López-Villalobos et al., 2014). En el estudio de Garaigordóbil y Maganto (2016) con adolescentes del País Vasco el 16,6% mostraba un alto nivel de conducta antisocial: 10% presentaba perfil de alto riesgo y 6,6% perfil antisocial, definidos como la puntuación percentil 85-94 y 95-99 respectivamente, en el *Cuestionario de conductas antisociales-delictivas* (Seisdedos, 1995).

En relación a los trastornos de la conducta alimentaria Álvarez-Malé et al. (2015) encontraron en la primera fase del estudio que el 27,4% de la muestra estaba en riesgo de un trastorno de la conducta alimentaria. En la segunda fase del estudio con 538 adolescentes obtuvieron las siguientes tasas: 3,3% trastorno no especificado, 0,6% bulimia y 0,2% anorexia nerviosa.

Mención aparte merece la problemática escolar. De acuerdo con el Programa para la Evaluación Internacional de Estudiantes (PISA), el estudio trienal con estudiantes de 15 años que evalúa el grado que han adquirido de conocimientos clave y habilidades esenciales para la participación plena en la sociedad, los estudiantes españoles puntuaron por debajo de la media de los países de la OCDE en matemáticas y en ciencias (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2019). Según Eurostat (2021), España es el segundo país de la Unión Europea con la mayor tasa de abandono escolar temprano. En el citado año el 13,3% de los jóvenes españoles entre 18 y 24 años no había completado la Educación Secundaria Obligatoria, un porcentaje inferior solo al de Rumanía.

La problemática de las conductas adictivas

En la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2021, realizada en 2021, participaron 22.321 alumnos de ESO, de 14 a 18 años. Las drogas con una tasa de consumo superior al diez por ciento en los últimos treinta días, que valora el consumo reciente, fueron alcohol 53,6%, tabaco 23,9%, cánnabis 14,9% y tranquilizantes, sedantes y/o somníferos 11,1%. El porcentaje de chicas que había consumido fue superior en todas las drogas, excepto en cánnabis y el consumo crece notablemente de los catorce a los dieciocho años: de 34,1 a 72,8% el alcohol, de 13,0 a 36,9% el tabaco, de 6,2 a 25,2% el cánnabis y de 9,6 a 14% los tranquilizantes, sedantes y/o somníferos. Un dato preocupante son las intoxicaciones etílicas agudas en el último mes, que reproducen el patrón de resultados de las drogas más consumidas, es decir, mayor frecuencia de las chicas 25,6% que de los chicos 20,8% y de los adolescentes de dieciocho 35,5% que de los de catorce años 11,7% (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2022a).

A las adicciones tradicionales se han sumado las asociadas a la revolución tecnológica. De acuerdo con el Informe sobre adicciones comportamentales 2021, el 20,1% de los estudiantes de 14 a 18 años jugó dinero online y/o presencial en el último año, más los chicos 27,6% que las chicas 12,6% y más presencial 17,2% que online 9,4%. Las modalidades de juego presencial más comunes fueron loterías, primitiva y bonoloto 48,6%, rasca de la ONCE 40,7%, quiniela de fútbol y/o quinigel 32,5%, apuestas deportivas 31,0% y bingo 29,4%; y las de juego online fueron los videojuegos 54,3%, las apuestas deportivas 40,6% y los eSports o deportes electrónicos 34,4%. El 23,0% y el 18,2% de los que han jugado online y de manera presencial respectivamente tendrían un posible juego problemático. Por último, el 23,5% presenta un riesgo elevado de uso compulsivo de Internet, más las chicas 28,8% que los chicos 18,4% (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2022b).

Puesto que los recursos son limitados es fundamental aplicar terapias para la adicción a las drogas que hayan

probado ser eficaces. La Sociedad de Psicología Clínica Infantil y Adolescente (*Society of Clinical Child & Adolescent Psychology*, SCCAP), División 53 de la Asociación Americana de Psicología, clasifica la terapia en cinco niveles de eficacia. Los tratamientos de nivel 1 cuentan con el mayor respaldo de la investigación. Para alcanzar este estándar de calidad el tratamiento debe cumplir una serie de rigurosas exigencias metodológicas. Ante todo, disponer al menos de dos estudios científicos exhaustivos a gran escala que demuestren que el tratamiento en cuestión es más eficaz que otro tratamiento psicológico, farmacológico y/o placebo. Los tratamientos de nivel 1 deben ser contrastados por equipos independientes que trabajen en centros de investigación distintos, es decir, el tratamiento funciona bien según diferentes científicos, no sólo según los creadores de la terapia.

