

Desafíos en la integración del pediatra en la red de salud mental infantojuvenil

J. ARNÁEZ¹, I. ABAD ALGARRA²

¹Pediatra. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Máster en Psicología Clínica y Psicoterapia Infantojuvenil, Instituto Superior de Estudios Psicológicos (ISEP), España. ²Psicóloga Infantil. Profesora en el Instituto Superior de Estudios Psicológicos (ISEP). España.

RESUMEN

Introducción y objetivos. El 70% de los trastornos mentales comienza en la infancia o adolescencia. Los profesionales de la pediatría, primer punto de contacto en la detección de trastornos psicoemocionales, carecen de protocolos y formación especializada dentro de la red de salud mental infantojuvenil (SMIJ). Los objetivos de este trabajo fueron: 1) conocer los desafíos con los que se encuentran los pediatras de atención primaria en un área asistencial española; 2) elaborar una propuesta que integre al profesional de pediatría en la red de SMIJ; 3) realizar un análisis DAFO.

Método. Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta Likert de 18 ítems a 68 pediatras de atención primaria en una región española (julio 2024). Se diseñó una propuesta de integración del profesional de pediatría en la red de SMIJ, y se efectuó un análisis DAFO.

Resultados. El 50% de los pediatras reportó falta de formación y limitaciones de tiempo como barreras en la atención de la SMIJ. En el modelo propuesto se identificaron cuatro formas principales de acceso de casos a la consulta pediátrica. El análisis DAFO destacó la necesidad de protocolos estandarizados, formación continua y mejor coordinación con especialistas.

Conclusiones. La integración del pediatra en la red de SMIJ es clave para la detección e intervención temprana, pero requiere formación específica, optimización del tiempo en consulta y coordinación interinstitucional. Implementar este tipo de modelos podría mejorar la atención de la SMIJ en España.

Palabras clave: Pediatría; Niño; Adolescente; Intervención temprana (educación); Salud mental.

CHALLENGES IN THE INTEGRATION OF PEDIATRICIANS INTO THE CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH NETWORK

ABSTRACT

Introduction and objectives. Seventy percent of mental disorders begin in childhood or adolescence. Pediatric professionals, as the first point of contact in detecting psycho-emotional disorders, lack standardized protocols and specialized training within the Child and Adolescent Mental Health Network (CAMH). The objectives of this study were: 1) To identify the challenges faced by primary care pediatricians in a Spanish healthcare setting, 2) To develop a proposal integrating pediatric professionals into the CAMH network, and 3) To conduct a SWOT analysis.

Method. A cross-sectional study was conducted using an 18-item Likert scale survey administered to 68 primary care pediatricians in a Spanish region (July 2024). A pediatric integration model was designed, and a SWOT analysis was performed.

Results. Fifty percent of pediatricians reported a lack of training and time constraints as barriers to CAMH management. Four primary pathways through which mental health concerns reach pediatric consultations were identified. The SWOT analysis emphasized the need for standardized protocols, continuous training, and improved coordination with mental health specialists.

Conclusions. Integrating pediatricians into the CAMH network is crucial for early detection and intervention, but it requires specialized training, optimization of con-

Correspondencia: jarnaез@saludcastillayleon.es (Juan Arnáez)

© 2025 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

<https://doi.org/10.63788/m97q6p43>

sultation time, and interinstitutional coordination. Implementing this type of protocols could enhance child and adolescent mental health care in Spain.

Keywords: Pediatrics; Child; Adolescent; Early intervention (education); Mental health.

INTRODUCCIÓN

La OMS define la salud infantil como el estado de bienestar físico, mental y social del niño, y no solamente como la ausencia de enfermedad. El coste de la mala salud mental (SM) en la población infantil y adolescente se traduce en costes para el desarrollo humano, contribuyendo a la pérdida de años de vida y de vida sana⁽¹⁾.

Según datos del Ministerio de Sanidad, se estima que el 70% de los trastornos mentales comienza en la etapa infantojuvenil⁽²⁾. Desde la pandemia de la COVID-19, se ha conocido un empeoramiento de la situación con un aumento de hasta el 47% en los trastornos de SM en la infancia y en la adolescencia. Sin embargo, en España, a pesar de tener una de las tasas más altas de problemas de salud mental infantojuvenil (SMIJ) y de haber desarrollado la *Estrategia de SM 2022-2026*⁽²⁾ y el *Plan de Acción de SM 2022-2024*⁽³⁾, sigue pendiente la implementación con medidas concretas de un *Plan Nacional de SM para la Infancia y la Adolescencia*. En la *Estrategia Estatal de Derechos de la Infancia y de la Adolescencia*, la SMIJ apenas queda reflejada como una línea más dentro del resto de las 8 áreas estratégicas⁽⁴⁾.

