

Hacia la creación de la especialidad sanitaria de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia

Towards the creation of the health qualification of Clinical Child and Adolescent Psychology

JOSÉ L. BENÍTEZ ORTEGA^a, MARGARITA RIQUELME VIÑAS^b, NOELIA OLIVENCIA VARÓN^c, ÁNGEL G. LÓPEZ PÉREZ-DÍAZ^d, ALMA MARTÍNEZ DE SALAZAR ARBOLEAS^e

a) Facultativo Especialista de Área de Psicología Clínica en Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. Servicio Andaluz de Salud.

b) Facultativa Especialista de Área de Psicología Clínica en Hospital Universitario de Jaén. Servicio Andaluz de Salud.

c) Facultativa Especialista de Área de Psicología Clínica en Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén. Servicio Andaluz de Salud.

d) Facultativo Especialista de Área de Psicología Clínica en Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. Servicio Andaluz de Salud.

e) Facultativa Especialista de Área de Psicología Clínica en HU Torrecárdenas, Almería. Servicio Andaluz de Salud.

Correspondencia: José L. Benítez Ortega (josel.benitez.ortega.sspa@juntadeandalucia.es)

Recibido: 18/01/2022; aceptado con modificaciones: 12/05/2022

Resumen: En España aún no existe un título oficial de especialista sanitario en *Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia*, sin embargo, son muchos los argumentos que evidencian la necesidad de su creación. Entre los principales están la urgente necesidad de mejorar la calidad de la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia; el

hecho de que esta especialidad sanitaria ya existe como rama científica diferenciada y consolidada; la necesidad de un programa de formación reglada propio para esta área de la psicología clínica, dada la especificidad y extensión de los conocimientos científicos y competencias profesionales necesarios para su ejercicio; o que la Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia ya existe *de facto* como especialidad sanitaria diferenciada en algunos sistemas sanitarios públicos autonómicos. En este artículo se exponen y desarrollan estos y otros argumentos con el objetivo de impulsar la creación de esta nueva especialidad sanitaria en nuestro país.

Palabras clave: psicología clínica, psicología infantil, adolescente, salud mental, salud pública.

Abstract: There is still no official title of health specialist in Clinical child and adolescent psychology in Spain. However, there are many reasons for creating it: the urgent need to improve the quality of children and adolescents' mental health care; the fact that this health specialty already exists as a differentiated and consolidated scientific discipline; the need for a proper training program for this clinical psychology area, due to the specificity and extent of the scientific knowledge and professional skills necessary for its exercise; or that Clinical child and adolescent psychology, as a matter of fact (although it is not yet officially or legally recognized), already exists as a differentiated health specialty in some public health systems. This article presents and explains these and other equally relevant reasons in detail, with the aim of promoting the creation of this new health specialty in our country.

Key words: clinical psychology, child psychology, adolescent, mental health, public health.

HACIA LA CREACIÓN DE LA ESPECIALIDAD SANITARIA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

ESTE ARTÍCULO TIENE COMO OBJETIVO explicar por qué es necesaria la creación de la especialidad sanitaria de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia en nuestro país. Son muchos los argumentos que hacen esta necesidad evidente¹. En las páginas que siguen se refieren y desarrollan estos argumentos.

¹ Algunos de estos argumentos se sustentan en datos asistenciales procedentes del ámbito del Servicio Andaluz de Salud (SAS), al ser este el contexto sanitario público en que trabajan los autores de este artículo y, por tanto, el mejor conocido por ellos. La mayor parte de los argumentos ofrecidos pueden aplicarse, no obstante, a la situación general del sistema sanitario público en España.

1) LA URGENTE NECESIDAD DE MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

El principal argumento en favor de la creación de la especialidad sanitaria de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia (PCIA) es la necesidad urgente de mejorar la calidad de la atención que se viene ofreciendo en nuestro país a la salud mental de las niñas, niños y adolescentes.

El derecho al más alto nivel posible de salud mental es una parte esencial del derecho a la salud, reconocido por la Convención sobre los Derechos del Niño en su artículo 24 (1). Como determina el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar (2), las bases para una buena salud mental en la vida adulta se crean en los primeros años de vida.

En el ámbito autonómico existe legislación que establece también la obligación de mejorar la calidad de la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia, como la Ley 4/2021, de 27 de Julio, de Infancia y Adolescencia en Andalucía (3), que, en el punto 6 de su artículo 49, afirma que:

Las niñas, niños y adolescentes con problemas de salud mental tienen derecho a una atención específica, que será prestada por personas profesionales especialistas en el ámbito del sistema sanitario público...

Y en su artículo 74, también en el punto 6, dice:

Entre las prestaciones de salud pública andaluza se garantizará una atención temprana infantil de calidad, dirigida a la población infantil afectada por trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlos, con el fin de darles una respuesta ágil y adecuada. Asimismo, se garantizará una asistencia especializada para trastornos alimenticios y de salud mental, con personal especializado y formado en la atención a menores de edad.

Más de un 20% de los y las menores de edad presentan algún problema de salud mental que requiere atención especializada (4), aproximadamente la mitad de los problemas de salud mental surgen antes de los 14 años de edad y, según la Organización Mundial de la Salud, siete de cada diez problemas de salud mental comienzan antes de los 18 años y uno de cada cinco adolescentes padece algún trastorno emocional o de conducta (5).

Entre los trastornos mentales más prevalentes en la infancia y la adolescencia en nuestro país podemos encontrar algunos que condicionan o limitan de forma moderada o severa el funcionamiento y el bienestar emocional de los menores y sus familias (6). Nos referimos a trastornos como los de ansiedad, con una prevalencia del 11,8% —para niños de entre nueve y doce años— (7); trastornos depresivos, con una prevalencia del 3,4% (8); trastornos de la conducta alimentaria, de entre el

3,4% y el 6,4% en mujeres adolescentes (9); trastornos del espectro autista, entre el 0,61% y el 0,64 (10,11); trastorno por déficit de atención con hiperactividad, hacia el 6,8% (12); conductas disociales, 15,2% (13).

Además, en los últimos meses, en el contexto de la actual pandemia por COVID-19, los niños y adolescentes se encuentran entre los grupos de población con mayor riesgo de sufrir alteraciones psíquicas (14).

Sin embargo, la Confederación de Salud Mental España y el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) (15) señalan que:

[...] en nuestro país, mayoritariamente, los niños, niñas y adolescentes reciben tratamiento por parte de psiquiatras especialistas en atención a personas adultas, proliferando los malos diagnósticos, incrementando los tratamientos inadecuados y recurriendo a la sobremedicalización, que cronifica los problemas de salud mental.

