

## Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados Para la Infancia y Adolescencia: Estado de la Cuestión

Eduardo Fonseca-Pedrero<sup>1</sup>, Marino Pérez-Álvarez<sup>2</sup>, Susana Al-Halabi<sup>3</sup>, Félix Inchausti<sup>3</sup>, Emilio R. López-Navarro<sup>4</sup>, José Muñiz<sup>4</sup>, Beatriz Lucas-Molina<sup>5</sup>, Alicia Pérez-Albéniz<sup>1</sup>, Rosa Baños Rivera<sup>5</sup>, Antonio Cano-Vindel<sup>6</sup>, Alberto Gimeno-Peón<sup>7</sup>, Javier Prado-Abril<sup>8</sup>, Ana González-Menéndez<sup>2</sup>, Ana Vanesa Valero<sup>9</sup>, Amador Prieto<sup>10</sup>, César González-Blanch<sup>11</sup>, Paloma Ruiz-Rodríguez<sup>12</sup>, Juan Antonio Moriana<sup>13</sup>, Laura E. Gómez<sup>2</sup>, Patricia Navas<sup>14</sup>, David Saldaña<sup>15</sup>, Carol-Anne Murphy<sup>16</sup>, Marta Ortiz Gómez<sup>15</sup>, Miriam Rivero Contreras<sup>15</sup>, Marta Valdés-Coronel<sup>15</sup>, Juan Martos<sup>17</sup>, Raquel Ayuda<sup>17</sup>, Sandra Freire<sup>17</sup>, Ana González<sup>17</sup>, María Llorente<sup>17</sup>, Celestino Rodríguez<sup>2</sup>, Débora Areces<sup>2</sup>, Marisol Cueli<sup>2</sup>, Trinidad García<sup>2</sup>, Paloma González-Castro<sup>2</sup>, Amaia Izquierdo Elizo<sup>18</sup>, Isabel Cuéllar Flores<sup>19</sup>, Diego Padilla Torres<sup>20</sup>, Rebeca Cerezo<sup>2</sup>, Estrella Fernández<sup>2</sup>, Elián Turo<sup>2</sup>, Natalia Suárez Fernández<sup>2</sup>, José Carlos Núñez<sup>2</sup>, Carmen Caballero-Peláez<sup>21</sup>, Sergio Sánchez-Reales<sup>21</sup>, Javier Ortuño-Sierra<sup>1</sup>, Irene Alonso Fernández<sup>2</sup>, M<sup>o</sup> Isabel Gutiérrez López<sup>2</sup>, Carlamarina Rodríguez Pereira<sup>2</sup>, Teresa Bobes Bascarán<sup>2</sup>, María Roncero<sup>5</sup>, Ángel Carrasco Tornero<sup>22</sup>, Gemma García-Soriano<sup>2</sup>, María José Quiles-Sebastián<sup>23</sup>, Yolanda Quiles Marcos<sup>23</sup>, Carla López-Núñez<sup>23</sup>, Sergio Fernández-Artamendi<sup>24</sup>, Cristina Senín-Calderón<sup>25</sup>, Olga Santesteban-Echam<sup>26</sup>, Gloria Bellido Zanin<sup>27</sup>, Salvador Perona Garcelán<sup>28</sup>, Juan F. Rodríguez-Testal<sup>15</sup>, Montserrat Postigo Claros<sup>29</sup>, Lidia Colmenero Navarrete<sup>29</sup>, Aurora Gavino Lázaro<sup>29</sup>, Joaquín Manuel Pastor Morales<sup>30</sup>, María Dolores Barros Albarrán<sup>31</sup>, Sergio Rufo Benavente<sup>30</sup>, Juan M. García Haro<sup>3</sup>, Beatriz Gutiérrez López<sup>3</sup>, Javier Martín Babarro<sup>6</sup>, Ainhoa Coloma-Carmona<sup>23</sup>, José Luis Carballo<sup>23</sup>, Ascensión Fumero<sup>32</sup>, Rosario J. Marrero<sup>32</sup>, Adelia de Miguel<sup>32</sup>, Wenceslao Peñate<sup>32</sup>, Martín Debbané<sup>33</sup>, Selene Valero-Moreno<sup>5</sup>, Usue De la Barrera<sup>5</sup>, Silvia Postigo-Zegarra<sup>34</sup>, and Inmaculada Montoya-Castilla<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Universidad de La Rioja, <sup>2</sup> Universidad de Oviedo, <sup>3</sup> Servicio Riojano de Salud (Logroño), <sup>4</sup> Universidad Nebrija, <sup>5</sup> Universitat de València, <sup>6</sup> Universidad Complutense de Madrid, <sup>7</sup> Servicio de Salud del Principado de Asturias, <sup>8</sup> Servicio Aragonés de Salud, <sup>9</sup> Universidad de Murcia, <sup>10</sup> Hospital Comarcal de Laredo (Cantabria), <sup>11</sup> Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander), <sup>12</sup> Centro de Salud Castilla La Nueva, <sup>13</sup> Universidad de Córdoba, <sup>14</sup> Universidad de Salamanca, <sup>15</sup> Universidad de Sevilla, <sup>16</sup> Universidad de Limerick (Irlanda), <sup>17</sup> Equipo Deletrea, <sup>18</sup> Hospital Universitario Río Hortega (Valladolid), <sup>19</sup> Hospital Clínico San Carlos (Madrid), <sup>20</sup> Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid), <sup>21</sup> Hospital Virgen del Castillo (Murcia), <sup>22</sup> Hospital Universitario y Politécnico La Fe (Valencia), <sup>23</sup> Universidad Miguel Hernández, <sup>24</sup> Universidad Loyola Andalucía (Sevilla), <sup>25</sup> Universidad de Cádiz, <sup>26</sup> University of Calgary (Canadá), <sup>27</sup> Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Les Corts (Barcelona), <sup>28</sup> Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla), <sup>29</sup> Universidad de Málaga, <sup>30</sup> Servicio Andaluz de Salud, <sup>31</sup> Práctica privada, <sup>32</sup> Universidad de La Laguna (Tenerife), <sup>33</sup> Universidad de Ginebra (Suiza), and <sup>34</sup> Universidad Europea de Valencia

### Resumen

**Antecedentes:** la evidencia empírica acumulada en los últimos años sobre la eficacia, efectividad y eficiencia de los tratamientos psicológicos en la infancia y adolescencia reclama una actualización. El principal objetivo de este artículo es el de llevar a cabo una revisión de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para una diversidad de problemas psicológicos habituales en la infancia y la adolescencia. **Método:** se revisan los tratamientos psicológicos para diferentes trastornos psicológicos y problemas en el ajuste socioemocional o conductual en población infanto-juvenil en función de los niveles de evidencia y grados de recomendación del Sistema Nacional de Salud de España (Guías de Práctica Clínica). **Resultados:** los hallazgos sugieren que los tratamientos psicológicos específicamente dirigidos a niños, niñas y adolescentes disponen de apoyo empírico para el abordaje de un amplio elenco de problemas psicológicos. Este grado de apoyo empírico oscila de bajo a alto en función del problema analizado. La revisión muestra un avance desigual en los diferentes campos de intervención. **Conclusiones:** a partir de esta actualización, los profesionales de la psicología podrán tomar decisiones informadas a la hora de implementar aquellas intervenciones psicológicas con apoyo empírico para el abordaje de los problemas en la infancia y la adolescencia.

