

Los cuidados de Enfermería en los problemas de conducta durante la transición adolescente

Nursing care in behavioral problems during adolescent transition

Autores/as

Ramírez Cardesín, María¹

Pedraz Marcos, Azucena²

1. Enfermera de Salud Mental. Unidad de Psiquiatría del Adolescente. HGU Gregorio Marañón. *Email:* cardesin8891@gmail.com

2. Profesora de la Sección Departamental de Enfermería. Facultad de Medicina. UAM. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4641-6891> *Email:* azucena.pedraz@uam.es

Resumen

Objetivos: Analizar la opinión que tienen las enfermeras que trabajan con población infanto-juvenil sobre los problemas de conducta del niño y adolescente, los factores de riesgo para el desarrollo de estos problemas y los cuidados enfermeros que precisan.

Metodología: Se trata de un estudio cualitativo descriptivo fenomenológico, en el marco de la Teoría de las Transiciones de Meleis. La estrategia de recogida de datos es el grupo de discusión y la entrevista en profundidad.

Puede citar este artículo como: Ramírez Cardesín M., Pedraz Marcos A. Los cuidados de Enfermería en los problemas de conducta durante la transición adolescente. RECIEN. 2020; 19: 40-57. <https://doi.org/10.14198/recien.2020.19.04>



Este trabajo se publica bajo una licencia de [Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

© Ramírez Cardesín M., Pedraz Marcos A.

Resultados y discusión: Los resultados indican que el aumento de problemas de conducta relacionados con la auto y heteroagresividad preocupa a las enfermeras, que detectan múltiples y complejos factores de riesgo familiares, personales y cognitivos y socio-culturales, sobre los que intervenir, que favorecen estos problemas de conducta.

Conclusión: Se apunta a la necesidad de mejorar la coordinación entre enfermeras y la necesidad de contar con la enfermera escolar al ser la escuela un contexto de socialización determinante en el desarrollo del niño y del adolescente.

Palabras clave: Adolescente, Transición, Rol enfermero, trastornos de conducta.

Abstract

Objective: *to analyze the opinion that nurses working with children and adolescents have about their behavioral problems, the risk factors for the development of these problems and the nursing care they need.*

Methodology: *this is a qualitative descriptive phenomenological study, within the framework of Meleis' Theory of Transitions. The data collection strategy is the focus group and in-depth interview.*

Results and discussion: *The results indicate that the increase in behavioral problems related to self - and heteroaggressiveness is of concern to nurses, who detect multiple and complex family, personal and cognitive and socio-cultural risk factors, on which to intervene, that favor these behavioral problems.*

Conclusion: *it points to the need to improve coordination between nurses, and the need to have the school nurse as the school is a determining context of socialization for children and adolescents development.*

Keywords: *Adolescent, transition, nurse role, behavioral disorders.*

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de transición del ser humano¹. En esta etapa vital, la interacción entre lo que necesita el individuo para construir su identidad y lo que le ofrece su entorno sociocultural cobra una gran trascendencia. El desarrollo de la identidad está fuertemente relacionado con el desarrollo puberal y con el desarrollo estructural y funcional del cerebro^{2,3}. Se experimentarán cambios a nivel psicológico, cognitivo, social, sexual y moral complejos que interactúan entre sí⁴.

Se estima que uno de cada cinco niños tendrá a lo largo de su infancia o adolescencia algún problema de salud mental; además existe un riesgo de cronificación y relación de continuidad entre los trastornos mentales infantiles y los de la vida adulta⁵.

En países industrializados, la prevalencia de trastornos mentales graves en la adolescencia esta entorno al 10%. Los trastornos mentales internalizantes, son más comunes en niñas, siendo los más habituales: depresión, ansiedad social y trastornos emocionales. Su prevalencia oscila entre el 12% y el 23%, dependiendo de los instrumentos diagnósticos y criterios aplicados. Los trastornos disruptivos (con un comportamiento muy manifiesto hacia el exterior) son más comunes en niños, con una prevalencia mundial de aproximadamente 5% a 10%. La prevalencia de conducta autolesiva es de alrededor del 14% en los niños y del 25% en las niñas⁶.

En España, en las Comunidades que cuentan con datos al respecto, los motivos de consulta más habituales, a nivel ambulatorio, son los denominados *Trastornos del comportamiento y emocionales de comienzo en la infancia y la adolescencia* es la clasificación de la CIE 10, grupo que incluye los trastornos disruptivos, de control de impulsos, de la conducta y múltiples trastornos relacionados con la adaptación y el vínculo^{5,7}.