Según un informe elaborado por el Servicio Andaluz de Salud a partir de datos procedentes de los diferentes módulos de su sistema de información *Diraya* durante el año 2017 (16), en dicho año se atendieron en las unidades de salud mental comunitarias (USMC) de Andalucía a 24.816 menores de edad, de los que 10.364, es decir, el 42%, fueron atendidos sin que el facultativo referente llegara a establecer un diagnóstico clínico, y la tasa media de consultas fue tan solo de 3 consultas en un año para estos menores en dichas USMC.

Por otro lado, los problemas de salud mental que afectan a la población menor de edad conllevan unos costes económicos y sociales evidentes. En nuestro país, en un estudio que analiza los costes directos sanitarios y no sanitarios asociados a los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, estos se cifran en un total de 1.638 millones de euros anuales (17), como se menciona en el *Libro blanco de la salud mental infanto-juvenil* (18).

Por todo ello se entiende que la necesaria atención especializada a la salud mental de la infancia y adolescencia sea en la actualidad una prioridad reconocida por diversos organismos y asociaciones, nacionales e internacionales, competentes en esta materia.

En el año 2010, el Comité de Derechos del Niño, en sus *Observaciones Finales* (19), consideró prioritario que España incorporara una política nacional de salud mental infantil.

Para UNICEF España urge la adopción de una nueva estrategia nacional de salud mental con un capítulo específico sobre infancia, dentro del plan de respuesta a la COVID-19 y desarrollada a través de Planes Autonómicos (15). Entre las medidas por adoptar se hace referencia a la creación de las especialidades de Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia, la primera de las cuales ha visto su creación recientemente (20).

Como expresa el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 (21):

Los niños y adolescentes con trastornos mentales deben ser objeto de intervenciones tempranas científicamente contrastadas, de carácter no farmacológico, evitando la hospitalización y medicalización.

El *Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes* (22), realizado a petición del Ministerio de Sanidad, ya señalaba la necesidad de articular la especialidad de Psicología Clínica Infanto-Juvenil.

Entre las propuestas que realiza el *Libro blanco. Los recursos humanos en el sistema sanitario*, se señala además la necesidad de desarrollar nuevas especialidades sanitarias de la psicología, entre ellas la PCIA (23):

Se propone crear un tronco común de especialidades de psicología en el que se integren las especialidades de psicología clínica de adultos, psicología clínica infantil y juvenil, neuropsicología, psicooncología y cuidados paliativos y psicología de la salud (p. 92).

Recientemente, Cuéllar Flores y colaboradores (24) concluyeron, a partir de una encuesta realizada a 141 psicólogos clínicos, que el 97% de estos profesionales en el Sistema Público de Salud de España en el ámbito infanto-juvenil valoran como bastante o muy importante la creación de la especialidad.

2) LA PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA YA EXISTE COMO RAMA CIENTÍFICA DIFERENCIADA Y CONSOLIDADA

La PCIA ya existe como rama científica aplicada claramente diferenciada dentro del área de conocimiento más general de la psicología clínica (PC). Es una prueba clara de esto el caudal de manuales dedicados específicamente a la formación y práctica en esta materia que podemos encontrar ya publicados (25-31), siendo el primero de ellos el elaborado por Louttit, *Clinical Psychology: A Hand-book of Children's Behavior Problems*, publicado en 1936 (32).

Esta última fecha muestra que la existencia de esta disciplina científica y profesional no es reciente, e incluso existe ya una historiografía de su desarrollo (33,34). Se sitúa el nacimiento de la PCIA en la aparición de las primeras clínicas de orientación infantil en Estados Unidos en la primera década del siglo XX, siguiendo el modelo de la primera clínica de tratamiento mediante la aplicación de técnicas derivadas de la psicología científica, creada en 1986 por Lightner Witmer, quien usó por vez primera la expresión *psicología clínica*. Para llegar hasta ese punto fueron determinantes avances tales como los primeros tratamientos de la discapacidad intelectual mediante intervenciones educativas (Pinel, Itard, Seguin); los primeros tratados de psiquiatría infantil (Emminghaus, Filibiliou, Moreau de Tours); el desarrollo de los

test de inteligencia (Binet, Simon, Stern); el desarrollo de la terapia de conducta a partir de la teoría del aprendizaje y el análisis funcional (Watson, Skinner); los primeros estudios descriptivos del desarrollo infantil (Hall, Gessel, Piaget, Vygotsky); y, por supuesto, el nacimiento de la psicología clínica (Witmer). En el nacimiento de la PCIA destacan las figuras de William Healy, psiquiatra fundador de la primera de las mencionadas clínicas de orientación infantil, en 1909, y de Grace Maxwell Fernald y Augusta Fox Bronner, primeras psicólogas que se integran en el equipo profesional de esta clínica pionera.

Otros hitos posteriores en el desarrollo de la PCIA son la mencionada publicación en 1936 de *Clinical Psychology: A Hand-book of Children's Behavior Problems*, por Louttit (32); la primera vez que se usa la expresión “psicología clínica infantil”, en 1951, por parte de Gurevitz y Klapper (35); en 1959, Alan Ross contribuye de forma decisiva a la delimitación del PCIA como especialidad y profesión diferenciada con la publicación de *The Practice of Clinical Psychology in Child* (31); en 1962 se crea, dentro de la División 12 de la American Psychological Association (APA), dedicada a la psicología clínica (36), la sección 1, dedicada a la PCIA, que se convertiría décadas más tarde en la división 53 (37); en 1998 la PCIA es reconocida por la APA como una especialidad diferenciada con entidad propia; en 2003 el American Board of Clinical Child and Adolescent Psychology empieza a realizar las primeras certificaciones de títulos de especialista en Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia.

Este desarrollo de la PCIA como profesión y especialidad sanitaria necesariamente diferenciada por su especificidad y complejidad no ha tenido aún un reconocimiento legal en España. Ello la limita en el alcance de su utilidad social, a pesar de que esta utilidad es evidente.