**Palabras clave:** tratamientos psicológicos; revisión; evidencia empírica; infancia y adolescencia.

### Abstract

**Empirically Supported Psychological Treatments for Children and Adolescents: State of the Art. Background:** The empirical evidence accumulated on the efficacy, effectiveness, and efficiency of psychotherapeutic treatments in children and adolescents calls for an update. The main goal of this paper objective was to carry out a selective review of empirically supported psychological treatments for a variety of common psychological disorders and problems in childhood and adolescence. **Method:** A review was carried out of the psychological treatments for different psychological disorders and problems in social-emotional or behavioral adjustment in the child-adolescent population according to the Spanish National Health System (Clinical Practice Guidelines) levels of evidence and degrees of recommendation. **Results:** The findings suggest that psychological treatments have empirical support for addressing a wide range of psychological problems in these developmental stages. The degree of empirical support ranges from low to high depending on the phenomenon analyzed. The review suggests unequal progress in the different fields of intervention. **Conclusions:** From this update, psychologists will be able to make informed decisions when implementing those empirically supported treatments to address the problems that occur in childhood and adolescence.

**Keywords:** Psychological treatments; review; empirical support; childhood and adolescence.

beneficioso, de magnitud moderada, y relativamente duradero en el tiempo (p. ej., *Australian Psychological Society [APS]*, 2018; Chorpita et al., 2011; Gálvez-Lara et al., 2018; Weisz et al., 2017, 2019). En muchos casos son, además, el tratamiento de elección. Las intervenciones psicológicas también han mostrado su eficacia y utilidad clínica en una gran variedad de ámbitos de aplicación, que no se circunscriben únicamente ni a contextos sanitarios ni a los trastornos mentales clínicamente diagnosticados según los sistemas clasificatorios internacionales al uso. La promoción de la salud mental y la prevención de dificultades en el ajuste psicológico en contextos educativos o sociales son dos excelentes ejemplos (p. ej., Acosta-Rodríguez et al., 2020; Díez-Gómez et al., 2020; Fenwick-Smith et al., 2018; Lucas-Molina y Giménez-Dasí, 2019; Taylor et al., 2017).

Disponer de tratamientos psicológicos empíricamente apoyados (TPEA) tiene consecuencias en múltiples niveles como, por ejemplo, la mejora de la calidad y accesibilidad de la atención psicológica brindada a la sociedad. También tiene implicaciones para el propio desarrollo de la Psicología como ciencia y profesión (Fonseca-Pedrero, 2021a). Todo profesional de la psicología debería saber qué tratamiento psicológico, fundamentado en una sólida base científica, hay que aplicar a una persona con un problema específico bajo unas determinadas características, y cómo hacerlo para maximizar sus potenciales efectos beneficiosos y reducir los posibles riesgos (Botella, 2017; Fonseca-Pedrero et al., 2021; Pérez-Álvarez et al., 2003). A este respecto, el Código Deontológico del Psicólogo, en su artículo 17 (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2015), establece que los profesionales de la psicología deben hacer un “esfuerzo continuado de actualización de su competencia profesional”. Igualmente, el artículo 18 establece que “sin perjuicio de la legítima diversidad de teorías, escuelas y métodos, el/la psicólogo/a no utilizará medios o procedimientos que no se hallen suficientemente contrastados, dentro de los límites del conocimiento científico vigente”. Es, por lo tanto, una responsabilidad del profesional de la psicología ofrecer a las personas aquellos tratamientos psicológicos que dispongan de respaldo científico. Esta responsabilidad es incluso más necesaria si las personas objeto de la intervención son menores de edad, cuyo abordaje clínico presentaría algunas particularidades que cabe mencionar a continuación: a) está limitado por la condición jurídica del o de la menor, su nivel de dependencia y autonomía, por lo que serán los padres, madres o responsables legales quienes autoricen y en la mayoría de los casos los que decidan o propicien que el niño, niña o adolescente acuda a un profesional; b) se caracteriza por una aproximación multimodal (enfoque multidimensional, multimétodo y multiinformante), ante diferentes personas (imprescindible la “presencia” de la familia), en áreas diversas de funcionamiento (personal, social, escolar, etc.), evolutiva y contextualizada; y c) tiene como nota distintiva que el papel del psicólogo es más activo y plural (Espada et al., 2020). Así, la infancia y la adolescencia son etapas cruciales en el desarrollo humano, pues durante estos periodos se asientan las bases de la posterior vida adulta.

En los últimos años el conocimiento empírico acumulado respecto a los beneficios de los tratamientos psicológicos para la infancia y la adolescencia, cualquiera que sea su formato de aplicación, ha crecido de forma exponencial tanto en calidad como en cantidad (p. ej., Weisz et al., 2019), aspecto que reclama una actualización. Más aún, dada la importancia fundamental de disponer de TPEA para abordar los trastornos psicológicos, no deja de ser

notable la falta de trabajos de actualización y revisión en español sobre cuáles son las intervenciones con mayor soporte empírico que, a su vez, consideren las características de las personas que demandan ayuda. A esto se suma la enorme controversia actual, que se inició hace ya casi veinte años con un editorial de la prestigiosa revista *The Lancet* (2004), acerca del uso de psicofármacos en menores de edad. Agencias internacionales como la FDA (*Food and Drug Administration*), la EMA (*European Medicines Agency*) o la MHRA (*Medicines & Healthcare products Regulatory Agency*) han puesto de manifiesto en numerosas ocasiones la falta de evidencias concluyentes que justifiquen los beneficios de su uso en la infancia y adolescencia (véase, por ejemplo, Bachmann et al., 2016; Hengartner, 2020).

Dentro de este contexto profesional y de investigación, el objetivo de este trabajo fue realizar una revisión de los principales tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para el abordaje de diferentes trastornos psico(pato)lógicos y problemas de ajuste socioemocional en población infanto-juvenil. Para ello, como sistema de análisis de los niveles de evidencia y grados de recomendación, se ha utilizado el propuesto por el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España (Guías de Práctica Clínica, GCP) (véase Tabla 1). Asimismo, se ha utilizado como eje vertebrador el modelo de Clasificación Internacional de las Enfermedades-11 (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), en particular el capítulo “Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo”. La selección de este modelo de clasificación se fundamenta, entre otros aspectos, en que: a) la OMS es una organización sin ánimo de lucro en la que participan la gran mayoría de los países a nivel mundial (estados miembros), incluida España; b) el modelo CIE-11 de la OMS es un sistema de diagnóstico internacional que se utiliza en el ámbito de la salud (no solo salud mental) y es de acceso libre en internet, sin costo alguno, y está disponible en 43 idiomas; y c) es el modelo de clasificación diagnóstica utilizado en la práctica clínica por el sistema nacional salud español. Igualmente, se revisaron aquellos tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para problemas psico(pato)lógicos que no se circunscriben exclusivamente al ámbito clínico y que son radicalmente psicológicos (p. ej., acoso escolar, duelo, conducta suicida). Asimismo, se incluyeron diferentes problemas que, si bien no disponen de una categoría diagnóstica al uso para la población infanto-juvenil, son relevantes desde un punto de vista clínico y sociosanitario, además de habituales en estas etapas del ciclo vital (p. ej., depresión, trastornos de ansiedad).

Nótese que en esta revisión no se han abordado ni todos los trastornos psicológicos ni todas las posibles problemáticas de ajuste socioemocional que pueden ocurrir durante la infancia y la adolescencia. A este respecto se pueden consultar las diferentes páginas web de la Asociación Americana de Psicología (*American Psychological Association*, División 12 y 53), del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (*National Institute for Health and Care Excellence*, NICE), o de la Red Escocesa Intercolegial de Guías de Práctica Clínica (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, SIGN). También remitimos al lector a trabajos previos (APS, 2018; APA División 12, 2021; APA División 53, 2021; Fonseca-Pedrero, 2021a, 2021b; Moriana et al., 2017; Norcross y Lambert, 2019; Norcross y Wampold, 2019; Pérez-Álvarez, 2019, 2020; Wampold e Imel, 2015), en particular, a los diferentes capítulos del “Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia” de Fonseca-Pedrero (2021b).