Los comportamientos disruptivos, tales como arrebatos de cólera y agresión, están entre las razones más frecuentes de consultas ambulatorias. La irritabilidad es el síntoma central del trastorno negativista desafiante; el comportamiento agresivo está más asociado con el trastorno de conducta o trastorno disocial. Sin embargo, los niños con otros trastornos psiquiátricos también están en mayor riesgo de ira y agresión: la prevalencia de los trastornos disruptivos, oscila entre el 14% y el 35% en niños con trastorno de déficit de atención / hiperactividad (TDAH), de 14% a 62% en niños con trastornos de ansiedad y de 9% a 45% en niños con trastornos afectivos⁸. La alarma por los problemas de conducta de niños y adolescentes está justificada. Incluso los padres declaran sentirse desbordados y piden ayuda⁹.

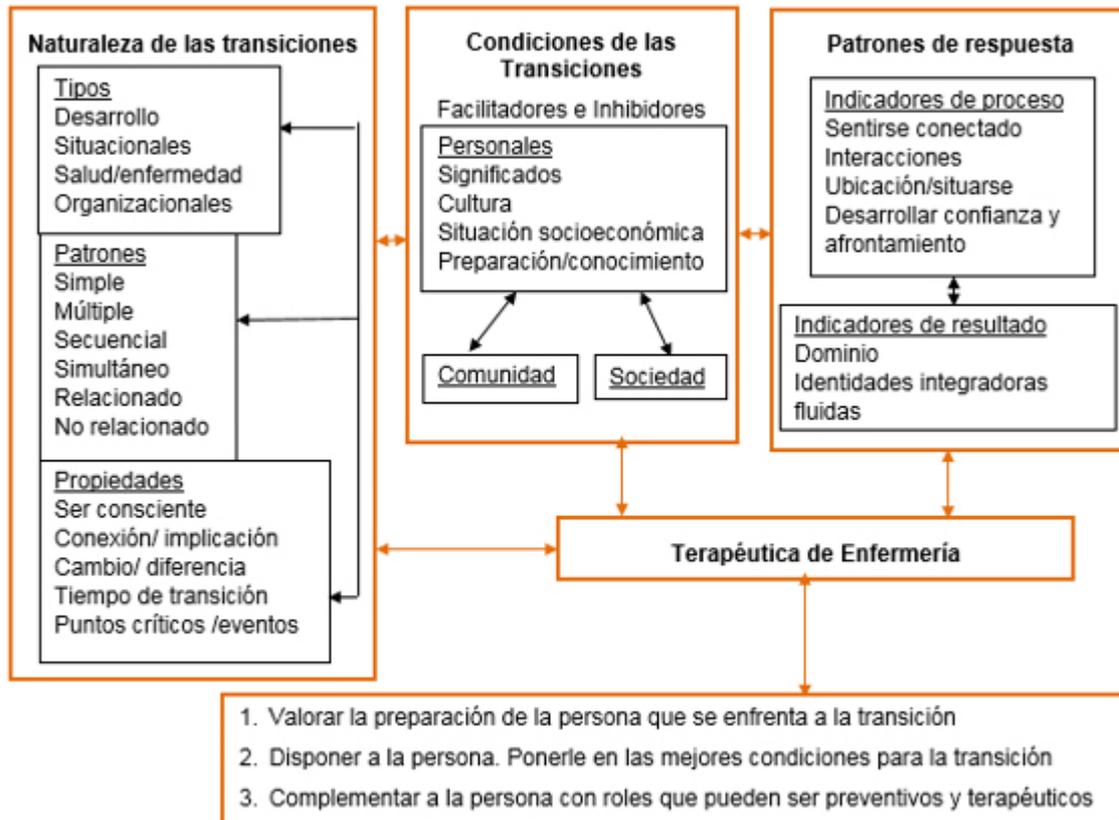
Las enfermeras están en condiciones ideales para identificar a niños y adolescentes con alteraciones de conducta aún incipientes, en la consulta de atención primaria y escolar¹⁰.

La figura enfermera está presente en los distintos niveles de prevención:

- Programas de intervención dirigidos al niño/adolescente.
- Programas de intervención centrados en la familia, para que el niño y adolescente cuente con un marco de referencia estable al adquirir hábitos de vida saludables¹¹.
- Intervención con los padres/tutores, dirigida a modificar conductas poco favorecedoras para la recuperación de la salud del niño/ adolescente, reforzando la capacidad de afrontamiento familiar^{12,13}.

Es evidente la contribución singular de la enfermera al cuidado durante la transición de la adolescencia. La disciplina enfermera cuenta con un marco formal, Meleis y su Teoría de las Transiciones, que encuadra esta contribución¹⁴. Desde este marco conceptual (Esquema 1), la adolescencia es una transición de desarrollo compleja que lleva asociada cambios organizacionales y situacionales. Además, la adolescencia cuenta con un acontecimiento crítico, que es el desarrollo puberal; este marcador específico intensifica la consciencia del cambio. Existen factores que facilitan y factores que dificultan la transición. Si el adolescente se siente confiado y capaz de afrontar e interaccionar en los distintos contextos de socialización, el resultado será una transición saludable. Meleis conceptualizó las terapias de enfermería como tres medidas aplicables en la transición: valorar cómo llega el niño a la adolescencia, los cambios que se producen y que significado tienen para él, a partir de esta valoración la enfermera le dispone y le complementa.