3) LA ESPECIFICIDAD Y EXTENSIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS CIENTÍFICOS Y COMPETENCIAS PROFESIONALES NECESARIOS PARA EL EJERCICIO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE HACEN NECESARIA LA CREACIÓN DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN REGLADA Y UN TÍTULO DE ESPECIALISTA SANITARIO ESPECÍFICOS

El conjunto de conocimientos y competencias que el psicólogo clínico requiere para atender adecuadamente a la población infantil y adolescente es tan específico y extenso que el único modo en que puede adquirirlo es dedicándose de manera más o menos exclusiva a ellos. Este argumento, que es claro en sí mismo, se comprende de forma aún más intuitiva si se considera que es el mismo que justifica la existencia diferenciada de la pediatría o la psiquiatría de la infancia y la adolescencia en los ámbitos de la medicina y la psiquiatría respectivamente.

Además de los fundamentos generales de la PC, el/la psicólogo/a clínico/a que va a atender a niños/as y adolescentes ha de aprender una extensa lista de materias teóricas y prácticas específicas y diferentes de las requeridas para atender a la población adulta o anciana. Muchas de estas materias son, además, aportaciones originales de la psicología al campo de la salud mental de la infancia y la adolescencia. De todas ellas hacemos referencia aquí solo a una parte de las más importantes, entendiendo que estas, por sí solas, hacen evidente el peso de este tercer argumento.

3.1. Psicología evolutiva

Un psicólogo clínico de la infancia y la adolescencia competente ha de ser también, necesariamente, un buen psicólogo evolutivo aplicado, porque toda intervención de evaluación o de tratamiento del estado de salud mental que realice estará siempre condicionada por el grado o estadio de desarrollo evolutivo que el paciente en cuestión haya alcanzado. Deberá, por tanto, ser capaz de medir e identificar este nivel, conocer con detalle la secuencia de fases o etapas que se han de dar en el desarrollo evolutivo normativo, así como las características definitorias de cada una de las áreas del desarrollo en cada una de esas etapas.

Siempre que se habla de desarrollo evolutivo tendemos a pensar automáticamente en este concepto como asociado a la infancia y la adolescencia, es decir, a las primeras etapas del desarrollo humano. No faltará quien advierta que esta asociación conlleva un sesgo, pues es ya un principio consolidado de la psicología evolutiva el que el desarrollo evolutivo del individuo abarca la globalidad del ciclo vital, desde el nacimiento hasta la muerte misma, incluyendo también, por tanto, la edad adulta y la senectud. Sin embargo (y sin entrar en absoluto en contradicción con este principio, que compartimos), sigue habiendo algo de razonable en la tendencia a asociar el concepto de desarrollo evolutivo a las primeras etapas de la vida; y es que el desarrollo evolutivo implica la idea central de la variación diacrónica de los individuos de una especie respecto de sí mismos en una sucesión de etapas o fases, y queda también fuera de toda duda que en el ser humano (pero también en el resto de las especies, como norma general) se da una mayor concentración de cambios entre fases sucesivas durante los primeros años de vida. El grueso de los cambios evolutivos en el desarrollo de los individuos se concentra, pues, en la infancia y la adolescencia. Y es en este sentido que asociar la noción de desarrollo evolutivo a la infancia y la adolescencia, si bien puede considerarse algo sesgado, es también razonable.

La psicología, a medida que se ha ido construyendo en ella su rama de la psicología evolutiva, ha realizado aportaciones de importancia capital e indiscutible a la comprensión del desarrollo humano infantil y de la adolescencia, así como a la comprensión de sus fases evolutivas y de su problemática psicológica y psicopatológica.

Varias líneas de investigación psicológica pioneras desarrolladas a lo largo del siglo XX dieron lugar a modelos teóricos del desarrollo evolutivo que han supuesto avances decisivos en este campo. La epistemología genética, de Jean Piaget (38), la génesis social de las funciones mentales superiores, propuesta por Lev Semyonovich Vygotsky (39), las etapas del desarrollo psicosocial, postuladas por Erik Homburger Erikson (40), o la teoría del desarrollo moral, de Lawrence Kohlberg (41), sin ser las únicas, estarían entre las aportaciones pioneras más importantes de la psicología en este campo.

Gracias al trabajo de estos psicólogos pioneros y de las aportaciones posteriores de ininidad de equipos de investigación en psicología evolutiva, se ha llegado a conformar hoy un cuerpo de conocimientos sólido sobre cuáles son las funciones y capacidades mentales y comportamentales con las que nacen los individuos humanos; cómo estas van creciendo en alcance y complejidad; cómo la interacción del sujeto con los diferentes elementos contextuales, y sobre todo con el contexto social, es decisiva para este florecimiento de las capacidades mentales y relacionales; qué conductas concretas marcan, señalan, los avances más relevantes en cada una de las áreas del desarrollo, pasando a considerarse hitos del desarrollo; cuál es la mejor manera de objetivar la presencia de esos hitos y del grado de desarrollo alcanzado en cada momento; qué retos o logros específicos en cuanto a la adaptación al medio, la integración en una comunidad social o la formación de la identidad están en juego de forma sucesiva a lo largo del ciclo vital, definiéndose así las diferentes etapas o estadios evolutivos que pueden identificarse; qué variantes, tanto normales como patológicas, pueden darse en este desarrollo; qué mecanismos de interacción con el contexto pueden explicar esas variaciones, lo que permite, en el caso de las patológicas, diseñar estrategias de intervención terapéuticas para revertirlas en lo posible; etc.

3.2. Psicopatología del desarrollo evolutivo

En psicología clínica y en psiquiatría se cuenta con una semiología psicopatológica general, que contempla todas aquellas alteraciones de las funciones mentales (ánimo, percepción, atención, lenguaje, etc.) cuya aparición, en términos generales, puede darse en cualquier persona con independencia de su edad (aunque también es cierto que tanto su forma como la probabilidad de aparición pueden depender de variables individuales como la edad). Esta semiología psicopatológica general, como disciplina científica específica pero integrada hoy en el *corpus* de conocimiento propio de la psicología clínica y la psiquiatría, tiene su origen prácticamente donde lo tiene también la historia de la humanidad, y se constituye de manera formal en rama científica (en el sentido restrictivo de la ciencia positiva y experimental) en la segunda mitad del siglo XIX, cuando coinciden el florecimiento de la psicopatología clínica y el nacimiento de la psicopatología experimental (42).

A partir de mediados del siglo XX, sin embargo, y más concretamente a partir de la década de 1940, se suceden una serie de hitos que son especialmente significativos en la psicopatología específica de la infancia y la adolescencia:

- La identificación y descripción del autismo y sus dos grandes variantes, la forma antes considerada como “típica” y la de alto funcionamiento, por Leo Kanner (43) y Hans Asperger (44), en 1943 y 1944, respectivamente.
- Las investigaciones empíricas de seguimiento de la evolución de niños con diagnóstico de autismo realizadas por autores como Michael Rutter y Leon Eisenberg (45), donde se comprueba la discontinuidad entre autismo y esquizofrenia, a pesar de que inicialmente se consideró el autismo como una forma infantil de psicosis (en el sentido de la psicosis esquizofrénica).
- La fundación de la International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology (ISRCAP) por Herbert C. Quay.
- La aparición de la revista *Developmental Psychopathology*.