El profesional de la pediatría, médico y enfermera, es habitualmente el primer eslabón en la atención sanitaria del niño y de muchas de las consultas solicitadas por motivos psicoemocionales, así como de trastornos específicos mentales. Sin embargo, son escasos los protocolos y recursos dirigidos a que estos profesionales se integren de forma efectiva en la red de SMIJ.

Los objetivos de este trabajo fueron: 1) conocer los desafíos con los que se encuentran los pediatras de atención primaria en un área asistencial española; 2) elaborar una propuesta que integre al profesional de pediatría en la red de SMIJ; 3) realizar un análisis DAFO.

MÉTODO

Encuesta siguiendo la metodología Likert con 5 opciones de respuesta con 18 ítems dirigidas a los pediatras con consulta en atención primaria (AP) en una región española en julio de 2024. La invitación a participar se realizó a través de un chat común y la encuesta se administró de forma anónima a

través de la plataforma *Google Forms*, garantizando la confidencialidad de los datos. La participación fue voluntaria. Se realizó una propuesta de circuito que incorpora la consulta pediátrica en el abordaje de retos psicoemocionales del niño y del adolescente, y un análisis DAFO. El Comité de Ética aprobó la exención de obtención de consentimiento informado.

RESULTADOS

La encuesta fue completada por 68 pediatras de forma anónima. La mediana de edad fue de 43 años, con 38 y 48 años de percentiles 25 y 75, respectivamente. Los resultados destacan que, aunque los pediatras reconocen la importancia de su papel en la detección de trastornos psicoemocionales, muchos se sienten insuficientemente preparados para abordarlos debido a la falta de formación especializada y a las limitaciones de tiempo en las consultas (*figura 1*).

El circuito propuesto inicia en su parte superior las 4 formas principales en la que podrían llegar situaciones relacionadas con la SM a la consulta del pediatra (*figura 2*).

En el análisis DAFO se reconocen los factores internos y externos que influyen en la capacidad de los pediatras para abordar la SMIJ y resalta áreas clave en las que se pueden realizar mejoras para optimizar la atención de la SM en la infancia (*figura 3*).

DISCUSIÓN

La Academia Americana de Pediatría (AAP) se propuso en 2004 mejorar la calidad de la atención a la SMIJ en AP, actualizando las competencias y las estrategias educativas para alcanzarlas^(5,6).

En España, existen reflexiones de hace ya más de dos décadas de la necesidad de un modelo que integre la atención pediátrica en AP en SMIJ⁽⁷⁻⁹⁾. Para dar respuesta a las necesidades de atención y cuidado a la SMIJ de forma integral, es necesario contar con una red asistencial compleja, preferentemente dentro de un modelo de asistencia comunitario que garantice la continuidad de los cuidados⁽¹⁰⁾. En edades muy tempranas, la detección se manifiesta en aspectos vinculados al desarrollo. Por este motivo, la entrada a la red de SM desde pediatría es más lenta, ya que es necesario discernir si lo que le ocurre al niño o adolescente es una problemática de su desarrollo, un malestar adaptativo o una situación de SM. La entrada desde AP favorece que el niño o adolescente y el profesional dispongan del tiempo y los espacios necesarios para poder ganar confianza mutua y establecer un vínculo⁽¹¹⁾.