Tabla 1  
Niveles de evidencia y grados de recomendación de las Guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud de España

Niveles de evidencia	
1++	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Grados de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática de ECA*, o ECA de nivel 1++, directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+.
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++.
D	Evidencia de nivel 3 o 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+.

Nota: \* ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado

### Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para la infancia y adolescencia a revisión

Se revisan, a continuación, los niveles de evidencia y grados de recomendación de los tratamientos psicológicos disponibles para trastornos mentales, según la CIE-11 (OMS, 2018), así como para diferentes problemas psicológicos que acontecen en la infancia y adolescencia. Los resultados se presentan en la Tabla 2 y Tabla 3, respectivamente.

**Trastornos del desarrollo intelectual.** La mayor parte de las intervenciones psicológicas con personas con discapacidad intelectual son métodos de prevención terciaria centrados en tratar condiciones asociadas, como los problemas de conducta o los problemas de salud mental. No se analiza aquí el tratamiento psicológico de la discapacidad intelectual ni los tratamientos para la mejora del funcionamiento general. Las evidencias sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos en personas con discapacidad intelectual son extremadamente limitadas, mucho más durante las etapas de la infancia y la adolescencia. En cualquier etapa de su ciclo vital destacan para el abordaje de los problemas de conducta el análisis aplicado de la conducta (grado de recomendación A) y el apoyo conductual positivo (grado de recomendación B). La terapia cognitivo-conductual (TCC) presenta un grado de recomendación C para el abordaje de la ira y la agresión.

**Trastornos del desarrollo del lenguaje.** Las intervenciones que han mostrado un grado de recomendación A son el *recast* (técnica donde la persona adulta repite todo o parte de la verbalización del niño, niña o adolescente para proporcionar un modelo ampliado o corregirla) y la intervención con apoyo en la familia. En el ámbito educativo la intervención más eficaz parece ser la enseñanza de la lectura de textos expositivos con entrenamiento explícito y apoyos visuales.

**Trastorno del espectro autista.** Los tratamientos que muestran un mayor apoyo empírico (grado de recomendación A) son la intervención conductual de desarrollo y naturalista (*naturalistic developmental behavioral interventions*) y la intervención en atención conjunta. Los formatos de intervención que han mostrado un grado de recomendación B son la intervención conductual intensiva temprana, el entrenamiento en habilidades sociales, la musicoterapia, la intervención en actividad física y las diferentes formas de intervención temprana (basada en las familias, en lenguaje hablado, en comunicación social y en el modelo *Denver*).

**Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.** El tratamiento conductual a nivel familiar, escolar y social es el único formato de intervención que tiene un grado de recomendación A. Dentro de este conjunto de tratamientos destacan el *behavioral parent training*, el *behavioral classroom management* y el *behavioral peer interventions*.

**Trastornos relacionados con el movimiento y el desarrollo motor.** Para el tratamiento de tics destacan la terapia de inversión del hábito (grado de recomendación A) y la intervención comprensiva conductual (grado de recomendación B). Para el tratamiento de los movimientos estereotipados ninguna intervención alcanza el grado de recomendación A o B. Las intervenciones con mayor respaldo empírico en el trastorno del desarrollo de la coordinación son principalmente una combinación de tratamientos, no exclusivamente psicológicos sino rehabilitadores y motores como, por ejemplo, las tareas orientadas a la actividad y deporte (grado de recomendación A).

**Trastorno del desarrollo del aprendizaje.** En relación con las dificultades en la lectura, las intervenciones que cuentan con mayor apoyo empírico son: el entrenamiento de la conciencia fonológica y del principio alfabético, la lectura repetida, la instrucción

Tabla 2

Niveles de evidencia y grados de recomendación de las intervenciones psicológicas para los problemas psicológicos en la infancia y la adolescencia (modificado de Fonseca-Pedrero, 2021b)

Trastorno/problema	Intervención	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
<b>Discapacidad intelectual y problemas de comportamiento o salud mental</b>			
Problemas de conducta	Análisis aplicado de la conducta	1+	A
	Apoyo conductual positivo	1-	B
Ira, agresión, depresión	TCC	2+	C
Agresión	Terapia con base en atención plena	2-	D
Autocrítica, Comparación social negativa	Terapia centrada en la compasión	2-	D
Depresión	Activación conductual	2-	D
Bienestar	Terapia de conducta dialéctica	2-	D
Pensamientos obsesivos	Terapia de aceptación y compromiso	3	D
<b>Trastorno del desarrollo del lenguaje</b>			
Lenguaje	Modelado con imitación para entrenamiento de formas gramaticales	2++	B
	<i>Recast</i>	1+	A
	Intervención con apoyo en la familia	1+	A
Desarrollo emocional	Programas de entrenamiento en regulación emocional en el contexto educativo	2++	C
Desarrollo social	Teoría de la mente	2++	C
	Círculo de amigos	2+	D
	Aprendizaje cooperativo	1+	B
	Programa de patios	4	D
Ámbito académico	Enseñanza de la lectura de textos expositivos con entrenamiento explícito y apoyos visuales	1+	A
	Entrenamiento en vocabulario para la mejora de la comprensión lectora	2+	D
<b>Trastorno del espectro autista</b>			
	Intervención conductual intensiva temprana	1+	B
	Intervención naturalista conductual en desarrollo	1+	A
	Entrenamiento en habilidades sociales	1+	B
	Musicoterapia	1+	B
	Intervención en atención conjunta	1+	A
	Intervención en actividad física	1+	B
	Instrumentos para la comunicación aumentativa y alternativa	2++	B*
	Intervención temprana basada en las familias	1+	B
	Intervención temprana en lenguaje hablado	1+	B
	Intervención temprana en comunicación social	1+	B
	Intervención temprana con el modelo Denver	1+	B
<b>Trastorno por déficit de atención con hiperactividad</b>			
	Tratamiento conductual: a nivel familiar, escolar y social	1++	A
	Entrenamiento en habilidades de planificación y organización del tiempo	1+	B
	TCC (autoinstrucciones, resolución de problemas e identificación de cogniciones poco adaptativas)	1++	B
	Intervenciones con neurofeedback	4	D
	Entrenamiento cognitivo (dirigido a mejorar la memoria de trabajo y la atención)	3	B
	Entrenamiento en habilidades sociales	3	B
<b>Trastornos relacionados con el movimiento y el desarrollo motor</b>			
Tics	Terapia de inversión del hábito	1+	A
	Intervención comprensiva conductual	1+	B
Movimientos estereotipados	Terapia de inversión del hábito	2+	C
	Terapia de conducta	2+	C
Trastorno del desarrollo de la coordinación	Tareas orientadas a la actividad y deporte	1++	A
	Tareas orientadas a la función y estructura corporal	1+	B
	Tareas orientadas a la actividad	2+	C