Estos avances suponen la aparición de un área de conocimiento que puede considerarse nueva en el campo de la psicopatología, pues no consiste en la identificación de nuevas alteraciones de las funciones mentales en el sentido en que la mayor parte de ellas fueron identificadas durante la segunda mitad del siglo XIX, conformando la actual semiología psicopatológica, sino que se trata de la identificación de alteraciones en el modo de darse el desarrollo evolutivo de los sujetos durante las primeras etapas de dicho desarrollo. De acuerdo con esto, si bien este nuevo campo específico dentro de la psicopatología es denominado con frecuencia *Psicopatología Específica de la Infancia* (o *de la Infancia y la Adolescencia*), su denominación más acertada sería, según nuestra opinión, *Psicopatología del Desarrollo Evolutivo*.

3.3. Apego y parentalidad

Al contrario de lo que ocurre en la psicología clínica aplicada a adultos, donde el objeto de estudio es la salud mental del sujeto que acude a la consulta en busca de ayuda, muchos profesionales de la PCIA diríamos que nuestro objeto de estudio no es tanto la salud mental del niño o el adolescente, sino la funcionalidad del vínculo filio-parental de ese niño o adolescente con su madre y su padre o cualesquiera adultos que asumen su crianza como principales figuras de apego.

Por supuesto, en cualquier persona, con independencia de su edad, su vida relacional-social es un factor determinante de su salud mental global. Pero en el caso del sujeto en edad infantil o adolescente, cuando los procesos de separación-individuación (46) y de formación de la identidad (47) están en curso aún, el peso de su vínculo filio-parental es tal en la configuración de su vida psíquica

que prácticamente se solapa con el estado mismo de salud mental de dicho sujeto en desarrollo (dicho sea esto sin olvidar ni minusvalorar que cada individuo, ya desde su gestación, integra cualidades diferenciales y determinantes de su propia personalidad).

En esta área de estudio tienen una importancia suma dos teorías sobre diferentes dimensiones de las relaciones filio-parentales: la teoría del apego, de John Bowlby (48,49), y la teoría sobre los estilos de crianza o estilos parentales iniciada por Diana Baumrind (50,51). Ambos modelos han dado lugar a nuevos desarrollos teóricos que han extendido su alcance y han concretado sus aplicaciones prácticas. Así, en el caso de la teoría del apego, la obra inicial de Bowlby fue seguida por las obras de Mary Ainsworth sobre la situación extraña (52–54) y de Mary Main sobre la entrevista del apego adulto (55). En nuestro país, consideramos digna de ser mencionada la labor de análisis y aplicación en psicología clínica de esta teoría realizada por Antonio Galán Rodríguez (56–60). En cuanto a la obra de Baumrind, también ha sido complementada por otros autores, como es el caso de Maccoby y Martin (61), que completaron la tipología de estilos parentales inicial. Y la misma Diana Baumrind ha continuado ampliando, hasta muy poco antes de su fallecimiento reciente, en 2018, el alcance descriptivo y explicativo de su teoría (62,63).

3.4. Psicometría: la importancia destacada de las técnicas de evaluación complementaria mediante pruebas psicométricas en la Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia

La psicometría es una disciplina científica dentro del ámbito de la psicología en la que ha de formarse todo psicólogo, se dedique o no a la PC. Sin embargo, esta rama de la psicología tiene una importancia especialmente destacada en el ámbito de la PCIA, aún más que en la PC aplicada a población adulta y anciana. Desde un punto de vista netamente teórico, esta afirmación bien podría cuestionarse, pues se han desarrollado múltiples instrumentos psicométricos de evaluación complementaria para la evaluación de la salud mental de pacientes de cualquier grupo de edad. Sin embargo, los psicólogos clínicos que hemos tenido la oportunidad de desarrollar nuestras carreras profesionales atendiendo tanto a población adulta como infantil sabemos bien que es en este segundo caso cuando hay que recurrir con mucha más frecuencia al uso de estos instrumentos. Esto se debe a varios motivos. El primero de ellos viene dado por la naturaleza singular de la psicopatología específica de la infancia y adolescencia o psicopatología del desarrollo evolutivo (véase el apartado 3.2), que es principalmente la que se configura en los denominados *trastornos del desarrollo* o, a partir de la propuesta del *Manual diagnóstico y estadístico de*

los trastornos mentales, quinta edición (64), del neurodesarrollo. La evaluación de esta psicopatología específica de la infancia requiere muy frecuentemente la medición, o al menos la estimación, de la posible desviación con respecto a la norma del estado de desarrollo evolutivo del infante en una o varias áreas (lenguaje, habilidades básicas e innatas para la interacción social, psicomotricidad, capacidad cognitiva o inteligencia, etc.). En aquellos casos en los que la desviación sea evidente para el clínico, por grosera o masiva, y si urge por algún motivo la determinación de un diagnóstico clínico, esta determinación puede realizarse de forma suficientemente fiable a partir de la entrevista clínica con los cuidadores principales del niño o niña y una observación directa de estos que, aunque no sea reglada, sí sea experta. Y no hará falta en estos casos recurrir a pruebas complementarias de evaluación psicométrica. En otros muchos casos, sin embargo, será necesario sumar a las entrevistas clínicas y la observación no reglada la aplicación de pruebas complementarias, como son las escalas del desarrollo evolutivo, los protocolos de observación reglada de alteraciones cualitativas del desarrollo, los test de inteligencia, del desarrollo del lenguaje, de la psicomotricidad, etc.

El que la capacidad de comunicación lingüística esté naturalmente limitada en los primeros años de edad es también, por supuesto, otro de los motivos principales por los que va a resultar necesario recurrir a la aplicación de pruebas psicométricas complementarias en el trabajo con la población infantil con más frecuencia que atendiendo a población adulta.

Una prueba de la mayor necesidad de dominio y uso de la evaluación psicométrica en PCIA que en PC de la adultez es que gran parte de las investigaciones fundacionales de la psicometría se dieron motivadas precisamente por la necesidad de desarrollar nuevos métodos más potentes para la evaluación de áreas o variables del desarrollo evolutivo en la infancia y de sus desviaciones o alteraciones. Un ejemplo paradigmático de esto es la aparición de la primera medida de la inteligencia como una aplicación práctica desarrollada por Alfred Binet y Théodore Simon (65). Este trabajo fue desarrollado inicialmente con población infantil y a partir del mismo se forjó el concepto de *edad mental*.