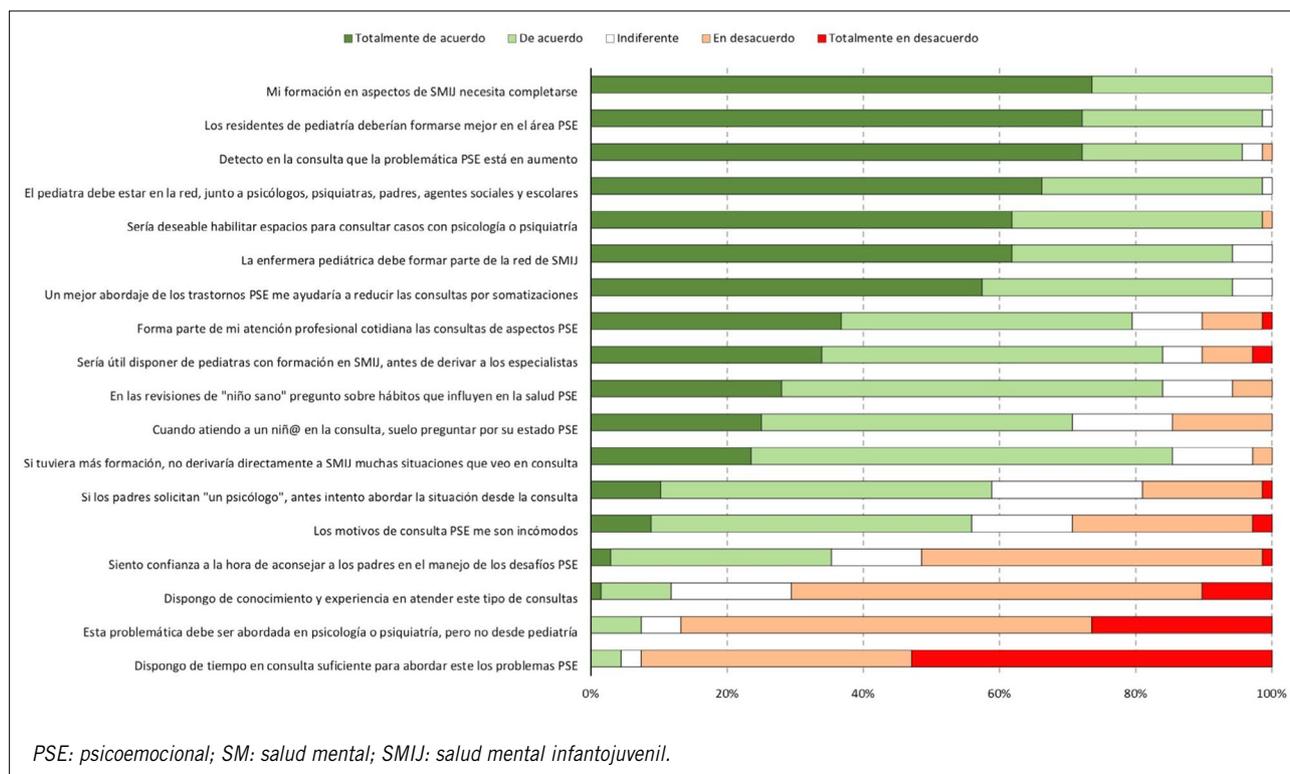


Figura 1. Encuesta de 18 ítems completada por 68 pediatras en julio de 2024.

Los principales problemas de SMIJ con los que se encuentran los profesionales de la pediatría son los trastornos del neurodesarrollo, y cada vez más a una edad más temprana, los trastornos de conducta y emocionales, así como los relacionados con el estrés y factores psicosociales. Este profesional aporta la ventaja de estar habituado a conocer las enfermedades propias de la edad infantil y tiene el conocimiento en profundidad del desarrollo normal del niño⁽⁵⁾. Ambos aspectos son necesarios, aunque no suficientes, para poder realizar una correcta valoración de la psicopatología en las diferentes edades.

En segundo lugar, el pediatra y la enfermera pediátrica en España tienen asignada la labor de realizar las revisiones o controles de "niño sano" hasta los 14 años y en ellas, además de la vacunación, se incluye la detección de conductas de riesgo y la repercusión de conflictos del entorno familiar y escolar en el desarrollo neuroevolutivo de los niños. En estos casos, este es el profesional del sistema de salud que realizará las primeras entrevistas y en algunos deberá iniciar las primeras intervenciones, así como evaluar la necesidad de realizar una derivación a otro profesional especializado, fundamentalmente el psiquiatra y/o el psicólogo infantojuvenil. Por otro lado, en el caso de un diagnóstico de un trastorno mental específico y en tratamiento, el pediatra puede monitorizar su evolución, reforzar las recomendaciones de

los especialistas y detectar signos de recaída. Además, en casos estables o tras el alta, puede asumir el seguimiento clínico, evitando derivaciones innecesarias y garantizando una atención longitudinal.

Sin embargo, como viene resaltando la Asociación Española de Pediatría (AEP) en diversas ocasiones, existen en España carencias y limitaciones importantes que deben mejorarse con urgencia, a destacar: 1) la ausencia y heterogeneidad de los programas de SMIJ entre comunidades autónomas; 2) la insuficiente formación específica en SM y recursos limitados en los profesionales en contacto con los niños y adolescentes, tanto del ámbito sanitario, como educativo (profesores, orientadores escolares), y 3) el aumento de listas de espera y desbordamiento de los servicios de AP, urgencias y de SM para la atención de los niños y adolescentes.