Como se observa en la Tabla 2 según las revisiones de la SCCAP disponemos de dos tratamientos de nivel 1 para el abuso de drogas de los adolescentes: la terapia cognitivo-conductual y la terapia familiar.

Tabla 2

Tratamientos bien establecidos y que funcionan bien para el abuso de drogas

Revisión	Período	N.º ECAs	Nivel 1
Waldron y Turner, 2008	1998-2007	17	TCC (G) TF (F, M)
Hogue et al., 2014	2007-2013	19	TCC (G, I) TF (E) ^a TCC + TMM TCC + TMM + TF (C)
Hogue et al., 2018	2014-2017	11	Ídem a Hogue et al., 2014

Nota. a: En la terapia familiar ecológica se incluye las modalidades de terapia familiar funcional y multidimensional. ECAs: Estudios controlados aleatorizados; TCC: Terapia cognitivo conductual (G: Grupal; I: Individual; F: Familiar); TF: Terapia familiar (F: Funcional; M: Multidimensional; E: Ecológica; C: Conductual); TMM: Terapia de mejora de la motivación.

Terapia cognitivo conductual

Es un tratamiento de eficacia probada en sus modalidades individual y grupal y aplicado solo o con la terapia de mejora de la motivación y con esta más la terapia familiar conductual. Uno de los protocolos más reconocidos es la Aproximación de Refuerzo Comunitario para Adolescentes (*Adolescent Community Reinforcement Approach*, A-CRA; Godley et al., 2001), del que existen varios ensayos controlados aleatorizados (Dennis et al., 2004; Godley et al., 2011; Henderson et al., 2016; Slesnick et al., 2007).

Esta intervención individual se basa en el modelo de sistemas socio-ecológicos de Bronfenbrenner (1979), que sostiene que el comportamiento depende de las demandas de sistemas sociales específicos. Los adolescentes se conducen de acuerdo con los entornos o ambientes que habitan, entre los que se incluyen los amigos, la familia, la escuela y el vecindario. De acuerdo con este planteamiento teórico hay dos formas de modificar el comportamiento desadaptado: 1) cambiar los entornos en los que el adolescente lleva a cabo sus actividades cotidianas y/o 2) cambiar la forma en que el adolescente responde a las influencias de un entorno particular. Así pues, A-CRA persigue, por un lado, alejar al adolescente de los entornos negativos, como vivir en la calle o relacionarse con compañeros que consumen drogas, e integrarlo en entornos que promuevan estilos de vida saludables y conductas sin riesgo; por otro, dotarle de habilidades para resistir a la presión del ambiente.

El tratamiento se desarrolla en sesiones semanales durante tres o cuatro meses, en las que se abordan las áreas problemáticas y se entrena una amplia gama de habilidades: sociales y de comunicación, de resolución de problemas, de reducción del estrés, de control de la ira, etc., mediante la práctica positiva, la representación de papeles y las tareas para casa, dirigidas a afianzar los aprendizajes y a promover la participación del adolescente en actividades de ocio provechosas. El programa incluye también sesiones con los padres y sesiones conjuntas padres-hijo, así como un componente de prevención de recaídas. Entre las medidas de seguimiento se contemplan las visitas domiciliarias o el ingreso en un centro de acogida para los adolescentes sin hogar.

En un estudio pionero en nuestro país con adolescentes consumidores de cánnabis, Fernández-Artamendi et al. (2014) consiguieron tasas de abstinencia de 68,8% con A-CRA y 75,5% con A-CRA combinado con manejo de contingencias.

El conflicto de consecuencias entre los efectos reforzadores inmediatos y el castigo demorado característico del consumo de drogas puede ser un obstáculo para la terapia, sobre todo si el adolescente es llevado a tratamiento por sus padres en contra de su voluntad. Por esta razón, resulta provechoso añadir un componente específicamente enfocado a aumentar la motivación y vencer la resistencia al tratamiento. La terapia de mejora de la motivación se centra en la comunicación verbal cliente-terapeuta haciendo hincapié en la empatía, la autoeficacia y el optimismo; los datos de investigación sugieren que la diálogo colaborativo centrado en el cambio puede aumentar la motivación interna y contribuir a la recuperación del joven (Hunter et al., 2012; Stanger et al., 2015). No obstante, esta terapia no es eficaz por sí sola, sino integrada en la terapia cognitivo-conductual, usualmente se programa un par de sesiones al principio del tratamiento; también se pueden incorporar sesiones de terapia familiar conductual dirigidas a mejorar las relaciones padres-hijo.