3.5. Legislación específica sobre personas menores de edad que debe tenerse en cuenta en la práctica de la psicología clínica aplicada a niños y adolescentes

Las implicaciones legales que deben tenerse en cuenta en el ejercicio de la PC en general suponen una cuestión de máxima importancia para proteger los derechos y la seguridad de pacientes, clientes o usuarios, de los familiares de estos, e incluso de los profesionales mismos. Esta materia se vuelve aún más importante y delicada cuando se trata de la evaluación y tratamiento de personas menores de

edad. El cuerpo legislativo que debe tenerse en cuenta en el ejercicio de la PCIA requiere un esfuerzo considerable para su manejo adecuado, no solo por la cantidad y diversidad de esta legislación, sino también por la naturaleza cambiante de esta, debida al ritmo vertiginoso de los cambios que se dan en nuestra sociedad en asuntos tales como las nuevas formas de estructura familiar, el reconocimiento de derechos específicos de niños y adolescentes, la actividad y riesgos cada vez mayores en el ámbito digital mediante las nuevas tecnologías, etc.

Estos cinco ejemplos que acabamos de ver son solo una muestra de los conocimientos y competencias específicos que requiere la formación en PCIA. Por este motivo, los seis meses actuales de rotación de los psicólogos internos residentes (PIR) en los dispositivos de salud mental específicos para niños y adolescentes (unidades de salud mental infanto-juveniles, USMIJ) son del todo insuficientes para garantizar una formación adecuada de los profesionales que atenderán a este colectivo (66). La legislación actual no permite la formación especializada y reglada necesaria en áreas específicas como la PCIA, y ello repercute en la eficacia y calidad de la asistencia prestada, al no poder garantizar que los profesionales que atienden a los menores de edad tengan la formación reglada y la experiencia necesaria (22). Sin embargo, el Decreto 62/2018, de 6 de marzo, por el que se ordena el sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (67), dicta:

pretender avanzar en la configuración de un modelo global de formación sanitaria especializada basado en criterios de calidad, que promueva la adquisición de las competencias necesarias para un ejercicio profesional acorde a las necesidades de la organización sanitaria y de la ciudadanía, que apueste por la innovación docente y que articule la red de estructuras docentes que supervisan y apoyan el cumplimiento de los programas formativos, de igual modo que se garantiza una formación flexible e integrada en el conjunto de la organización sanitaria y su entorno.

Y la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (68), en su artículo 12, establece entre los principios rectores de la formación de los profesionales sanitarios la revisión permanente de las enseñanzas en el campo sanitario, actualizando y adecuando los conocimientos de los profesionales a la evolución científica y técnica y a las necesidades sanitarias de la población.

Como establece la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (69), y desarrolla el Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010, Balance de Actividades y Acciones Previstas (70), la excelencia clínica debe ser un objetivo en la atención sanitaria. Esta excelencia ha de basarse especialmente en contar con profesionales con una formación especializada (71).

4. LA INSTITUCIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN UNA ESPECIALIDAD SANITARIA DIFERENCIADA YA SE ESTÁ DANDO DE HECHO EN MUCHOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL, POR SER NECESARIA, AUNQUE NO HAYA SIDO RECONOCIDA AÚN LEGALMENTE

Una prueba fáctica de la necesidad de esta diferenciación de la PCIA dentro de la PC es la decantación que de forma espontánea se ha ido dando en los últimos años en todas las unidades de salud mental comunitarias (USMC, 2º nivel asistencial de salud mental) del Servicio Andaluz de Salud (SAS), estableciéndose que una parte de sus facultativos especialistas de área (FEA) de PC deban dedicarse de forma cada vez más exclusiva a la asistencia a niños y adolescentes. Inicialmente, es decir, en los primeros años de andadura de la especialidad de PC en el SAS, todos los FEA-PC de las USMC mantenían un perfil generalista. Esto ocurría así precisamente de acuerdo con el objetivo que la Ley da al 2º nivel asistencial que constituyen estos dispositivos (72), y ello implicaba que todos los FEA-PC del 2º nivel asistencial de Salud Mental atendían a toda la población derivada a sus dispositivos con independencia del grupo de edad al que perteneciera el usuario. Sin embargo, la cada vez mayor especificidad de las intervenciones requeridas por la población menor de edad para su correcta evaluación y tratamiento ha ido exigiendo la subespecialización de parte de estos profesionales. Y han sido las mismas direcciones de área de Salud Mental, con el visto bueno del Programa de Salud Mental (como órgano coordinador de dichas direcciones dentro del organigrama del SAS), las que han alentado, cuando no dictado, esta subespecialización de parte del cuerpo de FEA-PC de las unidades de salud mental comunitaria.

5. LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS CONSTITUYEN LA PRINCIPAL INDICACIÓN TERAPÉUTICA EN LA GENERALIDAD DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Puede decirse que no existe trastorno mental conocido en la actualidad que afecte a la infancia o la adolescencia entre cuyos tratamientos indicados atendiendo a la evidencia empírica no figure alguna forma de intervención terapéutica de naturaleza psicológica, bien sea como parte esencial de un protocolo complejo de tratamiento en que se combine con otro tipo de medidas terapéuticas, bien sea como indicación de elección exclusiva o única, dicho sea esto sin obviar la importancia que tratamientos de otra naturaleza puedan tener también en el conjunto de herramientas terapéuticas en salud mental de la infancia y adolescencia. Así puede comprobarse revisando las guías de práctica clínica más exigentes y prestigiosas, como las recogidas por el National Institute for Health and Care Excellence (73).

6. LAS FAMILIAS DEMANDAN TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS COMO FORMA PRINCIPAL DE AYUDA PARA SUS HIJOS E HIJAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

La mejora del acceso a las terapias psicológicas es una reivindicación de la población general que en los últimos años se está haciendo clamorosa (74,75). Esta demanda, es decir, la expresión de una preferencia clara por las terapias psicológicas como forma principal de abordaje de los problemas de salud mental, resulta aún más vehemente cuando se trata de la petición de ayuda de las familias para el tratamiento de sus hijos e hijas. Esto no solo es atribuible al hecho de que los tratamientos psicológicos constituyen intervenciones menos invasivas y con menor riesgo de efectos secundarios peligrosos, sino también al mejor conocimiento que cada vez más tienen los usuarios en general, y las madres y padres en particular, sobre cuáles son los tratamientos con una mayor evidencia de eficacia para este tipo de problemas.