En España hay diversos Grupos, Comités y Sociedades Pediátricas que vienen haciéndose eco en los últimos años, y muy especialmente desde la pandemia COVID-19, de la SMIJ. Hablamos del Grupo de trabajo de SM en la Infancia de la Asociación Española de Pediatría (AEP), la Sociedad de Psiquiatría infantil (SPI), la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP), la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), la Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS) y la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA). De hecho, en las últimas ediciones de

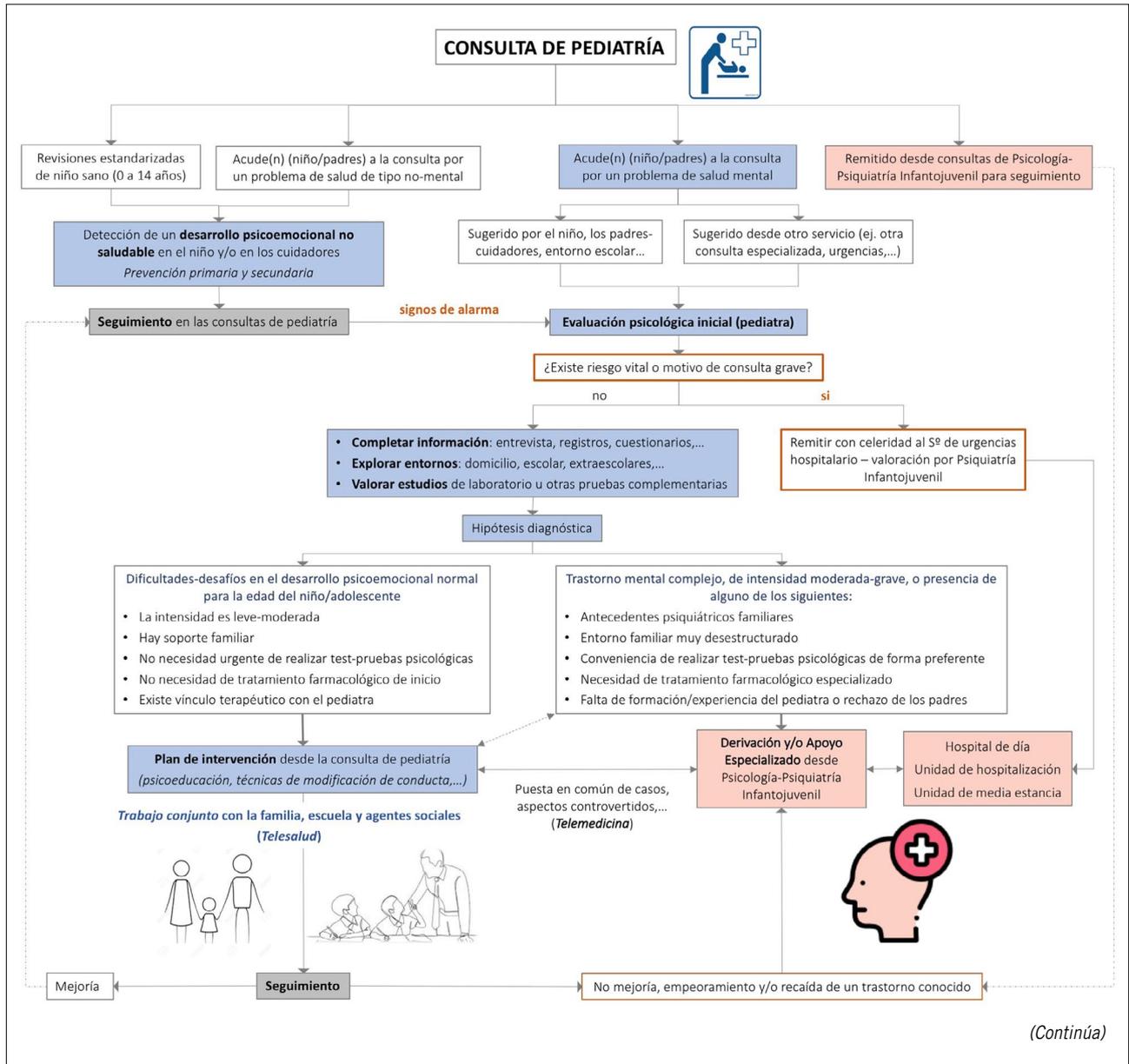


Figura 2. Propuesta de circuito que integra la consulta pediátrica en la red de salud mental infantojuvenil.

los congresos nacionales de la especialidad pediátrica (AEP), se han desarrollado mesas redondas que constatan un aumento de las consultas por ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria y autolesiones. La AAP recomienda realizar un despistaje universal de riesgo de suicidio a los 12 años para poder identificar a los adolescentes que están en riesgo de depresión y/o ideación suicida e intervenir de forma precoz⁽¹²⁾.