<i>Tabla 2 (continuación)</i>			
Niveles de evidencia y grados de recomendación de las intervenciones psicológicas para los problemas psicológicos en la infancia y la adolescencia (modificado de Fonseca-Pedrero, 2021b)			
Trastorno/problema	Intervención	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
<b>Trastornos del desarrollo del aprendizaje</b>			
Lectura	Entrenamiento de conciencia fonémica	1+	A
	Lectura repetida	1+	A
	Instrucción fonémica	1+	A
	Planificación de metas de lectura	1+	A
	Enseñanza recíproca	1+	A
	Realización de resúmenes	1-	B
	Elaboración y respuesta a/de preguntas	1-	B
	Organizadores gráficos	1-	B
	Supervisión de la comprensión	1-	B
	Escritura	Transcripción (escritura a mano, mecanografía y ortografía) /uso de herramientas digitales de transcripción	1+
Gramática		1-	C
Pre-escritura		1-	B
Establecimiento de objetivos		1+	A
Instrucción estratégica		1++	A
Matemáticas	Instrucción basada en la identificación y elaboración del esquema	1++	A
	Instrucción basada en estrategias cognitivas y metacognitivas	1++	A
	Instrucción directa y explícita	1+	A
	Enseñanza heurística	1+	A
<b>Trastorno desafiante y oposicionista</b>			
	<i>Parent management training</i>	1++	A
	Intervención parental no conductual	1++	A
	TCC dirigido al menor	1+	B
	Tratamiento multicomponente en atención primaria	1+	B
	Intervenciones preventivas	1++	A
<b>Trastorno disocial y trastornos disruptivos del comportamiento en general</b>			
	Terapia integración padres hijos	1++	A
	Terapia integración padres hijos (Intensivo)	1++	A
	Triple P	1++	A
	<i>Helping the Noncompliant Child</i>	2	B
	<i>Generation Parent Management Training-Oregon Model</i>	1++	A
	Años Increíbles	1++	A
	<i>Parent Managing Training</i>	1++	A
	<i>Problem Solving Skills Training</i>	1++	A
	<i>Coping Power Adapted</i>	1++	A
	<i>Promoting Alternative Thinking Strategies</i>	1++	A
	<i>Linking the Interests of Families and Teachers</i>	1++	A
	<i>Life Skills Training</i>	1++	A
	<i>Second Step Program</i>	1++	A
	<i>Coping Power</i>	1++	A
	Terapia multisistémica	1++	A
<b>Trastornos de eliminación</b>			
Enuresis	Alarma ante la orina	1++	A
	Entrenamiento en cama seca (con alarma)	1++	B
	Entrenamiento de amplio espectro en el hogar	1++	C
	TCC (basada en autocontrol)	2+	D
Encopresis	Terapia conductual + Laxantes	1+	B

Tabla 2 (continuación)

Niveles de evidencia y grados de recomendación de las intervenciones psicológicas para los problemas psicológicos en la infancia y la adolescencia (modificado de Fonseca-Pedrero, 2021b)

Trastorno/problema	Intervención	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
<b>Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos</b>			
Anorexia nerviosa	Terapia basada en la familia	1+	A
	TCC	2+	B
	Terapia interpersonal	4	D
	Terapia de aceptación y compromiso	2-	D
Bulimia nerviosa	Terapia dialéctica conductual	2-	D
	Terapia basada en la familia	2++	B
	TCC	2++	B
	Terapia interpersonal	3	D
Trastorno por atracón	Terapia de aceptación y compromiso	2-	D
	Terapia dialéctica conductual	3	D
	TCC	2-	C
	Terapia interpersonal	2-	D
Trastorno de pica	Terapia dialéctica conductual	2-	D
	TCC	3	D
Trastorno de rumiación	TCC	3	D
	TCC	3	D
Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos	Terapia basada en la familia	3	D
	TCC	3	D
<b>Trastornos del sueño: insomnio y parasomnias</b>			
	TCC	1++	A
	Técnicas de extinción	1++	A
	Psicoeducación parental	1++	A
	Reestructuración cognitiva (principalmente para el tratamiento del insomnio en adolescentes)	1++	A
<b>Trastornos de ansiedad</b>			
Ansiedad	TCC individual	1++	A
	TCC familiar	1++	A
	Exposición en vivo	1++	A
	TCC online	1+	B
	TCC ( <i>coping Cat</i> )	1+	A
	Modelado	1+	B
Mutismo selectivo	TCC	2-	D
Ansiedad por separación	TCC ( <i>coping cat</i> )	1+	B
Ansiedad generalizada	TCC ( <i>coping cat</i> )	1+	A
Ansiedad social	TCC; TCC + entrenamiento en habilidades sociales	1+	B
Fobia específica	TCC + exposición en vivo	1+	A
Pánico	TCC	2+	C
<b>Trastornos depresivos</b>			
Depresión niñez (5-11 años)	TCC general	2+	C
	TCC grupal	2+	C
	TCC teleasistida	2+	C
	Terapia de conducta	2+	C
	TCC individual	2-	D
	Terapia psicodinámica	2-	D
	Terapia familiar	2-	D
Depresión adolescente (11-18 años)	TCC general	1++	A
	TCC individual	1++	A
	TCC grupal	1++	A
	Psicoterapia interpersonal general	1++	A
	Psicoterapia interpersonal individual	1++	A
	Psicoterapia interpersonal grupal	1-	B
	Biblioterapia TCC	2+	C
	Terapia familiar	2+	C
	TCC asistida por tecnología	3	D

<i>Tabla 2 (continuación)</i>			
Niveles de evidencia y grados de recomendación de las intervenciones psicológicas para los problemas psicológicos en la infancia y la adolescencia (modificado de Fonseca-Pedrero, 2021b)			
Trastorno/problema	Intervención	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
<b>Trastornos emocionales</b>			
	EMOTION	1++	A
	Terapia de aceptación y compromiso	1++	A
	<i>Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, Trauma, or Conduct Problems</i>	1++	A
	<i>Mindfulness</i>	1++	A
	Terapia de activación conductual en grupo	1+	B
	<i>Super Skills for Life</i>	1+	B
	Protocolo unificado aplicado en adolescentes	1-	B
	Protocolo unificado aplicado a niños	1-	B
<b>Trastorno obsesivo compulsivo</b>			
	TCC individual	1++	A
	TCC familiar	1+	B
	TCC intensiva	1+	B
	TCC teleaplicada	1+	B
<b>Trastornos específicamente asociados con el estrés y de las emociones mixtas</b>			
	TCT (niños pequeños)	2+	C
	TCC (adolescentes víctimas abusos sexuales)	1+	B
	<i>Eye movement desensitization and reprocessing</i>	2+	D
	Terapia narrativa	2+	D
	<i>Child-Parent Psychotherapy</i>	2-	D
	<i>Parent-Infant Psychotherapy</i>	2+	D
	Retroalimentación por vídeo	1+	B
<b>Conductas adictivas</b>			
	Aproximación Comunitaria de Reforzamiento para Adolescentes	1++	A
	TCC	1++	A
	Terapia familiar multidimensional	1++	A
	Terapia Familiar Funcional	1+	A
	TCC+ manejo de contingencias	2++	B
Alcohol	Entrevista motivacional	1++	A
	TCC+ entrevista motivacional	1++	A
Tabaco	TCC+ entrevista motivacional	1++	A
<b>Trastornos debidos a comportamientos adictivos</b>			
Comportamientos de riesgo	Entrevista motivacional	1-	B
Trastorno por video-juegos	TCC	1+	B
	<i>Mindfulness</i>	3	D
	Terapia familiar	2-	D
	Programa Individualizado Psicoterapéutico para la Adicción a las Tecnologías de la información y la comunicación (PIPATIC)	2+	C
Adicción a Internet	TCC	1+	B
	Intervenciones basadas en psicología positivas	2-	D
	Terapia familiar	2+	C
	Programa PROTECT	2-	D
	Proyecto PATHS	2+	C
	<i>B.E.S.T. Teen Program (prevención)</i>	2+	C
Adicción al cibersexo	TCC	1+	B
Uso de teléfono móvil	<i>Cyberhero Mobile Safety (prevención)</i>	3	D
* Grado de recomendación B para el <i>Treatment and Education of Autistic Related Communication Handicapped Children</i> (TEACCH); No aplicable grado de recomendación para el programa <i>Picture Exchange Communication System</i> (PECS). Nota: TCC: terapia cognitivo-conductual			

Tabla 3

Niveles de evidencia y grados de recomendación de las intervenciones psicológicas para problemas o dificultades psicológicas (no clasificados como tal en la CIE-11) en la infancia y la adolescencia (modificado de Fonseca-Pedrero, 2021b)