7. LOS ESPECIALISTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA YA ASUMEN EN LA ACTUALIDAD LA MAYOR CARGA ASISTENCIAL DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Es también relevante comprobar quiénes asumen actualmente tanto la evaluación como el tratamiento en salud mental de los menores de edad en algunos de los servicios sanitarios públicos de nuestro país, como, por ejemplo, el andaluz. Volviendo al informe elaborado por Aguilera Prieto (16), en 2017, 24.816 niños y adolescentes fueron atendidos en las unidades de salud mental comunitaria del SAS, generando un total de 86.367 consultas de revisión, que en el 42% de los casos fueron atendidas por psicólogas/os especialistas en PC (un total de 35.928 citas programadas), frente al 26% de consultas atendidas por psiquiatras y un 5% de las consultas atendidas por otras categorías profesionales (enfermería y trabajo social)². Este dato es aún más llamativo si tenemos en cuenta el número de profesionales por categoría que atendieron estas consultas: 305 psiquiatras generaron 22.027 consultas de revisión mientras que 154 psicólogas y psicólogos clínicos generaron 35.928 citas, lo que supone una media de 72 citas por psiquiatra y año con menores en USMC y 233 citas por psicólogo clínico para usuarios menores de edad por año. Esto supone que, siendo la mitad el número de profesionales psicólogos clínicos frente al número de profesionales psiquiatras, aquellos generaron 13.000 actos especializados con población infanto-juvenil más respecto a estos últimos. A la luz de estos datos queda claro que la mayor parte de la atención a la salud mental infanto-juvenil en Andalucía es realizada por los psicólogos/as clínicos/as.

² Habría un 27% de consultas de las que no se podría decir qué categoría profesional las ha atendido, según se aclara en el informe mismo.

Esto debería hacernos reflexionar sobre la flagrante paradoja que supone la reciente, e igualmente necesaria, creación de la especialidad de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (20) sin que se haya hecho lo propio para la de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia.

8. LA ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA YA EXISTE EN OTROS PAÍSES DESARROLLADOS

La especialidad de PCIA está reconocida en Estados Unidos como una profesión diferenciada dentro de la psicología, y su práctica legal requiere de una licencia que se obtiene mediante la certificación oficial del cumplimiento de unos requisitos de formación y experiencia específicos muy exigentes (76).

Muchos países europeos cuentan con especializaciones en PCIA, si bien esta formación no es homogénea o equivalente (77). Como se puede comprobar en el *Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* (22), hay países europeos en los que la especialización se adquiere en asociaciones o instituciones privadas y otros en los que se acredita a través de un programa de formación en el sistema sanitario público. En algunos países, dentro del programa de formación en PC hay un área de capacitación específica en PCIA, en otros la formación en PCIA es independiente, y en otros está vinculada a la formación como psicoterapeuta. Entre los países más desarrollados de nuestro entorno en los que ya existe un título oficial, regulado por el Estado, específico de PCIA (o títulos equivalentes, con denominaciones similares o afines, tales como Psicología o Psicoterapia infantil, o de la de infancia y la adolescencia) están Alemania y Reino Unido.

CONCLUSIÓN

Como hemos visto, son muchos los argumentos que evidencian la necesidad de crear la especialidad sanitaria de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia. Entre los principales están: (a) la urgente necesidad de mejorar la calidad de la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia; (b) el hecho de que la PCIA ya existe como rama científica diferenciada y consolidada; (c) la necesidad de un programa de formación reglada propio para esta área de la psicología clínica, dada la especificidad y extensión de los conocimientos científicos y competencias profesionales necesarios para su ejercicio; (d) el que la PCIA ya exista *de facto* como especialidad sanitaria diferenciada en algunos sistemas sanitarios públicos autonómicos, por ser necesaria, aunque no haya sido aún reconocida legalmente; (e) el que los tratamientos psicológicos constituyan la principal indicación terapéutica en la gene-

ralidad de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia; (f) que las familias demandan tratamientos psicológicos como forma principal de ayuda para sus hijos e hijas con problemas de salud mental; (g) que los especialistas en psicología clínica ya asumen en la actualidad la mayor carga asistencial de problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia; y (h) que la PCIA ya existe como especialidad sanitaria regulada legalmente en otros países desarrollados.

La creación de una nueva especialidad sanitaria no es una tarea sencilla que pueda resolverse automáticamente a demanda de cualquier colectivo interesado. Pueden ser muchas las disciplinas o profesiones que pugnan por ser reconocidas como especialidad sanitaria, y el Estado tiene la obligación de calibrar hasta qué punto el enorme esfuerzo e inversión que requiere la creación de una nueva especialidad sanitaria está justificada por las necesidades de la población y la evidencia de la utilidad que dicha especialidad aportaría. El ejemplo tan próximo, en el tiempo y en el área de conocimiento y competencias, de la creación del título de especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia (20), habiendo sido un proceso tan prolongado y laborioso, nos hace ser muy conscientes de todo esto. La reciente creación de la especialidad de Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia no ha estado exenta de avatares. Se inició con el conocido como *Real Decreto de troncalidad* de 2014 (78) para la regulación de toda la formación MIR, que establecía un “tronco de Psiquiatría” del que salían dos ramas, una especializada en adultos y otra en niños y adolescentes. Cuando se aprobó esta norma y se publicó en el BOE, se creó la Comisión Nacional correspondiente para esta nueva especialidad. Pero la sentencia del Tribunal Supremo de 2016 que anulaba el antes mencionado RD de troncalidad (79), por no acompañarse de una memoria económica adecuada, truncó los trabajos de esa primera Comisión Nacional. No fue hasta diciembre de 2017 cuando se activaron, desde diferentes grupos de trabajo, nuevas acciones para avanzar en la creación de esta especialidad sanitaria y, en enero de 2018, el Ministerio de Sanidad publica un primer borrador del Real Decreto para la creación de la especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (80), que sufre diferentes modificaciones tras las alegaciones recibidas durante el periodo reglamentario de exposición pública. Sin embargo, los cambios políticos acaecidos en el Ministerio de Sanidad en 2019 y la reactivación en 2020, por parte de dicho Ministerio, de la elaboración de un decreto de regulación de todas las especialidades que aún estaba pendiente volvieron a frenar la aprobación de esta especialidad. Llegados a este punto, los colectivos más representativos de la psiquiatría de la infancia y la adolescencia intensificaron sus esfuerzos para hacer comprender al Ministerio la importancia de evitar más demoras, convenciendo al equipo ministerial para seguir adelante con la aprobación de esta nueva especialidad retomando el antes citado proyecto de Real Decreto publicado en 2018. Así, en abril de 2021, el proyecto de especialidad llegó al Consejo de Estado

y, en agosto de ese mismo año, se publicó en el BOE el Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría (20). Este largo proceso ilustra la dificultad y esfuerzo que puede conllevar la creación de una nueva especialidad sanitaria.