La formación en SMIJ de los pediatras, especialmente de AP, por su proximidad y continuidad con las familias, médicos de AP y enfermeras es crucial para la prevención, ya que son los grupos de profesionales que atienden a los niños

y adolescentes de forma sistemática^(5,6,13). La AEP defiende que todos los residentes de pediatría, al igual que hacen los médicos de AP, deberían realizar de forma obligatoria rotaciones formativas en psiquiatría infantil y adolescente. Asimismo, los pediatras y médicos de AP deberían formarse en SM, para adquirir conocimientos básicos que les permitan detectar casos, y realizar prevención primaria y secundaria. Esto puede conseguirse mediante estancias formativas, actividades de formación continuada, interconsultas no presenciales o reuniones periódicas de coordinación.

Un hecho en el que también ponen el foco organizaciones y la literatura es en el desafío que supone incluir al

Este organigrama inicia en su parte superior las 4 formas principales en la que podrían llegar aspectos relacionados con la salud mental a la consulta del pediatra. Por un lado podría surgir una situación de alarma a partir de una detección casual o dirigida (prevención primaria y secundaria) desde la revisión del “niño sano” habitual, u otro motivo de consulta diferente a un motivo psicoemocional (ej. acude por fiebre y se aprecia que la conducta en esa situación no es adaptativa, o bien acude por dolores de cabeza que le están impidiendo ir al colegio). Por otro lado, podría tratarse de un motivo de consulta de índole psicoemocional que llegase directamente expresado por los padres o bien por otros profesionales del ambiente escolar, social, sanitario... Finalmente, cabe la posibilidad que el pediatra necesite realizar seguimiento de un niño o adolescente que ya es conocido por el equipo de psicología-psiquiatría infantojuvenil.

A excepción de esta situación última, el algoritmo establece una evaluación psicológica inicial que parte de establecer si se trata de una situación de urgencia ya que en este caso debe remitirse de forma inmediata a un centro hospitalario (ej. intento de suicidio). De no ser así, en esta evaluación inicial, el pediatra deberá completar la información que rodea al motivo de consulta en las sesiones que considere necesarias y establecer una hipótesis o juicio clínico diagnóstico. Para ello debe conocer las herramientas básicas de abordaje de una evaluación psicológica, fundamentalmente la entrevista diagnóstica a padres y niño, los registros de observación, etc.

Con frecuencia la problemática que está suponiendo angustia para el paciente y/o su familia, tiene más que ver con un malestar o dificultad que surge a partir de los desafíos neuroevolutivos del desarrollo del niño o del adolescente, que con un trastorno propiamente dicho. En estos casos, de existir un soporte familiar razonablemente adecuado y un buen canal terapéutico con el pediatra, es posible sugerir un plan de intervención desde la consulta pediátrica. El pediatra deberá conocer las características emocionales y conductuales a esta edad y las técnicas de modificación de conducta más habituales que son de ayuda en estas situaciones.

Este plan de intervención desde la consulta del pediatra no exime, y sería recomendable, poder compartir casos con los profesionales especializados psicólogos-psiquiatras para resolver dudas o plantear aspectos controvertidos. Estas reuniones pueden hacerse de forma presencial o telemáticamente. Por otro lado, este plan de intervención debe nutrirse de un trabajo común con el resto de agentes implicados en esta problemática como son los cuidadores principales (habitualmente los padres) y los agentes escolares y sociales.

Cabe, sin embargo, la posibilidad (escenario de la parte derecha del organigrama) que la hipótesis diagnóstica sugiera un trastorno más complejo, que la intensidad de la sintomatología del paciente sea moderada-grave, que existan antecedentes familiares psiquiátricos, que se requiera hacer valoraciones especializadas urgentes o incluso iniciar tratamiento precoz. En estos casos en el organigrama plantea como mandatorio la derivación a los profesionales de psicología-psiquiatría infantojuvenil, lo que no exime de iniciar un abordaje desde la consulta del pediatra (flecha diagonal discontinua) a la espera de que se haga la valoración especializada.

