

CRISIS AGUDA DE ANSIEDAD EN LA NIÑEZ: CONCEPTUALIZACIÓN E INTERVENCIÓN DESDE EL MODELO COGNITIVO INTEGRATIVO

Acute Anxiety Crisis in Childhood: Case Conceptualization and Intervention from an Integrative Cognitive Model

Lic. Yanina Oliva

Especialista en Terapia Cognitivo Conductual - Integrativa
Fundación Aiglé

Contacto: olivayanina@gmail.com

Resumen: El presente trabajo describe el caso de un paciente de 9 años que reconsulta ante una crisis aguda de ansiedad severa, caracterizada por miedos somáticos catastróficos, conductas ritualistas y una marcada evitación escolar. El paciente presentaba antecedentes de ansiedad de separación y fobia específica, tratados previamente con buenos resultados. El objetivo del artículo es describir el proceso de conceptualización clínica y las decisiones terapéuticas implementadas durante la fase aguda de la demanda, utilizando como marco el modelo cognitivo integrativo desarrollado por Héctor Fernández Álvarez, el cual propone una comprensión multidimensional del sufrimiento psicológico y la integración de distintos niveles de intervención clínica. Se diseñó un abordaje psicoterapéutico mixto que combinó intervenciones individuales, familiares y contextuales, priorizando la estabilización sintomática y la desactivación de agentes de mantenimiento. La evolución clínica mostró una reducción progresiva de la sintomatología ansiosa; no obstante, la persistencia de crisis de elevada intensidad transmitida por los padres requirió una interconsulta psiquiátrica y el acompañamiento psicofarmacológico en un trabajo interdisciplinario. El caso pone de relieve la utilidad del enfoque integrativo para abordar crisis agudas de ansiedad en la niñez.

Palabras clave: *ansiedad severa; niñez; crisis aguda; modelo cognitivo integrativo; psicoterapia*

Abstract: *This article presents the case of a 9-year-old male patient who returned to psychological treatment due to an acute crisis of severe anxiety, characterized by catastrophic somatic fears, ritualistic behaviors, and marked school avoidance. The patient had a previous history of separation anxiety and specific phobia, successfully treated. The aim of the article is to describe the clinical formulation and therapeutic decisions implemented during the acute phase of demand, using Héctor Fernández Álvarez's integrative*

cognitive model as a theoretical framework, which emphasizes a multidimensional understanding of psychological distress and the integration of different levels of clinical intervention. A mixed psychotherapeutic approach was designed, combining individual, family, and contextual interventions, prioritizing symptom stabilization and the deactivation of maintenance factors. Although a progressive reduction in anxiety symptoms was observed, the persistence and severity of acute crises reported by the parents led to a psychiatric consultation and the addition of psychopharmacological support within an interdisciplinary approach. The case highlights the usefulness of an integrative approach in addressing acute anxiety crises in childhood.

Keywords: *severe anxiety, childhood, acute crisis, cognitive integrative therapy, psychotherapy*

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre las condiciones psicopatológicas más prevalentes en la infancia y la adolescencia a nivel mundial y constituyen uno de los principales motivos de consulta en salud mental infanto-juvenil (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, & Rohde, 2015; World Health Organization [WHO], 2024). Asimismo, la evidencia ha mostrado que la aparición temprana de sintomatología ansiosa se asocia con un mayor riesgo de persistencia de los síntomas, desarrollo de comorbilidades y deterioro del funcionamiento psicosocial en etapas posteriores del desarrollo (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009), lo que subraya la relevancia de su detección y abordaje terapéutico oportunos.