Esquema 1: Teoría de las transiciones de Meleis



Fuente: Elaboración propia a partir de Eun Ok Im. Teoría de las transiciones.
En: Alliquood. Modelos y teorías en Enfermería. Barcelona: Elsevier; 2015.

OBJETIVOS

El objetivo general es analizar la opinión que, desde su práctica profesional, tienen las enfermeras que trabajan con población infanto-juvenil sobre cuáles son actualmente los problemas de conducta de esta población y los aspectos relacionados con la prevención, detección y tratamiento de dichos problemas.

Objetivos específicos:

- Identificar los problemas de conducta en niños y adolescentes, vistos con más frecuencia en la práctica de las enfermeras que trabajan en el ámbito infanto-juvenil.
- Describir la opinión de las enfermeras que trabajan en el ámbito infanto-juvenil, sobre los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de los problemas de conducta en niños y adolescentes y cómo intervenir sobre ellos.
- Analizar el rol que las enfermeras que trabajan en el ámbito infanto-juvenil, perciben que tienen en la prevención, detección y tratamiento de los problemas de conducta y posibilidad de mejora de ese papel.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo descriptivo fenomenológico.

La población de estudio son los profesionales de Enfermería que trabajan con población infanto-juvenil en el ámbito de Salud Mental, Atención Primaria y centros escolares de la Comunidad de Madrid.

La estrategia de recogida de datos es el grupo de discusión en el caso de los profesionales de Enfermería de Salud Mental, que permite recoger la heterogeneidad de los dispositivos que componen la red; en el caso de Enfermería Escolar y de Atención Primaria, se realizan dos entrevistas con una mínima estructuración en la forma que facilita el discurso espontáneo de las profesionales entrevistadas, pero sin apartar el foco de los objetivos del estudio.

La captación de profesionales se efectúa a través de una red privada de pasos.

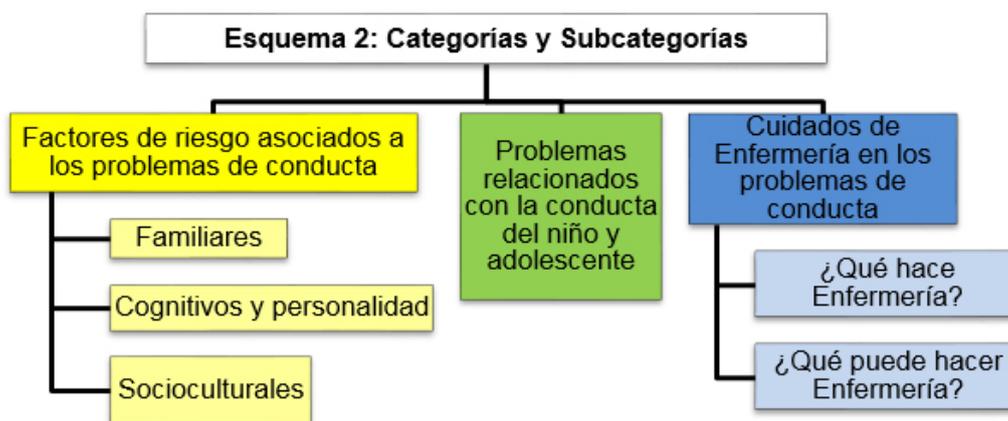
El perfil de las enfermeras participantes y los criterios para su inclusión y exclusión se recogen en la tabla 1.

Tabla 1: Perfil de participantes en grupo de discusión y entrevistas	
Grupo de discusión. (GD, EESM)	Criterios de inclusión Estar trabajando o haber trabajado recientemente y al menos durante un año en el recurso. Criterio de exclusión Tener familiares niños o adolescentes con diagnóstico de trastorno mental.
-Enfermeras/os de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil. (UHB) -Enfermera/o de Hospital de Día (HdeD) - Enfermeras/os de Centros de Salud Mental. (CSM)	
Entrevista en profundidad	
- enfermera/o escolar (E1, EE) - enfermera/o de Atención Primaria (E2, AP)	

Análisis

Análisis de contenido temático interpretativo de las transcripciones del grupo de discusión y las entrevistas:

- Transcripción verbatim de las grabaciones de audio, del grupo de discusión y de las entrevistas¹⁵.
- Selección de los fragmentos de las transcripciones que dan respuesta a los objetivos del proyecto y también de aquellos dichos significativos que emergen de los discursos. Estos fragmentos se categorizan por un código de colores (amarillo, verde y azul). Se trata de una categorización que permite incluir todo lo que emerge al analizar los fragmentos seleccionados, modulando y ampliando las categorías en el proceso.
- La complejidad de este fenómeno de estudio ha precisado de la subdivisión de las categorías para facilitar su comprensión (Esquema 2).