Con el presente artículo aspiramos a contribuir con argumentos sólidos a esta tarea de sopesar en qué medida es necesaria la creación de la especialidad sanitaria que en este caso nos ocupa. Partiendo de estos argumentos que aquí exponemos, consideramos suficientemente justificado solicitar a las autoridades competentes la creación de la especialidad sanitaria de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) UNICEF, Comité Español. Convención sobre los derechos del niño. Madrid, 2006.
- (2) Confederación de alto nivel de la Unión Europea. Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar 2008; p. 1–7.
- (3) Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía [Internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE). 2021. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-vc/l/2019/02/05/1>
- (4) Paricio del Castillo R, Pando Velasco MF. Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv.* 2020;37(2):30–44.
- (5) Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6(3):168.
- (6) Priede Díaz A, Ruiz Torres M. Epidemiología de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia. En: Izquierdo Elizo A, Cuéllar Flores I, Padilla Torres D (eds.). *Manual de psicología clínica y la adolescencia. Bases para una nueva especialidad.* Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.L., 2021.
- (7) Canals J, Voltas N, Hernández-Martínez C, Cosi S, Arija V. Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2019;28(1):131–43.
- (8) Canals-Sans J, Hernández-Martínez C, Sáez-Carles M, Arija-Val V. Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity in Spanish early adolescents: Has there been an increase in the last 20 years? *Psychiatry Res.* 2018;268:328–34.
- (9) Ruiz-Lázaro P, Comet M, Calvo A, Zapata M, Cebollada M, Trébol L, et al. Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Esp Psiquiatr.* 2010;38(4): 204–211.
- (10) García Primo P, Santos Borbujo J, Martín Cilleros MV, Martínez Velarte M, Lleras Muñoz S, Posada de la Paz M, et al. Programa de detección precoz de trastornos generalizados del desarrollo en las áreas de salud de Salamanca y Zamora. *Anales de Pediatría* 2014;80(5):285–92.
- (11) Fortea Sevilla MS, Escandell Bermúdez MO, Castro Sánchez JJ. Estimación de la prevalencia de los trastornos del espectro autista en Canarias. *Anales de Pediatría* 2013; 79(6):352–9.
- (12) Catalá-López F, Peiró S, Ridao M, Sanfélix-Gimeno G, Gènova-Maleras R, Catalá MA. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry* 2012;12(1):1–13.
- (13) González Martínez MT. La conducta antisocial en la infancia. Evaluación de la prevalencia y datos preliminares para un estudio longitudinal. *Rev Iberoam de Diagnóstico y Evaluación Psicol.* 1998;2(6):9–28.
- (14) Organización Mundial de la Salud (OMS). Aumentar sustancialmente las inversiones para evitar una crisis de salud mental [Internet]. 2020 Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>

- (15) UNICEF España. Salud mental e infancia en el escenario de la Covid-19. Propuestas de UNICEF España [Internet]. Madrid, 2020. Disponible en: <https://www.unicef.es/publicacion/salud-mental-e-infancia-en-el-escenario-de-la-covid-19-propuestas-de-unicef-espana>
- (16) Aguilera Prieto L. Informe sobre la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia en Andalucía. Año 2017. Servicio Andaluz de Salud. Plan integral de Salud Mental. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 16 de noviembre 2018.
- (17) Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, Gustavsson A, Salvador-Carulla L, Alonso J. Cost of disorders of the brain in Spain. PLoS ONE 2014;9(8).
- (18) Fernández Hermida JR, Villamarín Fernández S (eds.). Libro blanco de la salud mental infanto-juvenil. Volumen 1. Paper knowledge. Toward a media history of documents. Madrid: Consejo General de la Psicología de España, 2021; pp. 12–26.
- (19) Comité de los Derechos del Niño. Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 44 de la Convención. Observaciones finales: España. 2010.
- (20) Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría. Boletín Oficial del Estado 2021; pp. 26798–800.
- (21) Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013.
- (22) Asociación Española de Neuropsiquiatría. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. En: Fernández Liria A, Gómez Beneyto M (eds.). Cuadernos Técnicos, 14. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009.
- (23) Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Libro blanco. Los recursos humanos en el sistema sanitario. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos, 2013.
- (24) Cuéllar-Flores I, Izquierdo A, Padilla D. Mapa sobre la psicología clínica infanto-juvenil. ¿Una nueva especialidad sanitaria? Clínica Contemp. 2019;10(2):1–10.
- (25) Caballo VE, Simón MA (eds.). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos específicos. Madrid: Pirámide, 2002.
- (26) Carr A. The handbook of child and adolescent clinical psychology. A contextual approach. New York: Brunner-Routledge. Taylor & Francis Group, 1999.
- (27) González Martínez MT (ed.) Psicología clínica de la infancia y de la adolescencia: aspectos clínicos, evaluación e intervención. Madrid: Pirámide, 2011.
- (28) Izquierdo Elizo A, Cuéllar Flores I, Padilla Torres D. Manual de psicología clínica y la adolescencia. Bases para una nueva especialidad. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, 2021.
- (29) Luciano Soriano MC. Manual de psicología clínica: Infancia y adolescencia. Valencia: Promolibro, 1997.
- (30) Ollendick TH, White SW, White BA (eds). The Oxford handbook of clinical child and adolescent Psychology Vol. 1. Oxford: Oxford University Press, 2018.
- (31) Ross AO. The practice of clinical child psychology. New York: Grune & Stratton, 1959.
- (32) Louttit CM. Clinical psychology: a handbook of children's behavior problems. Oxford: Harpers, 1936.