Desde los modelos cognitivos del desarrollo se ha señalado que los niños con sintomatología ansiosa tienden a interpretar de manera catastrófica determinadas sensaciones internas o situaciones ambiguas, lo que incrementa la percepción de amenaza y refuerza las conductas de evitación (Kendall, Hudson, Gosch,

Flannery-Schroeder, & Suveg, 2008). Durante la infancia y la adolescencia, cuando las capacidades de regulación emocional aún se encuentran en proceso de desarrollo, estas respuestas pueden intensificarse rápidamente y derivar en crisis agudas con alto impacto funcional. Diversos estudios han señalado de manera consistente que estos procesos se asocian con la persistencia del malestar y con la consolidación de patrones evitativos y conductas de seguridad que contribuyen al mantenimiento de la sintomatología ansiosa (Craske, Treanor, Conway, Zbozinek, & Vervliet, 2014; Creswell, Waite, & Hudson, 2020).

Desde una perspectiva integrativa, estas manifestaciones no se comprenden únicamente como síntomas aislados, sino como la expresión de esquemas de vulnerabilidad que se activan en interacción con factores contextuales, familiares y escolares (Fernández Álvarez, 2015). En este sentido, la ansiedad severa en la niñez requiere un abordaje clínico que articule la urgencia sintomática con una lectura amplia del padecimiento, considerando tanto los procesos individuales como el contexto relacional en el que se inscribe la experiencia del niño.

El presente trabajo tiene como objetivo describir el abordaje clínico de una crisis aguda de ansiedad en un niño, el proceso de conceptualización del caso y las decisiones terapéuticas adoptadas desde un encuadre cognitivo integrativo.

MÉTODO Y CONSIDERACIONES CLÍNICAS

Se trata de un reporte de caso basado en material clínico, entrevistas con el paciente y sus padres, y en la observación del proceso psicoterapéutico durante la fase aguda del motivo de consulta. Asimismo, se incorporó información contextual proveniente del ámbito escolar cuando resultó pertinente para sostener los objetivos clínicos, siempre con consentimiento familiar y resguardando el secreto profesional.

En un tratamiento previo, el paciente había sido evaluado mediante instrumentos clínicos, observándose la conveniencia de realizar una evaluación específica vinculada al rendimiento académico. Sin embargo, ante la reconsulta en el marco de una situación crítica, se priorizó la estabilización clínica y la reducción del sufrimiento, por lo cual no se administraron instrumentos de evaluación durante la fase inicial.

Asimismo, ante la presencia de sintomatología fisiológica marcada —incluida la sensación de falta de aire—, se mantuvo comunicación con el médico pediatra tratante con el fin de descartar condiciones orgánicas concurrentes y evitar una atribución prematura de dichos síntomas exclusivamente a la ansiedad, garantizando así una lectura integral del cuadro clínico.

Con el objetivo de preservar la identidad del paciente y de su familia, se modificaron los datos

identificatorios sin alterar los aspectos clínicos relevantes para el análisis.

Presentación del caso y antecedentes clínicos

Tomás, de 9 años, reconsulta en el contexto de una intensificación significativa de sintomatología ansiosa con impacto funcional.

El cuadro se caracterizó por miedos somáticos de tipo catastrófico, elevadas respuestas de alarma, conductas ritualistas y una marcada evitación escolar. El niño expresaba temor persistente a “morirse” o “descomponerse” en la escuela, acompañado de intensa activación fisiológica y episodios de desregulación emocional. Las mañanas previas a la asistencia escolar se caracterizaban por llanto, gritos, quejas somáticas —principalmente dolor abdominal— y conductas disruptivas que incluían tirarse al piso, junto con expresiones reiteradas de que “le falta el aire” o “se va a morir”.

Durante la noche, anticipaba con angustia la jornada siguiente, presentando dificultad para iniciar el sueño y múltiples llamados a la madre. Asimismo, se registraban despertares nocturnos durante los cuales el niño solicitaba la presencia materna para poder volver a dormirse, manifestando inquietud, temor a sentirse mal o dificultad para conciliar nuevamente el sueño. Estos episodios reflejaban la persistencia de un estado de elevada activación ansiosa y una marcada necesidad de regulación externa frente al malestar. En el ámbito escolar, manifestaba temor a sentirse mal sin poder recibir ayuda inmediata, disminución de la ingesta durante la jornada y pedidos insistentes de ser retirado antes del horario habitual.