Figura 2 (Cont.). Propuesta de circuito que integra la consulta pediátrica en la red de salud mental infantojuvenil.

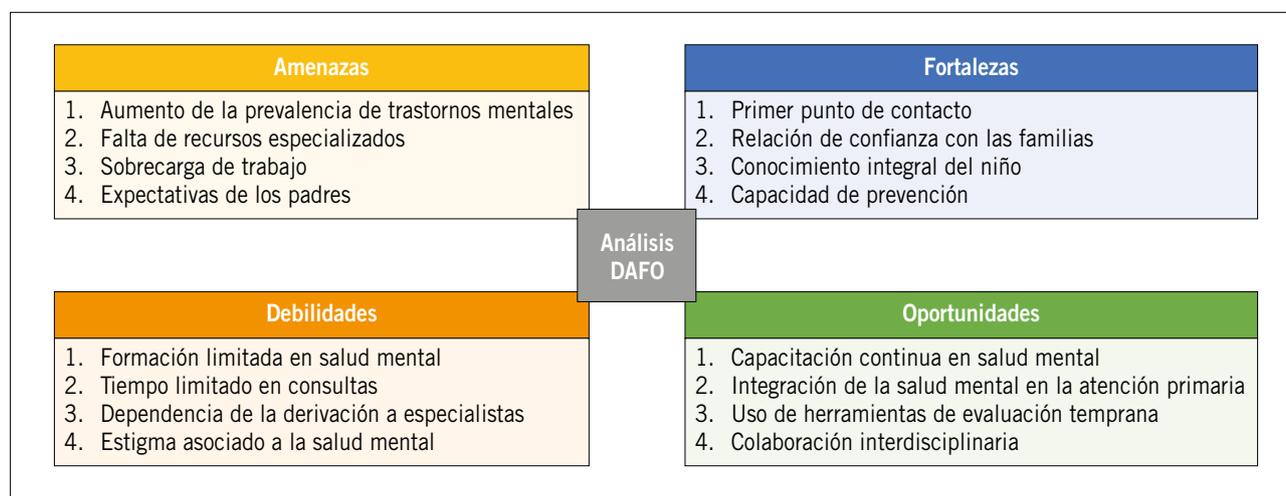


Figura 3. Análisis DAFO de la incorporación del pediatra en el abordaje de la problemática psicoemocional del niño y del adolescente.

pediatra en el abordaje de la problemática psicoemocional del niño y del adolescente. Existe un importante acuerdo en que la consulta del pediatra es un eslabón imprescindible si se quiere abordar la SM infantil de una forma eficiente, pero a la vez se destaca que no es posible hacerlo en las condiciones actuales.

La encuesta realizada pone sobre la mesa algunos de estos aspectos, particularmente la demanda de completar la formación de los pediatras en este área, así como de que exista un *feedback* con los especialistas de psicología y psiquiatría infantojuvenil. Los pediatras resaltaron la importancia de la figura de la consulta pediátrica en la problemática

psicoemocional del niño y del adolescente, si bien más de la mitad de los encuestados reconocieron no tener conocimientos o experiencia suficiente, así como sentirse incómodos a la hora de dar consejos a los padres.

Esta encuesta presenta algunas limitaciones, como es que el grupo de los pediatras que han respondido a la encuesta responden a una región concreta de nuestro país, así como el hecho de no haberla extendido a otros grupos involucrados en la red de SMIJ como son los psicólogos o psiquiatras, así como los profesores o los propios padres.

Gadassi et al.⁽¹⁴⁾, en un estudio (encuesta) israelí reciente realizada a padres y pediatras, encuentra que los padres tienden a evitar la discusión de los problemas psicosociales en los entornos pediátricos debido a su percepción de que es irrelevante para el papel del pediatra. Por otro lado, los pediatras no confían en su capacidad para tratar los problemas psicosociales y destacan la falta de recursos adecuados. Así mismo, una encuesta de ámbito nacional, realizada en Reino Unido en 2021 acerca del potencial trabajo conjunto entre los pediatras y los servicios de SM pediátricos, encuentra que “ambas realidades están muy poco integradas”⁽¹⁵⁾. En una encuesta realizada a pediatras americanos sobre qué barreras encuentran a la hora de atender a los niños con problemas de SM, se señala que la mayoría de los pediatras creen que su formación es inadecuada para tratar los problemas de SM, que no se sienten confiados para aconsejar a los niños y que el tiempo es limitado para estos problemas⁽¹⁶⁾. Estas barreras también han sido referenciadas en un metaanálisis dirigido a recoger las percepciones que tienen los profesionales de AP en cuanto a los obstáculos que existen para manejar los problemas de SMIJ⁽¹⁷⁾.