Trastorno/problema	Intervención	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
<b>Conducta suicida</b>			
	Terapia dialéctico conductual para adolescentes	1++	A
	Psicoterapia interpersonal para adolescentes	1+	B
	TCC integrada	1+	B
	Terapia basada en la mentalización para adolescentes	1+	B
	Programa para padres y adolescentes	1+	B
	Intervención familiar integrada	1+	B
	Psicoeducación ( <i>Youth-Nominated Support</i> )	1+	B
	<i>Teens Options for Change</i>	1+	B
	<i>As Safe As Possible</i>	1+	B
	Intervención familiar para la prevención de suicidio	1+	B
<b>Duelo</b>			
	TCC focalizada en el trauma	1-	B
	Terapia componencial de trauma y duelo para adolescentes	2-	C
	<i>Grief-Help</i>	2-	D
	Intervención de duelo y trauma	2-	D
	Terapia multidimensional del duelo	2-	D
	Programa de duelo familiar	2+	C
	Servicio de duelo CHUMS ( <i>Mental Health and Emotional Wellbeing Service for Children and Young People</i> )	2-	D
	Terapias narrativas	2-	D
	Musicoterapia	2-	D
	Arte-terapia	3	D
	Terapia de juego	4	D
<b>Síntomas psicóticos</b>			
	TCC para psicosis	1+	A
	Terapia familiar	1+	A
	Terapia psicológica integrada	1+	A
	Rehabilitación cognitiva	2+	B
<b>Acoso escolar y cyberbullying*</b>			
Acoso escolar	<i>Olweus Bullying Prevention Program</i>		A
	<i>KiVa</i>		A
	<i>Dynamic Approach to School Improvement</i>		B
	<i>The Viennese Social Competence Program</i>		B
	<i>Youth Matters</i>		B
	<i>Steps to Respect</i>		B
	<i>Friendly Schools Program</i>		C**
	Programa Tutoría Entre Iguales (TEI)		C***
	Programa jugando y aprendiendo habilidades sociales		D
	Proyecto Sevilla Anti-Violencia Escolar (SAVE)		D
Ciberbullying	<i>Media Heroes (Medienhelden)</i>		B
	<i>NoTrap! Program (Noncadiamointrappola)</i>		B
	<i>Cyber Friendly School Program</i>		C
	Conocer, construir, convivir en Internet y las redes sociales		C
	<i>Cyberprogram 2.0</i>		C
	Programa <i>Prev@cib</i>		C
<p><i>Nota:</i> TCC= Tratamiento cognitivo-conductual. *En función de la naturaleza de los estudios es difícil determinar el nivel de evidencia para el acoso y ciberacoso escolar. Este tipo de trabajos no se ajustan a los requerimientos de las GPC del SNS español; ** Descenso niveles victimización, pero no acoso; *** Su efectividad no se ha mostrado aún en ningún metaanálisis</p>			



fonémica, la planificación de metas de lectura, las intervenciones multiestratégicas y la enseñanza recíproca. En el caso de las dificultades de la escritura, las intervenciones empíricamente apoyadas para mejorar los procesos de escritura en general, entre otras, son: la transcripción (escritura a mano, mecanografía y ortografía), uso de herramientas digitales de transcripción, las actividades de pre-escritura, el establecimiento de objetivos y, sobre todo, la instrucción estratégica y autorregulada. En los trastornos del aprendizaje de las matemáticas las intervenciones con grado de recomendación A son la instrucción basada en la identificación y elaboración del esquema que subyace al problema (*schema-based instruction*), la instrucción basada en estrategias cognitivas y metacognitivas (*cognitive strategy instruction*), la instrucción directa y explícita y la enseñanza heurística que incluya verbalizaciones de las estrategias y procedimientos seguidos, uso de representaciones gráficas, ejercicios con pasos estructurados y uso de ejemplos, entre otros.

*Trastornos de comportamiento disruptivo (perturbador y disocial)*. Para el tratamiento de este conjunto de trastornos destacan las intervenciones parentales basadas en los principios del aprendizaje social y la modificación de conducta. Dentro de la terapia de conducta grupal para padres, con un grado de recomendación A, se encuentran los siguientes programas de intervención: *incredible years basic, parent management training Oregon y communication method program*. Respecto a la terapia de conducta individual para padres con participación infantil destacan el *behavioral parent training*, el *parent management training Oregon*, el *Oregon social learning center program* o el *abbreviated parent-child interaction therapy*. En adolescentes, destacan los programas multimodales (terapia conductual combinada + TCC + terapia familiar, así como el tratamiento de cuidado de crianza de Oregón (*treatment foster care Oregon*). Los programas de prevención universales también han mostrado un grado de recomendación A (p. ej., *promoting alternative thinking strategies*).

*Trastornos de la eliminación*. En el caso de la enuresis la intervención psicológica con mayor soporte empírico es el método de alarma en monoterapia incluyendo sobreaprendizaje (grado de recomendación A). El entrenamiento en cama seca es una alternativa al método de alarma con evidencia empírica suficiente, aunque existe un mayor apoyo cuando se incluye la alarma dentro de los elementos del tratamiento (grado de recomendación B). Para el abordaje de la encopresis se recomienda la terapia conductual más el uso de laxantes.

*Trastornos del comportamiento alimentario*. La terapia basada en la familia es el tratamiento que presenta mayor soporte empírico para el abordaje de la anorexia (grado de recomendación A) y la bulimia (grado de recomendación B). La TCC también se ha mostrado como un tratamiento psicológico empíricamente apoyado (grado de recomendación B). Para el trastorno por atracón se recomienda como tratamiento de primera línea la TCC con formato de autoayuda guiada, y en segundo lugar la TCC en formato grupal (grado de recomendación C). Para el trastorno evitativo o restrictivo de la ingesta alimentaria tanto la TCC como la terapia familiar tienen un grado de recomendación D.

*Trastornos del sueño*. Los tratamientos psicológicos que han recibido un mayor respaldo empírico (grado de recomendación A) para el abordaje del insomnio y las parasomnias en población infantil y adolescente son los siguientes: la TCC, las técnicas de extinción, la psicoeducación parental y la reestructuración cognitiva (principalmente para el tratamiento del insomnio en adolescentes).

*Trastornos de ansiedad*. La TCC (individual, grupal, *coping cat*) y la terapia basada en la exposición son tratamientos con apoyo empírico para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños, niñas y adolescentes (grado de recomendación A), en particular para el trastorno de ansiedad generalizada y fobia específica. Cierto es que, como norma general, la TCC tiene un grado de recomendación A, si bien el nivel de evidencia para los diferentes trastornos es heterogéneo, por ejemplo, grado de recomendación B para el trastorno de pánico y grado de recomendación D para el mutismo selectivo. Para el abordaje del trastorno de ansiedad por separación destaca la TCC (*coping cat*) con un grado de recomendación B. El *coping cat* (formato grupal), el protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en infancia y adolescencia o el *take ACTION* son también opciones recomendables para trabajar con menores que presentan trastornos de ansiedad.

*Trastornos depresivos*. Para el tratamiento psicológico de la depresión infantil la TCC general y la TCC grupal han mostrado ser intervenciones probablemente eficaces (grado de recomendación C). Para el abordaje de la depresión en adolescentes destacan como tratamientos bien establecidos (grado de recomendación A) la TCC y la psicoterapia interpersonal.

*Trastornos emocionales*. En los últimos años, se han desarrollado y popularizado un número creciente de protocolos de tratamiento transdiagnóstico para el abordaje de los trastornos emocionales (que básicamente incluyen los trastornos de ansiedad y depresivos) en población infanto-juvenil. Desde esta perspectiva transdiagnóstica las intervenciones que tienen un grado de recomendación A son: el EMOTION, la terapia de aceptación y compromiso, el *modular approach to therapy for children with anxiety, depression, trauma, or conduct problems* y el *mindfulness*.