En el transcurso del proceso también emergieron temores vinculados a otras situaciones potencialmente percibidas como amenazantes, tales como la posibilidad de que un avión “se caiga” durante un viaje programado. Si bien el niño logró realizar el vuelo con acompañamiento, expresó anticipación ansiosa significativa en los días previos, formulando preguntas reiteradas sobre seguridad y posibles accidentes. Este elemento fue comprendido no como una fobia específica aislada, sino como expresión de un patrón cognitivo centrado en la anticipación de daño físico y pérdida de control.

El cuadro incluía la consolidación de conductas ritualizadas orientadas a neutralizar la amenaza anticipada, tales como lavado repetitivo de manos, evitación de prendas de determinado color, necesidad de tocar objetos un número específico de veces, disposición corporal rígida al dormir y uso exclusivo de determinados productos de higiene personal.

Los padres describían la situación como progresivamente desbordante, alternando intentos de contención con concesiones que, si bien buscaban aliviar el sufrimiento inmediato, contribuían al mantenimiento del circuito ansioso.

Los antecedentes clínicos incluían tratamiento previo por ansiedad de separación y fobia específica, con evolución favorable.

Diagnóstico clínico

En este caso, la toma de decisiones clínicas se orientó a partir de una formulación que permitió comprender el cuadro en su complejidad, atendiendo tanto a la organización dimensional del malestar como a los procesos implicados en su configuración y mantenimiento. Esta perspectiva facilitó integrar los distintos niveles —cognitivos, emocionales, fisiológicos, conductuales, relacionales y contextuales— relevantes para la singularidad del caso y orientar la intervención de manera ajustada a la fase aguda de la demanda.

Desde un punto de vista descriptivo, la presentación clínica se caracterizaba por anticipaciones catastróficas centradas en daño físico o muerte, intensa activación fisiológica acompañada de temor a perder el control o morir, hipervigilancia respecto de sensaciones corporales, evitación escolar significativa y la presencia de conductas ritualizadas orientadas a disminuir o neutralizar el malestar. Estos procesos configuraban un circuito de ansiedad de elevada intensidad con impacto funcional relevante en la vida cotidiana del niño y su familia.

En términos categoriales, el cuadro puede situarse de manera general dentro del espectro de los trastornos de ansiedad en la infancia, de acuerdo con los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR; American Psychiatric Association, 2022)* y la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11; WHO, 2019)*. No obstante, la configuración clínica observada no se correspondía plenamente con una única categoría diagnóstica específica, por lo que resultó clínicamente más pertinente privilegiar una lectura dimensional y procesual del cuadro.

Los antecedentes de ansiedad de separación y fobia específica, previamente tratados con evolución favorable, fueron considerados en remisión al momento de la reconsulta.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO DESDE EL MODELO INTEGRATIVO

Desde el modelo cognitivo integrativo, la conceptualización del caso permitió comprender la crisis ansiosa como la activación de esquemas de vulnerabilidad previamente establecidos, en interacción con factores evolutivos y contextuales. La intensidad del malestar, el deterioro funcional y la rápida escalada de los síntomas indicaron que el paciente se encontraba atravesando una fase aguda de la demanda, lo que orientó las prioridades del abordaje clínico hacia la estabilización y la reducción del sufrimiento inmediato.

En el caso presentado, las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales y la

hipervigilancia somática se asociaron a conductas de evitación y rituales de control que, si bien aliviaban transitoriamente la angustia, reforzaban la percepción de amenaza y la sensación de pérdida de control.