Terapia familiar

Esta forma de terapia considera los problemas psicológicos y su tratamiento en términos de las relaciones familiares. Las familias se consideran una unidad integrada e interconectada en la que el funcionamiento psicológico se ve influido por todos y cada uno de los miembros y la familia se percibe como un sistema completo. En la terapia familiar no existe un paciente identificado tradicionalmente, sino que la atención se centra en los patrones de relación y comunicación entre los miembros de la familia. En el caso de un adolescente que consuma drogas el terapeuta enmarca el problema dentro del contexto más amplio del sistema familiar, en vez de centrarse en los déficit del adolescente. El terapeuta evita culpar a ningún miembro de la familia y, en su lugar, ayuda a relacionarse de forma más saludable y a mejorar el funcionamiento familiar.

Los objetivos de la terapia familiar funcional son motivar al adolescente y a su familia para reducir los enfrentamientos en el hogar y desarrollar habilidades en los miembros de la familia para disminuir los comportamientos problemáticos, mediante el entrenamiento a padres para una crianza eficaz y el entrenamiento en habilidades de comunicación y resolución de conflictos. Esta modalidad de terapia familiar se ha mostrado eficaz para tratar la adicción a las drogas (Rohde et al., 2014; Slesnick y Prestopnik, 2009; Waldron et al., 2001)

Otra variante eficaz es la terapia familiar multidimensional (Dakof et al., 2015; Hendriks et al., 2011; Liddle et al. 2001, 2004, 2008; Ritger et al., 2013), que aborda variables individuales, familiares y ambientales. La lógica del tratamiento es que el consumo de drogas está influido por múltiples factores y el terapeuta debe mostrar respeto y compasión hacia el adolescente. Los jóvenes aprenden a enfrentarse a los problemas, a resolverlos y a tomar decisiones, y la familia a mejorar su funcionamiento.

Palabras finales

La pandemia de la COVID-19 ha concienciado a la sociedad de la importancia de la salud mental y, en particular, la de los menores de edad que son más vulnerables. El progreso en el campo de la terapia psicológica es constante: desarrollo de nuevos procedimientos terapéuticos, ensayos clínicos sobre la eficacia del tratamiento,

intervenciones transdiagnósticas para abordar la comorbilidad, etc. El crecimiento exponencial de la investigación hace que el corpus científico se vea continuamente enriquecido con nuevas aportaciones, razón por la que las guías sobre la terapia basada en los datos se renuevan periódicamente para no quedar desfasadas. Del mismo modo, el terapeuta infanto-juvenil tiene el reto y la obligación de la formación permanente, que le permita ofrecer a los menores y a sus familias los tratamientos para la adicción a las drogas más eficaces de los que se disponga en cada momento.

Referencias

- Álvarez-Malé, M. L., Bautista, I. y Serra, L. (2015). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31 2283-2288. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.8583>
- Balazs, J., Miklósi, M., Keresztény, A., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Haring, C., Kahn, J. P., Postuvan, V., Resch, F., Varnik, A., Sarchiapone, M., Hoven, C., Wasserman, C., Carli, V. y Wasserman, D. (2012). P-259 – Prevalence of adolescent depression in Europe. *European Psychiatry*, 27(S1), 1-1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)74426-7](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74426-7)
- Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American Psychologist*, 34, 844–850. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.844>
- Canals, J., Morales, P., Roigé, J., Voltas, N. y Hernandez, C. (2021). Prevalence and epidemiological characteristics of ADHD in pre-school and school age children in the province of Tarragona, Spain. *Journal of Attention Disorders*, 25, 1818-1833. <https://doi.org/10.1177/1087054720938866>
- Canals, J., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Cosi, S. y Arija, V. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 131-143. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1207-z>
- Child Mind Institute (2018). *Understanding anxiety in children and teens: 2018 Children's Mental Health Report*. https://childmind.org/wp-content/uploads/2021/09/CMI_2018CMHR.pdf
- Conferencia Salud Mental España. (2022). *Día Mundial de la Salud Mental: Qué hacemos*. <https://consaludmental.org/dia-mundial-de-la-salud-mental/dia-mundial-de-la-salud-mental-2022/>
- Dakof, G. A., Henderson, C. E., Rowe, C. L., Boustani, M., Greenbaum, P. E., Wang, W., Hawes, S., Linares, C. y Liddle, H. A. (2015). A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court. *Journal of Family Psychology*, 29, 232-241. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/fam0000053>
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J. C., Kaminer, Y., Webb, C. Hamilton, N. y Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 197-213. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2003.09.005>
- Essau, C. A. (2005). Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depression & Anxiety*, 22, 130–137. <https://doi.org/10.1002/da.20115>
- Eurostat (2021). Early leavers from education and training. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Early_leavers_from_education_and_training
- Ezpeleta, L., de la Osa, N. y Doménech, J. M. (2014). Prevalence of DSM-IV disorders, comorbidity and impairment