*Trastorno obsesivo compulsivo*. El tratamiento psicológico que cuenta con una mayor evidencia empírica es la TCC. Asimismo, las diferentes formas de TCC (familiar, intensiva, teleaplicada) presentan un grado de recomendación B para el abordaje del trastorno obsesivo compulsivo infanto-juvenil.

*Trastornos específicamente asociados con el estrés y de las emociones mixtas*. No se dispone de tratamientos psicológicos con un nivel A para el abordaje de este conjunto de trastornos. La TCC (adolescentes víctimas de abusos sexuales) y la retroalimentación por vídeo muestran un grado de recomendación B. La TCC centrada en el trauma cuenta con cierto aval científico (grado de recomendación C).

*Trastornos debidos al consumo de sustancias*. La TCC ha mostrado ser la intervención más eficaz en el tratamiento de la mayoría de las sustancias analizadas, con grados de recomendación A y B en función de las técnicas aplicadas. Especial mención merecen las intervenciones basadas en el manejo de contingencias, además de otras como las siguientes: la aproximación al reforzamiento comunitario en adolescentes, la terapia familiar multidimensional, la entrevista motivacional, la terapia funcional familiar y las diferentes combinaciones (p. ej., la TCC + entrevista motivacional o la TCC + manejo de contingencias).

*Trastornos debidos a comportamientos adictivos*. En función del tipo de adicción, algunos de los tratamientos cuentan con mayor apoyo empírico que otros. La mayoría de los programas de intervención se han centrado en la adicción a Internet y en el trastorno por juego en Internet con una mayor evidencia para la TCC y la terapia familiar (grado de recomendación B). La entrevista motivacional destaca para el abordaje de los comportamientos de

riesgo (grado de recomendación A). En cuanto a los programas de prevención, destacan las intervenciones multicomponentes.

**Conducta suicida.** En el abordaje de la conducta suicida, la terapia dialéctico-conductual para adolescentes destaca como el único tratamiento psicológico bien establecido y con un grado de recomendación A. Con un grado de recomendación B se encuentran la psicoterapia interpersonal para adolescentes, la TCC integrada, la terapia basada en la mentalización para adolescentes, el programa para padres y adolescentes (*resourceful adolescent parent program*), la intervención familiar integrada (*safe alternatives for teens & youths*), la psicoeducación (*youth-nominated support*), las intervenciones breves (p. ej., *teens options for change; as safe as possible*), y la intervención familiar para la prevención de suicidio (*family intervention for suicide prevention*).

**Acoso escolar y ciberbullying.** En el abordaje del acoso escolar los programas que cuentan con mayor apoyo empírico (grado de recomendación A), en el momento actual, son el programa *KiVa* y el *Olweus bullying prevention program* (tanto para la prevención del acoso presencial como del cibernético). Para la prevención del ciberbullying no existe ninguna intervención con un grado de recomendación A. Los programas *Media Heroes* y el *NoTrap! Program* presentan un grado de recomendación B.

**Duelo.** Para el tratamiento del duelo las intervenciones que muestran mayor apoyo empírico son las relacionadas con enfoques cognitivo-conductuales y familiares, en particular, la TCC focalizada en el trauma (grado de recomendación B), el programa de duelo familiar (grado de recomendación C) y la terapia componencial de trauma y duelo para adolescentes (grado de recomendación D).

**Síntomas psicóticos.** Los tratamientos que cuentan con un grado de recomendación A para el abordaje de los síntomas psicóticos en adolescentes o de los síntomas psicóticos atenuados (también denominado estado mental de alto riesgo de psicosis) son la TCC y la intervención familiar. También destaca la terapia psicológica integrada (TCC individual, entrenamiento de habilidades, rehabilitación cognitiva y psicoeducación familiar grupal) como un tratamiento psicológico empíricamente apoyado (grado de recomendación A).

## Discusión

El objetivo de este trabajo ha sido analizar, mediante una revisión, cuáles son los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para el abordaje de trastornos psicológicos y problemas de índole psicológica que pueden ocurrir durante las etapas de la infancia y la adolescencia. Considerando el *corpus* de conocimiento científico vigente, se ha mostrado qué intervenciones psicológicas funcionan para un problema particular referido por un menor de edad. Es esencial, para la sociedad y el propio gremio profesional, separar así el grano de la paja, y conocer los tratamientos psicológicos con respaldo empírico para el abordaje terapéutico de problemas en el ajuste socioemocional o conductual, así como de aquellos que hayan recibido un diagnóstico de trastorno psicológico en la infancia y adolescencia. La Psicología, como ciencia que se ocupa del estudio del sujeto y del comportamiento (Pérez-Álvarez, 2018), necesita cimentarse en la evidencia científica disponible con la finalidad de tomar decisiones informadas (Fonseca-Pedrero et al., 2021; Muñoz y Fonseca-Pedrero, 2019).

En general, los resultados parecen indicar que hay varios tratamientos psicológicos que disponen de un sólido apoyo empírico para el abordaje de un amplio elenco de problemáticas psicológi-

cas habituales en la infancia y la adolescencia (p. ej., Fonagy et al., 2015; Weisz y Kazdin, 2017). Los hallazgos también muestran que dicho apoyo empírico oscila en función del problema psicológico analizado, siendo el *gold standard* la TCC (en sus diferentes versiones y adaptaciones). Al igual que ocurre en población adulta, existen numerosos y diversos tratamientos psicológicos eficaces y efectivos, sin serlo todos (Fonseca-Pedrero, 2021a; Fonseca-Pedrero et al., 2021); por ello no se debería excluir aquí el reconocimiento de variantes de los tratamientos expuestos en esta revisión y de otros diferentes no abordados (p. ej., psicodinámicos). Igualmente, en consonancia con trabajos previos, los beneficios derivados de utilizar la psicoterapia en la infancia y adolescencia a corto, medio y largo plazo son evidentes (p. ej., APS, 2018; Chorpita et al., 2011; Gálvez-Lara et al., 2018; Weisz et al., 2017, 2019). Por ejemplo, permiten no solo la reducción de la sintomatología y el sufrimiento (personal, familiar, etc.), sino que también permiten mejorar la calidad de vida, el bienestar emocional, los procesos de aprendizaje y el funcionamiento (personal, escolar, social, etc.) de los y las menores, entre otros aspectos. Más aún, las diferentes formas de psicoterapia en este sector de la población parecen ser costo-efectivas. Parece ser, pues, que la psicoterapia es el tratamiento de elección para el abordaje de gran parte de los problemas y dificultades psicológicas que acontecen en la infancia y la adolescencia.

Sin querer decir que sean los únicos eficaces, de los tratamientos psicológicos aquí revisados se puede decir realmente que tienen probada eficacia para los problemas específicos identificados de acuerdo con los criterios utilizados. Con todo, no se cree ni se pretende que sea la última palabra. Los problemas de la infancia y adolescencia son particularmente sensibles a los vaivenes del mundo como para quedarse como fotos fijas. Las propias concepciones clínicas están también ellas mismas a expensas del espíritu de los tiempos, a la sazón, un espíritu biomédico, en detrimento de un enfoque más focalizado en la persona y en el contexto (ser-en-el-mundo) como sería más apropiado (Pérez-Álvarez y Fonseca-Pedrero, 2021). Es necesario repensar los problemas de la infancia y adolescencia más allá de la concepción biomédica imperante e implícita, en términos *radicalmente* contextuales, planteando dónde *radican* los problemas. Los problemas psicológicos de los y las menores se deben resolver en el contexto social del aprendizaje y del desarrollo psicológico, así como en el ecosistema natural donde ocurren, lejos de la medicalización (la “carrera psiquiátrica”) y la psicopatologización de la vida (Pérez-Álvarez et al., 2003). Las raíces de estos “problemas de la vida”, más que enfermedades cerebrales, se sitúan en la articulación de los contextos interpersonal, evolutivo, social y cultural, así como la experiencia subjetiva de esta interacción. Sería interesante reivindicar un enfoque contextual distinto del modelo biomédico institucionalizado, que no es insólito ni en psiquiatría (Timimi, 2009) ni, por supuesto, en psicología. Es por ello que un modelo contextual sea más genuino de la psicología y acorde con la naturaleza de los problemas psicológicos. Los tratamientos psicológicos ya suponen una ventaja respecto de la medicación que, ni decir tendría, no responde a la naturaleza psicológica—evolutiva, interpersonal, social, contextual—de los problemas para los que a menudo se prescribe, amén de los efectos tóxicos de su uso continuado. Antes bien, es su modo de ser más característico entendiendo los problemas como resultado de las formas de vida, desarrollo (experiencias, aprendizaje) y circunstancias actuales. Nótese que siendo la psicología una ciencia humana siempre en el límite de las ciencias naturales que tienden