Fuente: Elaboración propia

Consideraciones Éticas

La información obtenida se utiliza exclusivamente para la consecución de los objetivos de la investigación. Se garantiza la confidencialidad de los datos de los participantes mediante una anonimización de los mismos. Las grabaciones y transcripciones se guardarán durante cinco años para permitir la difusión de los resultados de la investigación, y posteriormente se destruirán.

Este trabajo cuenta con el Informe favorable del Comité de Ética de Investigación de la UAM y de la Comisión Central de Investigación de Atención Primaria.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se expone una selección de fragmentos de las transcripciones, representativos de los objetivos marcados, y seguidamente se desarrolla la interpretación de estos fragmentos, relacionándolos con referencias de otras investigaciones interesadas en el tema.

1. Perspectiva enfermera: problemas de conducta del niño y del adolescente

Las enfermeras, tanto a nivel comunitario como de hospitalización, refieren un aumento de problemas de conducta con una marcada auto/heteroagresividad, coincidiendo con la evidencia referenciada en la introducción de este trabajo:

“Agresividad verbal, [...] intimidación”. EAP

“Incremento de ingresos con diagnóstico de trastorno de conducta [...] cada vez son más violentos”. GD

“Las autolesiones [...] se trabaja bastante tanto en hospitalización [...] como en pacientes ambulatorios”. GD

También, destacan las manifestaciones relacionadas con altos niveles de ansiedad: enuresis secundarias, trastornos del sueño, tricotilomania y otros. Estas manifestaciones pueden aparecer a edades muy tempranas como revelan los profesionales:

“Niños que vuelve a hacerse pis [...] al final siempre la ansiedad de fondo” EAP

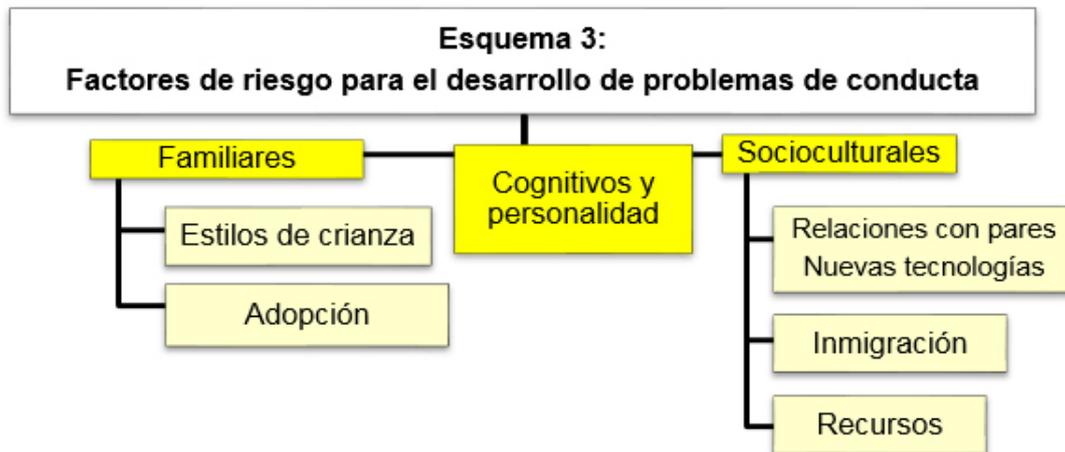
“¡Ya con siete años! [...] ansiedad por diversos motivos”. GD

“Vienen a enfermería somatizando [...] sobre todo dolor de cabeza o dolor de estómago [...] los niños te dicen más no verbalmente, con el cuerpo, con actitudes”. EE

La psicopatización representa una interacción entre los aspectos físicos y psíquicos. Lo observado por las enfermeras, está consonancia con estudios consultados^{16,17}, principalmente en niños pequeños, un problema psicológico o una angustia emocional suele expresarse a través de síntomas físicos, puesto que tienen dificultad para poner en palabras su malestar.

2. Factores de riesgo asociados a los problemas de conducta en la adolescencia

La multicausalidad de los problemas de conducta en la adolescencia se hace evidente en los discursos de las enfermeras participantes, estando en consonancia con trabajos publicados al respecto^{6,9}. Para una mejor comprensión de la complejidad de los factores de riesgo que traen las enfermeras en sus discursos se elabora un esquema (Esquema 3):



Fuente: Elaboración propia

2.1. Factores de riesgo familiares

2.1.1. *Estilos educativos:*

"Familias superexigentes... Luego están las familias que no aportan valores, normas." GD

"El niño no cumple las expectativas de los padres, chocan, confrontan" HdeD

"La sobreprotección o justamente lo contrario [...] carencias afectivas, necesita que se le escuche, atención." EAP

"Padres separados, con mala relación entre ellos [...] ninguno le marcan límites". GD

Estas impresiones, están en consonancia con publicaciones que ponen de manifiesto cómo un modelo educativo extremo (permisivo/punitivo) o entornos donde las manifestaciones afectivas se mueven en los extremos pueden estar en el origen de los problemas de conducta.