La literatura sobre ansiedad infantojuvenil también ha destacado el papel de las respuestas parentales en el mantenimiento de los cuadros ansiosos, particularmente cuando las conductas de cuidado tienden a organizarse en torno a la reducción inmediata del malestar del niño (Rapee, 2012). En este caso, la elevada preocupación familiar frente a las crisis contribuyó, de manera no intencional, a reforzar la evitación y las estrategias de control. Por ejemplo, frente a la intensa resistencia del niño a asistir al colegio, la familia había comenzado a implementar distintas estrategias destinadas a reducir el nivel de desregulación emocional que aparecía antes de salir de la casa, tales como permitirle ingresar más tarde al establecimiento, retirarlo antes de finalizar el día o autorizar ausencias ocasionales. En otras situaciones, antes de ir al colegio, el niño manifestaba preocupaciones corporales que se expresaban a través de una atención persistente a distintas sensaciones físicas cotidianas y, ante la aparición de molestias inespecíficas —como dolor abdominal—, tendía a interpretarlas como posibles señales de una enfermedad grave. En esos momentos la madre solía revisarle el abdomen para descartar la presencia de apendicitis. Si bien la madre sabía que no existían indicios médicos de dicha condición, realizaba estas revisiones con el objetivo de tranquilizar al niño.

Desde esta formulación, se consideraron como esquemas de vulnerabilidad aprendizajes previos ligados a la ansiedad, junto con esquemas cognitivos relacionados con la percepción de amenaza y la dificultad para tolerar la incertidumbre. Estos esquemas incluyeron, entre otros aspectos, una elevada sensibilidad a la ansiedad, vinculada a aprendizajes previos de amenaza y a la interpretación catastrófica de sensaciones corporales, en consonancia con los antecedentes de consulta por ansiedad de separación y fobia específica.

Entre los posibles factores precipitantes se destacaron el aumento de las exigencias escolares y las tensiones asociadas al rendimiento. Durante este período el niño utilizaba un cuaderno adicional para realizar tareas de apoyo, lo que implicaba trabajar contenidos diferenciados dentro del aula. Si bien estas medidas tenían como objetivo acompañar su proceso de aprendizaje, el niño las vivenciaba como una situación que lo diferenciaba del resto de sus compañeros, incrementando su percepción de estar siendo observado o evaluado por los demás. Desde la formulación clínica del caso, este tipo de experiencias se articulaba con preocupaciones vinculadas a su desempeño y a la posibilidad de cometer errores frente al grupo, junto con anticipaciones de evaluación negativa por parte de los

pares y del docente. En este sentido, determinadas situaciones académicas adquirirían para él un carácter marcadamente evaluativo, favoreciendo una mayor focalización en su propio desempeño. Asimismo, expresó que, a partir de una reorganización institucional, se habían reconfigurado los grupos de alumnos. En esta situación refería que durante los recreos “no habla con nadie” o que se quedaba “parado mirando”.

También transmitía experiencias que le resultaban desafiantes en términos de exposición y desempeño dentro del contexto escolar, como los momentos de almuerzo, en los que se sentaba solo o era incluido con sus compañeros, pero no comía ni interactuaba con ellos.

Los agentes de mantenimiento identificados incluyeron principalmente la hipervigilancia frente a las sensaciones corporales, las interpretaciones catastróficas de dichas sensaciones, las conductas de evitación asociadas a la asistencia al colegio, algunas conductas ritualizadas orientadas al control o neutralización del malestar —como no usar prendas de un color determinado para no tener mala suerte o tocar cierta cantidad de veces el picaporte antes de salir de su casa— y, en el plano interpersonal, respuestas familiares de reaseguramiento frente a la ansiedad del niño.

Diseño de tratamiento y técnicas implementadas

Se implementó un abordaje psicoterapéutico multimodal que combinó intervenciones individuales con el paciente, trabajo con los padres y articulación con el contexto escolar. La consolidación de una alianza terapéutica sólida con el niño y su familia, junto con la psicoeducación, constituyeron ejes centrales del tratamiento.