a naturalizar los problemas psicológicos y descontextualizarlos del mundo de la vida, importa una vigilancia epistemológica frente a reduccionismos y fáciles recaídas en el modelo biomédico según es el modo de pensar al uso (Pérez-Álvarez, 2021; Pérez-Álvarez y Fonseca-Pedrero, 2021).

De acuerdo con Pérez-Álvarez y Fonseca-Pedrero (2021) el desarrollo en el campo de los tratamientos psicológicos en población infanto-juvenil en los últimos 20 años ha sido asombroso, si bien aún hay espacio para la mejora. De hecho, los resultados de esta revisión ponen de manifiesto la existencia de ciertas limitaciones y dificultades en algunas áreas y la necesidad de seguir investigando. Además, y como se ha comentado, todavía se arrastra una atención en salud mental (infanto-juvenil) basada en el modelo biomédico, fuertemente influenciada por la opinión de que los problemas psicológicos se presentan como trastornos diagnosticables discretos, causados por una supuesta variable latente o constructo (mal denominada “enfermedad mental”), que pueden ser tratados por profesionales especialistas que aplican pautas de práctica basada en la evidencia para la reducción de síntomas a nivel grupal (van Os et al., 2019). No obstante, parece igualmente cierto que se respira una atmósfera de cambio. Este modelo basado en la reducción de síntomas está siendo claramente cuestionado, pues está desconectado de aquello que las personas necesitan, ignora la evidencia de la naturaleza transdiagnóstica de las dificultades psicológicas, sobreestima la contribución de los aspectos técnicos del tratamiento (en comparación con los componentes relacionales de la terapia) y no considera la naturaleza dinámica, contextual, holística, interactiva y funcional de los problemas psicológicos. Por estas y otras cuestiones, se reclama rotar e implementar una verdadera integración en la psicoterapia dentro de un enfoque personalizado, colaborativo, basado en procesos y mecanismos de cambio (Hayes et al., 2019; Hofmann y Hayes, 2019) y contextual, más allá de escuelas y marcas de psicoterapia (Gimeno-Peón, 2021; Pérez-Álvarez, 2021).

En particular, en el campo de la infancia y la adolescencia, las intervenciones psicológicas deben dejar de focalizarse únicamente en la mera reducción de síntomas psicopatológicos en contextos clínico-asistenciales y fundamentarse en la promoción de habilidades específicas y competencias socio-emocionales, dentro de un modelo de desarrollo positivo basado en las capacidades y fortalezas. Los centros educativos son el contexto por excelencia para realizar este tipo de actuaciones, tanto por ser el entorno natural donde pasan la mayor parte del tiempo los y las menores como por su obligatoriedad (hasta los 16 años). En este sentido, valorando la importancia de los entornos naturales, los centros educativos se han transformado en uno de los contextos más importantes para la promoción de la salud y de las intervenciones preventivas. Igualmente se debe recordar que la niñez y la adolescencia son «ventanas» o periodos del desarrollo ontogenético sensibles donde se asientan las raíces del posterior desarrollo adulto y donde suelen comenzar algunas problemáticas psicológicas. Por todo ello, se debe realizar una verdadera inversión de recursos de cara a implementar actuaciones tanto de promoción de la salud y el bienestar emocional como de prevención de posibles problemáticas psicológicas. Los y las menores son nuestro principal capital, presente y futuro.

Esta revisión sobre tratamientos psicológicos con apoyo experimental para la infancia y adolescencia no está exenta de limitaciones. En primer lugar, se debe considerar la limitación relativa a la gran heterogeneidad en las unidades de análisis de los estudios. Mientras unos estudios ponen a prueba técnicas concretas para trastornos específicos, otros examinan los efectos de paquetes mul-

ticomponente de tratamiento y otros aglutinan los resultados según el modelo teórico del tratamiento (p. ej., TCC o terapia sistémica). Esta variabilidad complica sobremanera saber con claridad, sobre todo en el caso de los programas multicomponente y de los modelos de tratamiento, qué es exactamente lo que convierte a un tratamiento en más o menos efectivo para un problema concreto y bajo qué condiciones (las variables predictoras y moderadoras del cambio). En segundo lugar, se debe advertir al lector que “evidencia” es una mala traducción del inglés “evidence”, y aunque aquí se ha utilizado de la mano de las GPC del SNS (niveles de evidencia y grados de recomendación), tal vez sería más correcto hablar de “prueba”, “pruebas científicas” o “apoyo empírico”. Además, evidencia (en su sentido amplio) no es sinónimo de ensayos controlados aleatorizados (ECA) o metaanálisis. En el campo de los tratamientos psicológicos se debe considerar tanto la práctica-basada-en-la-evidencia como la evidencia-basada-en-la-práctica donde se pueden incluir multitud de factores como la experiencia profesional, el juicio clínico, la frónesis, la prudencia, etc. Ciertamente es que los ECA no son la panacea, ni una práctica psicoterapéutica debe construirse solo a partir de ésta, pero tampoco debe minimizarse su peso y su utilidad. Cualquier modelo o práctica que quiera ser respetada por la comunidad científica debe diseñar modos de someter su práctica a la medición científica, y ninguna práctica clínica debe vivir a espaldas de ésta. En tercer lugar, se trata de una revisión donde los tratamientos psicológicos disponibles para el abordaje de cada trastorno o problema psicológico han sido revisados por un grupo específico de profesionales. Aunque se siguieron las directrices SNS y de forma general las recomendaciones de diferentes asociaciones internacionales (NICE, APA, APS, etc.), así como diferentes manuales y metaanálisis publicados tanto generales como para cada trastorno o problemática específica, la revisión no deja de estar mediada por el material que cada grupo ha revisado y por la decisión que cada uno ha tomado para elegir el nivel de evidencias y grado de recomendación. En cuarto lugar, no se han revisado todas las problemáticas psicológicas que pudieran ser habituales en la infancia y la adolescencia. Sería interesante que futuros trabajos analizaran otras áreas de interés relevantes tanto referidas a síntomas psicológicos (p. ej., rasgos desadaptativos de la personalidad, autolesiones) como a preocupaciones para los y las menores y las familias derivadas de determinadas situaciones (p. ej., cambio de centro educativo, divorcio, desastres naturales, y terrorismo).