Los conflictos de pareja, la falta de criterios unificados, las actitudes de sabotear las relaciones de la expareja con los hijos en común, son potentes predictores de problemas de conductas en niños y adolescentes¹⁸:

2.1.2. Adopción:

"El niño pequeñito muy rico, [...] luego sale la personalidad del niño y no es como pensábamos" GD

La adopción, surge en el discurso de las enfermeras como un factor de riesgo familiar. Existe evidencia sobre la incapacidad de algunos padres adoptivos para aceptar al niño real, distinto al niño idealizado^{19,20}.

Otra perspectiva sobre la adopción como factor de riesgo, es la del niño que, por su condición de adoptado, tiene los sentimientos de pertenencia afectados y una mayor vulnerabilidad para desarrollar problemas relacionados con el vínculo²¹.

2.2. Factores de riesgo cognitivos

"Es cuando más frágiles son... su grupo de iguales cambia, su cuerpo cambia". EE

"Época típica de rebeldía, siempre lo ha sido". GD

"Necesitan ser aceptados [...] empiezan a consumir para encajar y sienten que funciona" GD

"Es adictivo [...] engancha de una manera... ". EAP. (Comentario referido a las autolesiones).

Se ha referenciado en la introducción, la complejidad de la adolescencia como etapa de búsqueda de la propia identidad unida a un cerebro aún en desarrollo. Esta situación les hace vulnerables a adquirir conductas de riesgo y a repetir una conducta para superar un estado basal de hipohedonia o regular afectos negativos intolerables^{2-4, 22}.

2.3. Factores de riesgo socio-culturales

2.3.1. Características de la sociedad actual:

"La sociedad en la que viven, no hay límites". GD

"Son muy competitivos [...] a veces no pueden gestionar todo, todas las responsabilidades que se les dan". EE

"La recompensa inmediata, no el trabajo a largo plazo". EAP

"Los profesores se sienten muchas veces desautorizados". EE

"Un niño llega a casa con la crítica y el padre, para defenderlo, va a atacar al profesor o al centro escolar y les quita parte de la autoridad" GD

Lo que las enfermeras transmiten se recoge en otras investigaciones: una sociedad permisiva, competitiva, con una escala de valores donde prima lo inmediato⁹. Una sociedad donde en la interacción entre educadores y educandos, se ha pasado de la autoridad impuesta a la autoridad construida, perdiendo, posiblemente, una disimetría necesaria para educar²³.

2.3.2. *Relaciones con pares y nuevas tecnologías:*

"Pasan mucho tiempo en las redes sociales, delante del móvil". GD

"Todo el mundo puede opinar [...] decir cualquier barbaridad... eso se queda para el resto de tus días". GD

"Aprenden por las redes sociales" (haciendo referencia a las autolesiones). GD

"Todo el día prácticamente conectado, jugando y en el momento que le quitan se ponen agresivo". EAP

Hay evidencia, de que las interacciones violentas desde las redes sociales, por ejemplo, el cyberbullying se asocia con estrés emocional, ansiedad social, consumo de sustancias, síntomas depresivos, ideación e intentos de suicidio²⁴.

La percepción de las enfermera, de que las conductas autolesivas se "aprenden" a través de las redes sociales, está en consonancia con los estudios que hablan del modelado o imitación de conductas autolesivas entre pares. De la misma manera que existe un problema de comportamiento adictivo en la utilización de las TIC hasta extremos que afectan al desarrollo normal de las actividades diarias y a la relación con el entorno²⁵.

2.3.3. *Inmigración y los problemas de adaptación y de vínculo:*

"La mamá se viene aquí y deja allí al niño, muy pequeño, [...] se lo trae con 10 o 15 años y el niño no conoce a esa madre, la madre normalmente ha rehecho su vida y ha formado una familia aquí y tiene un hijo pequeño y [...] sale el enfrentamiento". GD

Es importante señalar que los trastornos adaptativos y los trastornos de apego reactivo (vínculo) tienen en común que la exposición a un evento traumático o estresante que perturba el equilibrio fisiológico, cognitivo, emocional o de comportamiento normal de la persona. Hay evidencia sobre situaciones en las que un niño/adolescente inmigrante se enfrenta, al mismo tiempo, a un problema adaptativo y a un problema de apego por la separación durante años de la figura materna²⁶.

2.3.4. Los recursos:

"Servicios sociales, [...] tienen pocos recursos, [...] y los que tenemos que contener somos los de hospitalización" GD.

La falta de recursos para el tratamiento de los menores se evidencia también en el discurso de nuestras informantes, coincidiendo con la percepción que tienen otros profesionales sociosanitarios^{5.9}.

3. Cuidados de enfermería en los problemas de conducta

3.1. ¿Qué hace la enfermera?