Mediante intervenciones adaptadas a su edad se trabajó en la identificación de las situaciones desencadenantes de la ansiedad y en la comprensión de las respuestas emocionales, corporales y conductuales asociadas, introduciendo la relación entre ansiedad, evitación y mantenimiento del malestar. Este trabajo se extendió a los padres y al ámbito escolar —con consentimiento familiar y resguardando el secreto profesional— con el objetivo de construir criterios compartidos de comprensión del cuadro ansioso y modalidades de acompañamiento coherentes entre los distintos contextos del niño.

En este marco se incorporaron intervenciones cognitivo-conductuales que incluyeron la identificación de pensamientos catastróficos y su reestructuración cognitiva, el uso de registros clínicos adaptados a su nivel evolutivo y la implementación de exposiciones graduales a situaciones temidas, favoreciendo el acercamiento progresivo a experiencias que tendía a evitar, como dormir solo, asistir al colegio o ampliar su permanencia en distintas actividades cotidianas. Estos recursos se complementaron con apoyos visuales

y metáforas terapéuticas orientadas a facilitar la comprensión del funcionamiento de la ansiedad y de la relación entre evitación y mantenimiento del malestar.

De manera complementaria, se trabajó en la identificación y modificación de conductas ritualizadas utilizadas por el niño como intentos de reducir la ansiedad o prevenir eventos temidos, tales como lavarse las manos repetidamente, tocar determinados objetos varias veces o acomodar objetos personales de forma específica. Estas conductas fueron conceptualizadas como estrategias de alivio inmediato que, si bien reducían momentáneamente el malestar, contribuían al mantenimiento de la ansiedad. Para su abordaje se implementaron intervenciones basadas en prevención de respuesta, orientadas a favorecer la tolerancia progresiva de la incomodidad asociada a no realizar dichos rituales.

La intervención con los padres se orientó a identificar determinadas dinámicas familiares que podían contribuir al mantenimiento del problema —como permitir la evitación o flexibilizar ciertas demandas frente a la ansiedad— promoviendo modalidades de acompañamiento que favorecieran el afrontamiento progresivo de las situaciones temidas y el fortalecimiento de la autonomía del niño.

En relación con el contexto escolar, se acordó con la institución educativa un plan de reincorporación progresivo que incluyó intercambios con el equipo docente para coordinar criterios de acompañamiento, favorecer una integración gradual del niño en la dinámica escolar y reducir inicialmente la presión evaluativa, promoviendo experiencias de participación social positivas.

Además de los encuentros presenciales con la familia, el proceso terapéutico incluyó instancias de seguimiento intersesiones a partir de registros que la madre compartía, consignando episodios relevantes de la vida cotidiana del niño, la aparición de crisis de ansiedad y las estrategias implementadas para afrontarlas. Estos registros permitieron un monitoreo clínico continuo del caso y el ajuste de las intervenciones terapéuticas según la evolución observada.

De este modo, el tratamiento se orientó a modificar progresivamente los patrones de evitación y la dependencia de estrategias de control de la ansiedad, promoviendo experiencias de afrontamiento adaptativas que favorecieran el desarrollo de recursos de regulación emocional y una mayor autonomía en la vida cotidiana del niño.

Evolución

Durante las primeras semanas de tratamiento se observó una reducción progresiva de la sintomatología ansiosa, con disminución de conductas ritualistas y un retorno gradual a la escolaridad. Asimismo, se registró una mejoría en la autonomía y en la participación en actividades sociales.

No obstante, los padres continuaron transmitiendo la vivencia de crisis de ansiedad de elevada intensidad. De acuerdo con los modelos transdiagnósticos en infancia, la flexibilidad en la toma de decisiones clínicas resulta fundamental cuando la severidad del cuadro interfiere significativamente en el funcionamiento cotidiano (Chorpita & Daleiden, 2009). Transcurridas aproximadamente cuatro semanas de tratamiento, se indicó interconsulta con médico psiquiatra.

Una vez planteada esta indicación, se puso de manifiesto una divergencia entre los padres respecto de la posibilidad de iniciar tratamiento psicofarmacológico. Si bien esta discrepancia no se expresaba de manera explícita, se evidenciaba en la postergación de la consulta médica.