En suma, existe una amplia gama de tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para el abordaje de los trastornos psicológicos y problemas de ajuste socioemocional o conductual de la infancia y la adolescencia. A partir de esta revisión selectiva, los profesionales de la psicología y de la salud mental, así como los gestores de políticas sociosanitarias, disponen de información rigurosa y actualizada que les permita tomar decisiones informadas a la hora de implementar aquellos procedimientos psicoterapéuticos empíricamente fundamentados en función de las características de los y las menores y las familias que demandan ayuda. Dada la relevancia de la infancia y adolescencia -periodos sensibles del desarrollo humano-, es nuclear poner a su disposición tratamientos psicológicos accesibles, inclusivos y empíricamente apoyados, sin olvidar que la efectividad de los mismos depende de que se den las condiciones adecuadas para su correcta implementación en la práctica diaria de los profesionales del SNS y de otros servicios sanitarios. Ello obliga, necesariamente, a contar con políticas que favorezcan y apoyen una adecuada organización de los servicios de salud mental, la presencia de suficientes profesionales cualificados

como para poder proporcionar los tratamientos con la frecuencia e intensidad suficientes y el desarrollo de planes de formación continuada que garanticen que los clínicos adquieren las competencias básicas para su buen desempeño. Futuros trabajos deberían continuar analizando críticamente la información disponible y poniendo a disposición pública de los profesionales aquellos tratamientos que se encuentren empíricamente respaldados. El desarrollo de consorcios nacionales para la revisión de los tratamientos psicológicos sería un buen comienzo.

## Agradecimientos

Esta investigación ha sido financiada por el Instituto Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), por el Instituto de Estudios Riojanos (IER), por las Ayudas Fundación BBVA a Equipos de Investigación Científica 2017 y cofinanciado con fondos FEDER en el PO FEDER de La Rioja 2014-2020 (SRS 6FRSABC026).

## Referencias

- Acosta-Rodríguez, V. M., Ramírez-Santana, G. M., Hernández Expósito, S., y Axpe Caballero, A. (2020). Intervention in syntactic Skills in pupils with developmental Language Disorder. *Psicothema*, 32, 541-548. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.160>
- Asociación Americana de Psicología, División 12 (14 de marzo de 2021). *Psychological Treatments*. <https://www.Div12.Org/Psychological-Treatments/>
- Asociación Americana de Psicología, División 53 (14 de marzo de 2021). *Effective child therapy*. <https://effectivechildtherapy.org/>
- Australian Psychological Society (2018). *Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: A literature review* (4th ed.). Author.
- Bachmann, C. J., Aagaard, L., Burcu, M., Glaeske, G., Kalverdijk, L. J., Petersen, I., Schuiling-Veninga, C. C., Wijlaars, L., Zito, J. M., y Hoffmann, F. (2016). Trends and patterns of antidepressant use in children and adolescents from five western countries, 2005-2012. *European Neuropsychopharmacology*, 26(3), 411-419. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2016.02.001>
- Botella, C. (2017). Los tratamientos psicológicos basados en la evidencia. La búsqueda de la eficacia y la efectividad. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Progresos y crisis en psicología clínica* (pp. 23-39). Pirámide.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2015). *Código Deontológico del Psicólogo. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*. <http://www.cop.es/pdf/CodigoDeontologicodelPsicologovigente.pdf>
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., Ebesutani, C., Young, J., Becker, K. D., Nakamura, B. J., Phillips, L., Ward, A., Lynch, R., Trent, L., Smith, R. L., Okamura, K., y Starace, N. (2011). Evidence-based treatments for children and adolescents: an updated review of indicators of efficacy and effectiveness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(2), 154-172. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01247.x>
- Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Ortuño-Sierra, J., y Fonseca-Pedrero, E. (2020). SENTIA: An Adolescent Suicidal Behavior Assessment Scale. *Psicothema*, 32(3), 382-389. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.27>
- Espada, J. P., Orgilés, M., Piqueras, J. A., y Morales, A. (2020). Las buenas prácticas en la atención psicológica infanto-juvenil ante el COVID-19. *Clínica y Salud*, 31(2), 109-113. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a14>
- Fenwick-Smith, A., Dahlberg, E. E., y Thompson, S. C. (2018). Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychology*, 6(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0242-3>
- Fonagy, P., Cotterl, D., Phillios, J., Bevongton, D., Glase, D., y Allison, E. (2015). *What works for whom? A critical review of treatment for children and adolescents*. Guildford Press.
- Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021a). *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos*. Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021b). *Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia*. Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñoz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas Molina, B., Debbané, M., Bobes Bascarán, M.T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J.F., González Pando, D., García Montes, J.M., García, L., Osma, J., Peris Baquero, O., Quilez, A.... Montoya, I. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: una revisión selectiva. *Psicothema*, 33(2), 188-197. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426>
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Moreno, E., Venceslá, J. F., Sánchez-Raya, A., y Moriana, J. A. (2018). Psychological treatments for mental disorders in children and adolescents: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21, 366-387. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0257-6>
- Gimeno-Peón, A. (2021). *Mejorando los resultados en psicoterapia. Principio terapéuticos basados en la evidencia*. Pirámide.
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., Stanton, C. E., Carpenter, J. K., Sanford, B. T., Curtiss, J. E., y Ciarrochi, J. (2019). The role of the individual in the coming era of process-based therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 40-53. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.005>
- Hengartner, M. P. (2020). Editorial: Antidepressant prescriptions in children and adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 600283. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.600283>
- Hofmann, S. G., y Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Lancet Editors (2004). Depressing research. *Lancet*, 363(9418), 1335. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16080-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16080-7)
- Lucas-Molina, B., y Giménez-Dasí, M. (2019) (coord.). *La promoción de la salud a través de programas de intervención en contexto educativo*. Pirámide.
- Moriana, J. A., Gálvez-Lara, M., y Corpas, J. (2017). Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Psychology Review*, 54, 29-43. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.008>
- Muñoz, J., y Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31, 7-16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- Norcross, J. C., y Lambert, M. (2019). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness (3rd ed.). Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C., y Wampold, B. E. (2019). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness (3rd ed.). Volume 2: Evidence-Based Therapist Responsiveness*. Oxford University Press.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades-II (CIE-11)*. Autor.
- Pérez-Álvarez, M. (2018). Para pensar la psicología más allá de la mente y el cerebro: un enfoque transteórico. *Papeles del Psicólogo*, 39, 161-173.
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40, 1-14.
- Pérez-Álvarez, M. (2020). El embrollo científico de la psicoterapia: cómo salir. *Papeles del Psicólogo*, 41, 174-183.
- Pérez-Álvarez, M. (2021). *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría: más allá de la corriente principal*. Alianza.
- Pérez-Álvarez, M., Fernández-Hermida, J. R., Fernández, C., y Amigo, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M., y Fonseca-Pedrero, E. (2021). Para repensar los problemas psicológicos de la infancia y la adolescencia: hacia un

- enfoque contextual. En E. Fonseca-Pedrero (coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia* (pp. 815-848). Pirámide.
- Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., y Weissberg, R. P. (2017). Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects. *Child Development, 88*(4), 1156-1171. <https://doi.org/10.1111/cdev.12864>
- Timimi, S. (2009). *A Straight-Talking Introduction to Children's Mental Health Problems*. PCCS Books.
- van Os, J., Guloksuz, S., Vijn, T. W., Hafkenscheid, A., y Delespaul, P. (2019). The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change? *World Psychiatry, 18*(1), 88-96. <https://doi.org/10.1002/wps.20609>
- Wampold, B. E., y Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The research evidence for what works in psychotherapy* (2nd ed.). Routledge.
- Weisz, J. R., y Kazdin, A. E. (2017). *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents* (3rd ed). Guilford Press.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., Jensen-Doss, A., Hawley, K. M., Krumholz Marchette, L. S., Chu, B. C., Weersing, V. R., y Fordwood, S. R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist, 72*(2), 79-117. <https://doi.org/10.1037/a0040360>
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Vaughn-Coaxum, R. A., Ugueto, A. M., Eckshtain, D., y Corteselli, K. A. (2019). Are psychotherapies for young people growing stronger? tracking trends over time for youth anxiety, depression, attention-deficit/hyperactivity disorder, and conduct problems. *Perspectives on Psychological Science, 14*(2), 216-237. <https://doi.org/10.1177/1745691618805436>