Por otro lado, el circuito de integración del pediatra en la red de SMIJ planteado en este trabajo presenta algunas limitaciones, siendo la fundamental que el organigrama está sujeto a la idiosincrasia de cada entorno. Es decir, cada región en nuestro país tiene un circuito particular a la hora de cómo hacer intervenir a los distintos agentes (profesionales sanitarios, profesores, sociales...). Si bien en España los servicios son razonablemente homogéneos a nivel nacional, no podemos olvidar las particularidades que existen entre comunidades autónomas. Por otro lado, para llevar a cabo un programa de este tipo es necesario un canal de comunicación fluido entre todos los agentes. Y esto no siempre es sencillo por las distintas barreras que existen.

Además, se plantea incorporar un programa de formación básico dirigido a los pediatras y enfermeras pediátricas, si bien es probable que no sea suficiente con una formación aislada de este tipo. Si se quiere que la consulta del pediatra sea un lugar útil para la prevención, identificación y seguimiento de los problemas psicoemocionales del niño y del

adolescente, esta formación debe ser práctica y continuada. Esta formación, en nuestra opinión, debe poner el foco en los aspectos clave y más necesarios, en suplir la desconfianza que los pediatras pueden tener a la hora de enfrentarse a esta problemática, así como facilitar algunas herramientas para hacer una valoración psicológica inicial. Consideramos que la entrevista psicológica es una pieza fundamental de la formación. Por otro lado, concretar el motivo del consulta en una hipótesis diagnóstica o incluso realizar un diagnóstico diferencial a partir de códigos diagnósticos (CIE-10 o DSM-5) no se antoja sencillo para este profesional con una formación básica. Es entendible, además, que los pediatras y los propios especialistas (psicólogos y psiquiatras infantojuveniles) vean dificultades en la parte del algoritmo que señala iniciar un plan de intervención desde la consulta del pediatra.

Sin embargo, no debemos olvidar que muchos de los motivos de consulta no serán propiamente trastornos sino malestares psicoemocionales que deberían poder ser abordados desde esta consulta en muchos de los casos. Algo que debemos tener también en cuenta es que, dentro de la pediatría, no todos los profesionales tienen la misma sensibilidad y motivación a la hora de abordar estas situaciones. Esto nos lleva a un escenario en el que podrían plantearse unas figuras de referencia dentro de los profesionales de la pediatría de cada región que abordasen esta problemática y que fueran los que recibiesen la formación conveniente, adquiriendo una experiencia de forma más eficiente. Recordemos en este punto que con esta propuesta no buscamos que los pediatras hagan de psicólogos o psiquiatras, sino que lo que planteamos en este trabajo es que la consulta de pediatría pueda ser un eslabón intermedio entre el niño y su familia y los profesionales especializados.

Uno de los principales desafíos en la integración del pediatra en la SMIJ es la derivación efectiva de casos. La falta de criterios claros y la variabilidad entre regiones generan sobrecarga en los servicios especializados. Es crucial que los pediatras reciban formación en la identificación de casos que realmente requieren derivación y en estrategias de manejo inicial de aquellos que pueden beneficiarse de intervenciones en AP. Una mejor coordinación entre pediatras y profesionales de SMIJ permitiría optimizar los recursos y mejorar la atención integral del paciente.

Como hemos mencionado, gran parte de los motivos de consulta que reciben en el momento actual estos servicios especializados no son realmente trastornos *per se*, sino que son situaciones de conflicto que viven los niños y sus familias como parte del desarrollo neuroevolutivo a cada edad. Es importante diferenciar entre trastornos mentales diagnosticables y malestares psicoemocionales transitorios que pueden abordarse desde la consulta pediátrica sin requerir derivación

a SMIJ. La sobrecarga de los servicios especializados muchas veces se debe a la falta de un filtro adecuado en atención primaria que permita identificar qué casos requieren intervención específica.

Dentro de las soluciones posibles, además de fortalecer e invertir en recursos especializados de salud mental, resulta obligado asentar el modelo en una mayor colaboración interdisciplinaria (entre pediatras, maestros, psicólogos...) y en el desarrollo de programas preventivos de salud mental en escuelas y comunidades para fomentar hábitos saludables y reducir la incidencia de problemas graves.