En el espacio familiar, sostenido sobre una alianza terapéutica sólida, se procuró dar lugar a las inquietudes, expectativas y temores que atravesaban. Continuaron describiendo episodios de marcada desregulación conductual —coincidiendo en que, pese a los intentos por implementar las estrategias trabajadas durante el tratamiento, estas situaciones resultaban difíciles de sostener en la vida cotidiana—. Frente a la persistencia de estos episodios, los padres accedían a lo que el niño solicitaba con el objetivo de aliviar momentáneamente su sintomatología; una dinámica que, si bien lograba disminuir transitoriamente la intensidad del episodio, terminaba reforzando las conductas de evitación. El trabajo de psicoeducación sobre esta dinámica de mantenimiento de la ansiedad permitió avanzar con la interconsulta con psiquiatría infantojuvenil para su evaluación clínica y eventual indicación de tratamiento psicofarmacológico como complemento del abordaje terapéutico.

Transcurridas aproximadamente seis semanas de tratamiento, los padres realizaron la interconsulta con un psiquiatra infantojuvenil, decidiéndose complementar el abordaje psicoterapéutico con tratamiento psicofarmacológico.

CONSIDERACIONES FINALES

El caso presentado ilustra la complejidad clínica que pueden adquirir las crisis agudas de ansiedad en la niñez y pone de relieve la importancia de sostener decisiones clínicas flexibles, ajustadas a la singularidad del paciente y al momento evolutivo del cuadro.

La relevancia de una alianza terapéutica sólida y de decisiones clínicas flexibles, ajustadas a la singularidad del paciente, ha sido destacada por los enfoques integrativos contemporáneos, que enfatizan la importancia de la relación terapéutica como un factor central en el proceso de cambio (Norcross & Wampold, 2011).

El caso presentado pone de relieve la complejidad de las crisis agudas de ansiedad en la niñez y la necesidad de abordajes que eviten lecturas reduccionistas del sufrimiento clínico. Desde una perspectiva cognitivo-integrativa, la articulación entre procesos cognitivos, respuestas emocionales, contexto familiar y momento evolutivo permitió organizar la comprensión del caso y orientar decisiones clínicas ajustadas a la fase de la demanda (Fernández Álvarez, 2015).

Los aportes de los modelos cognitivos del desarrollo subrayan que la ansiedad infantil no puede ser abordada exclusivamente desde la supresión del síntoma, sino desde la promoción de recursos de afrontamiento y regulación emocional acordes a la edad (Kendall et al., 2008). En este sentido, la flexibilidad del enfoque integrativo resultó esencial para sostener un proceso terapéutico cuidadoso, éticamente situado y sensible a la singularidad del niño.

La interconsulta psiquiátrica y el acompañamiento psicofarmacológico se comprendieron como un recurso interdisciplinario ante la persistencia de crisis severas, orientado a favorecer la estabilización clínica y a sostener el trabajo psicoterapéutico.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483–524. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002>
- Chorpita, B. F., & Daleiden, E. L. (2009). Mapping evidence-based treatments for children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(4), 566–579. <https://doi.org/10.1080/15374410903103549>
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10–23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Creswell, C., Waite, P., & Hudson, J. (2020). Anxiety disorders in children and young people: Assessment and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(6), 628–643. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13186>
- Fernández Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Paidós.
- Fernández Álvarez, H. (2015). *Integración y salud mental: El proyecto Aigle 1977–2008* (3.ª ed.). Desclée de Brouwer.

- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(2), 282–297. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.282>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy, 48*(1), 98–102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Rapee, R. M. (2012). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review, 15*(1), 69–80. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0106-3>
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th revision)*. Retrieved from <https://icd.who.int/>
- World Health Organization. (2024). *Mental health of children and young people: Service guidance*. Retrieved from <https://www.who.int/>