in 3-year-old Spanish preschoolers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 145-155. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s00127-013-0683-1>

Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Godley, M. D. y Secades-Villa, R. (2014). Evidence-based treatments for adolescents with cannabis use disorders in the Spanish Public Health System. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 186-194. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.04.001>

Fundación Alicia Koplowitz (2014). *Libro blanco de la psiquiatría del niño y el adolescente*. Autor.

Garaigordobil, M. y Maganto, C. (2016). Conducta antisocial en adolescentes y jóvenes: Prevalencia en el País Vasco y diferencias en función de variables socio-demográficas. *Acción Psicológica*, 13(2), 57-68. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.17826>

Godley, S. H., Hedges, K. y Hunter, B. (2011). Gender and racial differences in treatment process and outcome among participants in the Adolescent Community Reinforcement Approach. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25, 143–154. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0022179>

Godley, S. H., Meyers, R. J., Smith, J. E., Karvinen, T., Titus, J. C., Godley, M. D., Dent, G., Passetti, L. y Kelberg, P. (2001). *The Adolescent Community Reinforcement Approach for adolescent cannabis users: Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 4*. U. S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.

Henderson, C. E., Wevodau, A. L., Henderson, S. E., Colbourn, S. L., Gharagozloo, L., North, L. W. y Lotts, V. A. (2016). An independent replication of the Adolescent-Community Reinforcement Approach with justice-involved youth. *The American Journal on Addictions*, 25, 233-240. <https://doi.org/10.1111/ajad.12366>

Hendriks, V., van der Schee, E. y Blanken, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*, 119, 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.05.021>

Hogue, A., Henderson, C. E., Becker, S. J. y Knight, D. K. (2018). Evidence base on outpatient behavioral treatments for adolescent substance use, 2014–2017: Outcomes, treatment delivery, and promising horizons. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 47, 499-526. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1466307>

Hogue, A., Henderson, C. E., Ozechowski, T. J. y Robbins, M. S. (2014). Evidence base on outpatient behavioral treatments for adolescent substance use: Updates and recommendations 2007–2013. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43, 695-720. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.915550>

Hunter, S. B., Ramchand, R., Griffin, B. A., Suttorp, M. J., McCaffrey, D. y Morral, A. (2012). The effectiveness of community-based delivery of an evidence-based treatment for adolescent substance use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43, 211-220. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.11.003>

Jiménez, J. E., Rodríguez, C., Camacho, J., Afonso, M. y Artilles, C. (2012). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en población escolar de la Comunidad Autónoma de Canarias. *European Journal of Education and Psychology*, 5, 13-26. <https://doi.org/10.30552/ejep.v5i1.77>

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K. Y Tejada, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 651–688. <https://doi.org/10.1081/ADA-100107661>

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E. y Greenbaum, P. E. (2008). Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitivebehavior therapy. *Addiction*, 103, 1660–1670. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02274.x>

Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A. y Henderson, C. E. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36, 49–63. <https://doi.org/10.1080/02791072.2004.10399723>

López-Villalobos, J. A., Andrés, J. M., Rodríguez-Molinero, L., Garrido, M., Sacristán, A. M., Martínez- Rivera, M. T., Alberola, M. I. y Sánchez-Azón, M. I. (2014). Prevalencia del trastorno negativista desafiante en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7, 80-87. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.07.002>

Méndez, F. X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (2022). Tratamiento psicológico para niños y adolescentes: Luces y sombras. En M. Orgilés, F. X. Méndez y J. P. Espada (Eds.), *Tratamiento paso a paso de los problemas psicológicos en la infancia y adolescencia* (pp. 29-49). Pirámide.