En resumen, a pesar de las limitaciones y desafíos identificados, la integración del pediatra en la red de SMIJ es esencial para mejorar la atención a la SMIJ, lo que podría tener un impacto positivo significativo en la salud a largo plazo. Esta propuesta (o variaciones de la misma) podría ayudar a paliar estas carencias, aunque su implementación efectiva requerirá un esfuerzo coordinado y adaptado a las realidades locales. La integración del pediatra en la red de SMIJ es fundamental para mejorar la detección temprana y optimizar los recursos especializados. Es esencial diferenciar entre trastornos mentales y malestares emocionales, fortalecer la formación en SM de los pediatras y mejorar la coordinación con los servicios especializados. El pediatra de AP cumple un rol esencial en la prevención, identificación y abordaje inicial de los problemas de SMIJ. Mediante las revisiones periódicas del niño sano, puede detectar factores de riesgo y promover estrategias de afrontamiento. Además, es clave en la identificación de señales de alerta temprana y en la intervención en casos leves o transitorios, evitando una derivación innecesaria a los servicios de SM, que deben priorizar los casos de mayor complejidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi Mente. Disponible en: https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/SOWC2021_ExecSum_SP_PRINT.pdf [último acceso 14 de febrero de 2025].
2. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf [último acceso 14 de febrero de 2025].
3. Plan de Acción de Salud Mental 2022 - 2024. Estrategia Salud Mental del SNS. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/PLAN_ACCION_SALUD_MENTAL_2022-2024.pdf [último acceso 14 de febrero de 2025].
4. Estrategia Estatal de Derechos de la Infancia y de la Adolescencia (2023-2030). Disponible en: https://www.juventudeinfancia.gob.es/sites/mijui.gob.es/files/Estrategia_Estatal_Derechos_Infancia-yAdolescencia.pdf [último acceso 14 de febrero de 2025].
5. Foy JM, Green CM, Earls MF; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Mental Health Leadership Work Group. Mental health competencies for pediatric practice. *Pediatrics*. 2019; 144(5): e20192757.
6. Green CM, Foy JM, Earls MF; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Mental Health Leadership Work Group. Achieving the pediatric mental health competencies. *Pediatrics*. 2019; 144(5): e20192758.
7. Tizón García JL. Prevención e intervención en la salud mental de la primera infancia desde los dispositivos de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2002; 4: 81-106.
8. Martínez González C. Los problemas de salud mental: un reto para el pediatra. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2002; 4: 139-44.
9. Hidalgo Vicario MI. El pediatra y la salud mental. *Pediatría integral*. 2012; XVI(9): 673-5.
10. Faya Barrios M, Graell Berna M. [Mental health care for children and adolescents in Spain. Past and present status and future perspectives]. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2021; 94: 1-3.
11. La red de salud mental: orientaciones y apoyo. Disponible en: https://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2022/11/red-salud-mental_27-5-2022-online.pdf [último acceso 14 de febrero de 2025].
12. Hua LL, Lee J, Rahmandar MH, Sigel EJ; Committee on Adolescence; Council on Injury, Violence, and Poison Prevention. Suicide and suicide risk in adolescents. *Pediatrics*. 2024; 153(1): e2023064800
13. McMillan JA, Land M, Jr., Tucker AE, Leslie LK. Preparing future pediatricians to meet the behavioral and mental health needs of children. *Pediatrics*. 2020; 145(1): e20183796
14. Gadassi H, Millo David I, Yaari M, Kerem E, Katz M, Porter B, et al. Enhancing the primary care pediatrician's role in managing psychosocial issues: a cross sectional study of pediatricians and parents in Israel. *Isr J Health Policy Res*. 2022; 11(1): 28.
15. Ani C, Ayyash HF, Ogundele MO. Community paediatricians' experience of joint working with child and adolescent mental health services: findings from a British national survey. *BMJ Paediatr Open*. 2022; 6(1): e001381
16. Horwitz SM, Storfer-Isser A, Kerker BD, Szilagyi M, Garner A, O'Connor KG, et al. Barriers to the identification and management of psychosocial problems: Changes from 2004 to 2013. *Acad Pediatr*. 2015; 15(6): 613-20.
17. O'Brien D, Harvey K, Howse J, Reardon T, Creswell C. Barriers to managing child and adolescent mental health problems: a systematic review of primary care practitioners' perceptions. *Br J Gen Pract*. 2016; 66(651): e693-707.