Valorar, disponer, complementar, siguiendo la línea de la Dra. Meleis y su Teoría de las Transiciones.

La enfermera, en todos los contextos abordados en esta investigación, prepara al niño y mantiene al adolescente y a su entorno en las mejores condiciones para afrontar la adolescencia, valorando previamente los conocimientos y situación de la que parten todos los implicados en esta transición:

"Grupo de padres [...] grupos de educación para la salud y valoraciones individuales". GD

"Programa de educación para la salud [...] las enfermeras somos responsables del programa [...] actúa en áreas de nutrición y afectivo/sexual". GD

"Hacerles entender, a los adolescentes que también tienen que asumir obligaciones [...] a los padres, les intento explicar que tienen que ir dejando unas ciertas libertades a los chicos". EAP

Otra de las funciones de la enfermera es la presencia/acompañamiento: la disposición para escuchar, el interés por el malestar. Se trata de una presencia necesaria para valorar, preparar y complementar:

"Darles un espacio a los adolescentes y que nos vayan contando". GD

"Normalmente esos niños suelen venir a enfermería porque no están a gusto en la clase o porque el profesor le dice "sal un poco de clase y vete a enfermería"". EE

3.2. ¿Qué puede hacer la enfermera?

Nuestros profesionales destacan la necesidad de más intervenciones programadas, con actividades destinadas a preparar a los niños y a los padres para la transición de la adolescencia:

"Me gustaría la prevención en colegios [...] pautas desde pequeñitos, [...] lo que vemos más frecuente en la consulta, aceptar la frustración, situaciones estresantes en el cole". GD

"Algo más que las revisiones del niño sano, [...] grupos de adolescentes, [...] a nivel emocional las relaciones intrafamiliares,... no solamente con adolescentes, incluso con preadolescentes [...] prevenir los trastornos del vínculo, las alteraciones de conducta,...".

EAP

La coordinación y comunicación entre enfermeras de distintos dispositivos y ámbitos, se detecta como una herramienta fundamental, que podría mejorar:

"Mejorar la coordinación [...] saber los programas que trabajan en cada nivel". GD

"Más coordinación con servicios de infantil." EAP

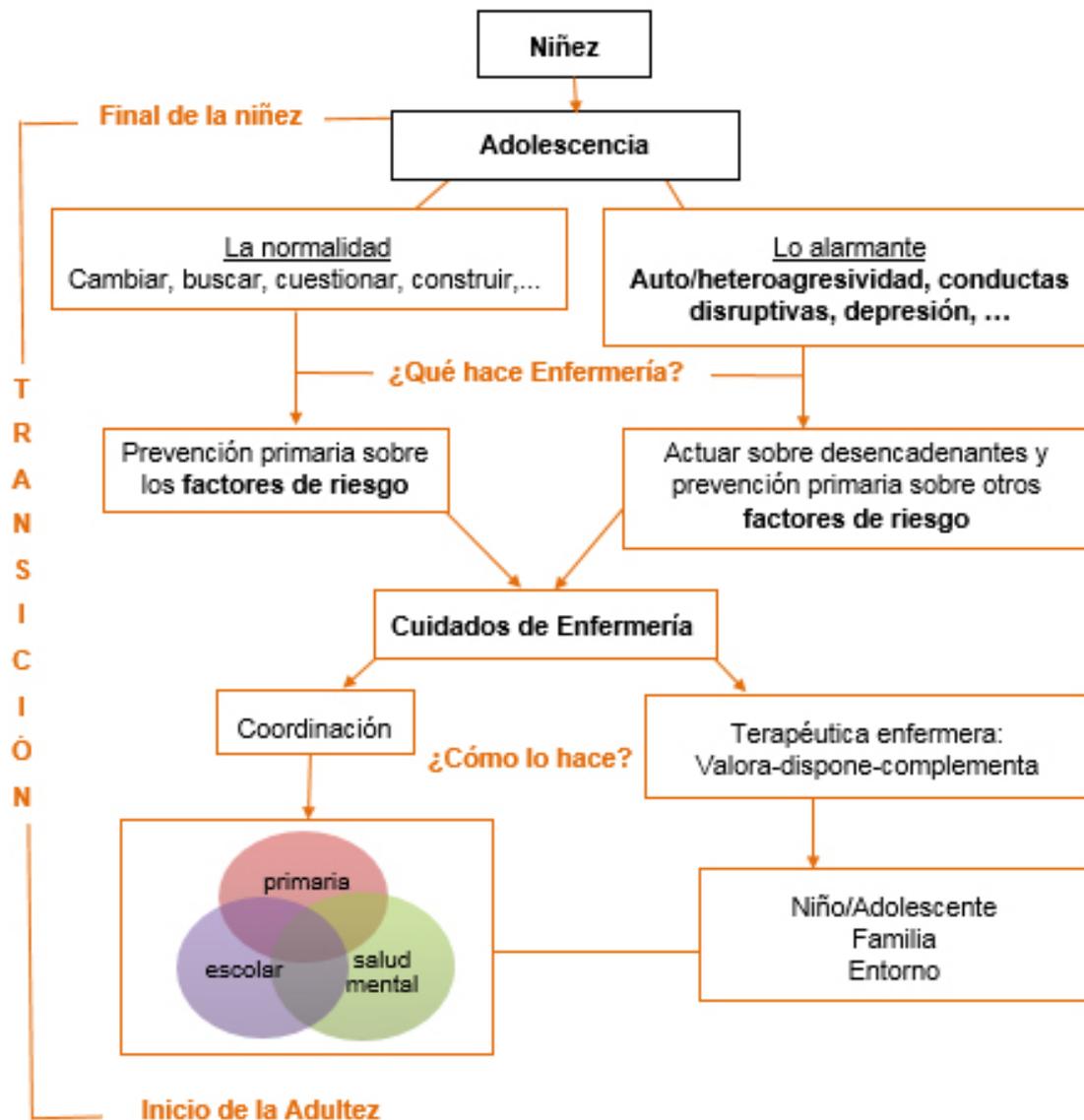
"Contactamos con Primaria puntualmente [...] esto hay que mejorarlo" GD