Morales, P. y Canals, J. (2021). Trastornos del espectro del autismo. En J. R. Fernández-Hermida y S. Villamarín (Eds.) *Libro blanco de la salud mental infanto-juvenil: Volumen 1* (pp. 149-161). Consejo General de la Psicología de España.

Morales, P., Voltas, N. y Canals, J. (2021). Autism spectrum disorder prevalence and associated sociodemographic factors in the school population: EPINED study. *Autism*, 25, 1999-2011. <https://doi.org/10.1177/13623613211007717>

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2022a). *Estadísticas 2022: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2022OEDA-ESTADISTICAS.pdf>

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2022b). *Informe sobre Adicciones Comportamentales 2021: Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y otras adicciones en España EDADES y ESTUDES*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2021_Informe_adicciones_comportamentales.pdf

Offord, D. R., Boyle, M. H., Szatmari, P., Rae-Grant, N. I., Links, P. S., Cadman, D. T., Byles, J. A., Crawford, J. W., Blum, H. M., Byrne, C., Thomas, H. y Woodward, C. A. (1987). Ontario Child Health Study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44, 832-836. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1001/archpsyc.1987.01800210084013>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2019). Programa para la evaluación internacional de estudiantes (PISA): Resultados de PISA 2018. https://www.oecd.org/pisa/publications/PISA2018_CN_esp_ESP.pdf

Organización Mundial de la Salud (1984). *Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud* (3.ª reimpresión). Autor.

Rigter, H., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossman, P., Phan, O., Hendriks, V., Schaub, M. y Rowe, C. L. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 130, 85–93. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.10.013>

Rohde, P., Waldron, H. B., Turner, C. W., Brody, J. y Jorgensen, J. (2014). Sequenced versus coordinated treatment for adolescents with comorbid depressive and substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 342-348. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0035808>

Rojo-Moreno, L., Arribas, P., Plumed, J., Gimeno, N., García-Blanco, A., Vaz-Leal, F., Vila, M. L. y Livianos, L. (2015). Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. *Psychiatry Research*, 227, 52-57. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.015>

Sanmartín, A., Ballesteros, J. C., Calderón, D. y Kuric, S. (2022). *Barómetro Juvenil 2021. Salud y bienestar: Informe Sintético de Resultados*. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fundación FAD Juventud. <http://10.5281/zenodo.6340841>

Seisdedos, N. (1995). *AD. Cuestionario de conductas antisociales-delictivas*. TEA.

Slesnick, N. y Prestopnik, J. L. (2009). Comparison of family therapy outcome with alcohol-abusing, runaway adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35, 255-277. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00121.x>

Slesnick, N., Prestopnik, J. L., Meyers, R. J. y Glassman, M. (2007). Treatment outcome for street-living, homeless youth. *Addictive Behaviors*, 32, 1237-1251. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.08.010>

Stanger, C., Ryan, S. R., Scherer, E. A., Norton, G. E. y Budney, A. J. (2015). Clinic-and home-based contingency management plus parent training for adolescent cannabis use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54, 445-453. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.02.009>

United Nations International Children's Emergency Fund (2019). *Increase in child and adolescent mental disorders spurs new push for action by UNICEF and WHO*. <https://www.unicef.org/press-releases/increase-child-and-adolescent-mental-disorders-spurs-new-push-action-unicef-and-who>

Verhulst, F. C. y Koot, H. M. (1992). *Child psychiatric epidemiology: Concepts, methods, and findings*. Sage.

Villamarín, S. y Fernández-Hermida, J. R. (2021). Introducción. En J. R. Fernández-Hermida y S. Villamarín (Eds.) *Libro blanco de la salud mental infanto-juvenil: Volumen 1* (pp. 3-17). Consejo General de la Psicología de España.

Waldron, H. B., Slesnick, N., Brody, J. L., Turner, C. W. y Peterson, T. R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 802-813. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.69.5.802>

Waldron, H. B., y Turner, C. W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 238-261. <https://doi.org/10.1080/15374410701820133>

World Health Organization (2018). *Situation of child and adolescent health in Europe*. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/situation-of-child-and-adolescent-health-in-europe-2018>