- (33) Routh D. A history of clinical child and adolescent psychology. En: The Oxford handbook of clinical child and adolescent psychology. Oxford University Press, 2018; pp. 1–24.
- (34) Padilla Torres D, Escudero Álvaro C. Historia de la psicología clínica de la infancia y la adolescencia. En: Izquierdo Elizo A, Cuéllar Flores I, Padilla Torres D (eds.). Manual de psicología clínica de la infancia y la adolescencia. Bases para una nueva especialidad. Madrid: McGraw-Hill, 2021; pp. 5–13.
- (35) Gurevitz S, Klapper ZS. Technique for and evaluation of responses of schizophrenic and cerebral palsied children to the Children's Apperception Test (CAT). *Q J Child Behav.* 1951;3:38–65.
- (36) Society of Clinical Psychology [Internet]. Disponible en: <https://div12.org/>
- (37) Society of Clinical Child and Adolescent Psychology [Internet]. En: <https://www.clinicalchildpsychology.org/>
- (38) Piaget J. La epistemología genética. Madrid: Debate, 1986.
- (39) Vygotsky LS. Génesis de las funciones psíquicas superiores. En: Vygotsky LS. 1984–1986. Obras escogidas, vol III. Madrid: Visor, 1996; pp. 11–47.
- (40) Erikson EH. Identity and the life cycle. New York: Norton & Co., 1980.
- (41) Kohlberg L. The psychology of moral development: The nature and validity of moral stages. En: Essays on moral development, Volume 2. San Francisco: Harper & Row, 1984.
- (42) Coto E, Gómez-Fontanil Y, Belloch A. Historia de la psicopatología. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F (eds.). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, 1995.
- (43) Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 1943; 2: 217–50.
- (44) Asperger H. Die “Autistischen Psychopathen” im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 1944;117(1):76–136.
- (45) Rumsey JM, Rapoport JL, Sceery WR. Autistic children as adults: Psychiatric, social, and behavioral outcomes. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985;24(4):465–73.
- (46) Mahler MS. On the first three subphases of the separation-individuation process. *Int J Psycho-Anal.* 1972;53:333–8.
- (47) Erikson EH. Identity: youth and crisis. Identity, youth and crisis. New York: Norton & Co., 1968.
- (48) Bowlby J. Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis, 1973.
- (49) Bowlby J. Attachment. Attachment and loss. Vol.1: Loss. New York: Basic Books, 1969.
- (50) Baumrind D. Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genet Psychol Monogr.* 1967;75(1):43–88.
- (51) Baumrind D. Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Dev.* 1966;37(4):887–907.
- (52) Ainsworth MDS. Attachment and dependency: a comparison. En: Gewirtz JL (ed.). Attachment and dependency. Oxford: V. H. Winston & Sons, 1972; pp. 97–137.
- (53) Salter Ainsworth MD. Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Dev.* 1969;40:969–1025.

- (54) Waters E. The Ainsworth strange situation. 2002 Disponible en: <http://www.john-bowlby.com>
- (55) George C, Kaplan N, Main M. The Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript. Berkeley, CA, 1985.
- (56) Galán Rodríguez A. ¿En qué mejora la teoría del apego nuestra práctica clínica? Es hora de recapitular. *Papeles del Psicólogo* 2020;41(1):66–73.
- (57) Galán Rodríguez A. En busca de la dimensión clínica del apego a través de las narrativas infantiles. *Cuad Psiquiatr y Psicoter del Niño y del Adoles.* 2018;65(65):35–46.
- (58) Galán Rodríguez A. La teoría del apego: confusiones, delimitaciones conceptuales y desafíos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2016;36(129):45–61.
- (59) Galán Rodríguez A. La dimensión clínica de la teoría del apego. ¿Una promesa aún incumplida? *Psicopatología y Salud Ment.* 2019;33:35–44.
- (60) Galán Rodríguez A. El apego: Más allá de un concepto inspirador. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2010;30(4): 581-595.
- (61) Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En: Mussen PH, Hetherington EM (eds.). *Handbook of child psychology: Vol 4. Socialization, personality, and social development.* New York: Wiley, 1983; pp. 1–101.
- (62) Baumrind D. Authoritative parenting revisited: history and current status. En: Larzelere RE, Morris AS, Harrist AW (eds.). *Authoritative parenting: Synthesizing nurturance and discipline for optimal child development.* Washington, DC: American Psychological Association; 2013; pp. 11–34.
- (63) Baumrind D. Differentiating between confrontive and coercive kinds of parental power-assertive disciplinary practices. *Hum Dev.* 2012;55(2):35–51.
- (64) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition.* Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- (65) Binet A, Simon T. New method for the diagnosis of intellectual level of abnormal persons. *Annee Psychologique.* 1905;11:191–244.
- (66) Proposición no de Ley sobre la creación de las especialidades de «Psiquiatría del Niño y del Adolescente» y «Psicología Clínica de Infancia y Adolescencia». *Boletín Oficial de las Cortes Generales España,* 2012.
- (67) Decreto 62/2018, de 6 de marzo, por el que se ordena el sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, BOJA* 2018; pp. 52–71.
- (68) Gobierno de España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado* 2003;(280).
- (69) Gobierno de España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado* 1986; p. 1–24.
- (70) Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Balance de actividades y acciones previstas. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
- (71) Prado-Abril J, Sánchez-Reales S, Gimeno-Peón A, Aldaz-Armendáriz JA. Clinical psychology in Spain: History, regulation and future challenges. *Clin Psychol Eur.* 2019;1(4).

- (72) Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2008;11-7.
- (73) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). NICE guidance [Internet]. 2021 Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance>
- (74) Redacción de Infocop. El acceso a los tratamientos psicológicos en España y su coste-eficacia. Infocop. 2018;(80):4-8.
- (75) Pagar o esperar: cómo Europa -y España- tratan la ansiedad y la depresión [Internet]. Civio. 2021 Disponible en: <https://civio.es/medicamentalia/2021/03/09/acceso-a-la-salud-mental-en-europa-espana/>
- (76) The Certification Process | ABCCAP [Internet]. Disponible en: <https://www.clinicalchildpsychology.com/the-certification-process>
- (77) Redacción de Infocop. La importancia de crear nuevas especialidades en Psicología para dar respuesta a las demandas y necesidades actuales en salud mental. Infocop Online. 2020 Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=15143&cat=47
- (78) Ministerio de la Presidencia. Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del. Boletín Oficial del Estado (BOE) 2014.
- (79) Tribunal Supremo. Sentencia núm. 2586/2016. 2016.
- (80) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Dirección General de Ordenación Profesional. Proyecto de Real Decreto por el que se crea el título de Médico Especialista en Psiquiatría del Niño y del Adolescente y se modifica el actual título de Médico Especialista en Psiquiatría por el de Médico Especialista en Psiquiatría del Adulto. España, 2018.