La coordinación intra/interequipos, es inherente a la asistencia de calidad y garantiza la atención integral, continuada y centrada en la persona y su entorno²⁷. Sin embargo, lo que las enfermeras nos traen al grupo y a las entrevistas es que la carga asistencial obliga a que la coordinación quede relegada a un "si se puede, nos reunimos":

"La presión asistencial, [...] das prioridad a atender al paciente, no te dices [...] me quito dos horas y me voy a hacer coordinación". GD

Para finalizar este epígrafe, en vista de los resultados, se diseña un cuadro de relaciones entre las tres categorías que dan respuesta a los objetivos de la investigación: los problemas de conducta que ven en su práctica las enfermeras, los factores de riesgo para prevenir estos problemas y el cuidado enfermero; desarrollándose un marco explicativo del estudio (Esquema 4):

Esquema 4: Cuadro de relaciones y marco explicativo



Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIÓN

Desde su práctica profesional, las enfermeras identifican múltiples factores de riesgo que amenazan al desarrollo saludable de la niñez y de la adolescencia, factores ya evidenciados en otros estudios. Se deja constancia en este trabajo de la relevancia de Enfermería en el diseño e implementación de intervenciones sobre estos factores de riesgo.

Se reconoce como un aspecto de mejora, la coordinación entre profesionales implicados en el cuidado de los niños y adolescentes.

Los distintos contextos de socialización del niño/adolescente (familia, escuela, comunidad) deberían contar con una enfermera de referencia. Sin embargo, muchos colegios carecen de enfermera o está sujeta a un contrato a tiempo parcial, sin garantía de continuidad en los cursos siguientes; además, muchas veces se limita su rol al de proveedora de "band-aids and ice" en lugar de ser considerada clave en identificar y crear estrategias de prevención e intervención²⁸.

Sería interesante, en futuros proyectos, desarrollar un grupo de discusión con enfermeras escolares que trabajen en centros con distinta titularidad: pública, privada y concertada, para recoger las posibles diferencias, en cuanto a problemas de conducta y posibilidad de abordaje por Enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es
2. Eddy Ives LS. La identidad del adolescente: Como se construye. *Adolescere*. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. Volumen II. Nº 2. Mayo 2014.
3. Konrad K, Firk C, Uhlhaas PJ. Brain development during adolescence: neuroscientific insights into this developmental period. *Dtsch Arztebl Int*. 2013 Jun; 110(25): 425-31. Epub 2013 Jun 21. Recuperado de: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0425>
4. Lozano Vicente A. Teoría de teorías sobre la adolescencia. Última década nº40, Proyecto Juventudes, julio 2014, pp. 11-36.
5. Arango C. Libro blanco de la Psiquiatría del Niño y del adolescente. Madrid: Universidad Complutense; 2014. Recuperado de: <https://www.fundacionaliciakoplowitz.org/libroblanco>
6. Herpertz-Dahlmann B, Bühren K, Remschmidt H. Growing up is hard: mental disorders in adolescence. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2013 Jun [consultado el 10 de junio de 2019]; 110 (25): 432-9. Recuperado de: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0432>
7. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes CIE-10. Madrid: Edt. médica panamericana; 2001.

8. Sukhodolsky DG, Smith SD, McCauley SA, Ibrahim K, Piasecka JB. Behavioral Interventions for Anger, Irritability, and Aggression in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016 Feb; 26(1): 58-64. Epub 2016 Jan 8. Recuperado de: <https://doi.org/10.1089/cap.2015.0120>
9. Matalí J. (Coord.). Adolescentes con trastornos de comportamiento. ¿Cómo podemos detectarlos? ¿Qué se debe hacer? Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu (ed); 2016. Recuperado de: <http://www.hsjdbcn.org>
10. Durand SC, McGuinness TM. Adolescents Who Self-Injure. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2016 Apr; 54(4): 26-9. Recuperado de: <https://doi.org/10.3928/02793695-20160318-04>
11. Rew L, Arheart KL, Thompson S, Johnson KJ. Predictors of adolescents' health-promoting behaviors guided by primary socialization theory. *Spec Pediatr Nurs*. 2013 Oct; 18(4): 277-88. Epub 2013 Jun 10. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/jspn.12036>
12. Torralbas Ortega J, Puntí Vidal J, Arias Núñez E, Naranjo Díaz MC, Palomino Escrivá J, Lorenzo Capilla A. Intervención enfermera en el plan terapéutico familiar de la anorexia nerviosa. *Enferm. Clin*. 2011; 21(6): 359-63. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.02.013>
13. Larsen Moen O, Hall Lord ML, Hedelin B. Living in a family with a child with attention deficit hyperactivity disorder: a phenomenographic study. *J Clin Nurs*. 2014 Nov; 23(21-22): 3166-76. Epub 2014 Feb 21. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/jocn.12559>
14. Im EO. Teoría de las transiciones. En: Alligood MR, editor. *Modelos y teorías en Enfermería*. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 368-84.
15. Zarco J, Ramasco M, Pedraz A, Palmar AM. *Investigación Cualitativa en Salud*. Madrid: CIS; 2019.
16. Guidetti V, Faedda N, Siniatchkin M. Migraine in childhood: biobehavioural or psychosomatic disorder?. *Headache Pain* [Internet]. 2016 [consultada el 17 de abril de 2019]; 17 (1): 82. Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/s10194-016-0675-0>
17. Navarro Pardo E, Meléndez Moral JC, Sales Galán A, Sancerni Beitia MD. Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema* [Internet]. 2012 [consultada el 07 de junio de 2019]; 24 (3): 377-83. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/4026.pdf>

18. Lamela D, Figueiredo B. Coparenting after marital dissolution and children's mental health: a systematic review. *JPediatr (RioJ)*. 2016; 92(4): 331-34. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.09.011>
19. Foli KJ, Hebdon M, Lim E, South SC. Transitions of Adoptive Parents: A Longitudinal Mixed Methods Analysis. *Archives of Psychiatric Nursing [Internet]*. 2017 [consultada el 20 de junio de 2019]; Elsevier. article in press. Recuperado de: [http://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(16\)30373-9/pdf](http://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(16)30373-9/pdf)
20. Foli KJ, South SC, Lim E, Hebdon M. Longitudinal Course of Risk for Parental Postadoption Depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [Internet]*. 2016 [consultada el 22 de junio de 2019]; 45(2): 210-26. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2015.12.011>
21. San Román Sobrino B. De los “hijos del corazón” a los “niños abandonados”: construcción de “los orígenes” en la adopción en España. *Papeles del Psicólogo [Internet]*. 2013 [consultada el 03 de febrero de 2019]; 34 (1): 2-10. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2166.pdf>
22. Villarroel J, Jerez S, Montenegro MA, Montes C, Igor M, Silva H. Non suicidal self injuries in clinical practice. *Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]*. 2013 Mar [consultada el 09 de marzo de 2019]; 51 (1): 38-45. Recuperado de: <https://doi.org/10.4067/S0717-92272013000100006>
23. Joan Tahull J, Montero Y. Reflexionado sobre el concepto de autoridad. *Revista de la Asociación de Sociología de la Educación. RASE [Internet]*. 2013 [consultada el 09 de marzo de 2019]; 6 (3): 459-77. Recuperado de: <https://ojs.uv.es/index.php/RASE/article/view/8672>
24. Bottino SM, Bottino CM, Regina CG, Correia AV, Ribeiro WS. Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review. *Cad Saude Publica [Internet]*. 2015 [consultada el 07 de junio de 2019]; 31(3):463-75. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00036114>
25. Frías A, Vázquez M, del Real A, Sánchez C. Self-harm behaviour in adolescents: Prevalence, risk factors, and treatment. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace [Internet]*. 2012 [consultada el 07 de febrero de 2019]; (103) 5: 33-48. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Angel_Montejo/publication/259178109_Psiquiatria_y

[sexualidad Condenados a entenderse/links/02e7e52a612f57b3a5000000.pdf?origin=publication_list](https://doi.org/10.1016/j.escp.2019.12.001)

26. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales. 5ª Edición. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
27. Servicio Madrileño de Salud. Marco Referencial de la Continuidad de Cuidados en el Servicio Madrileño de Salud [monografía en Internet]; 2014 [consultada el 20 de diciembre de 2019].
28. King, K. Violence in the School Setting: A School Nurse Perspective" OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 2014; 19 (1), Manuscript 4. DOI: 10.3912/OJIN.Vol19No01Man04.