

# Problemas de salud mental en la adolescencia

## M. Faya Barrios

Alcendor (Huelva)

Servicio de Psiquiatría.

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

La adolescencia constituye una etapa singular en el contexto del ciclo vital humano y sólo puede entenderse en conexión con la infancia anterior y con la edad adulta como proyecto de futuro. En la adolescencia hay una serie de tareas a cumplir como son tener que adaptarse a los cambios corporales, afrontar el desarrollo sexual, establecer y confirmar el sentido de identidad, sintetizar la personalidad, independizarse y emanciparse de la familia así como adquirir un sistema de valores respetuoso con los derechos propios y ajenos.

Toda esta ardua tarea a realizar en este período evolutivo de la adolescencia, se complica, y de qué forma, cuando estamos ante adolescentes con patología mental.

En este artículo intentaremos abordar, de forma somera, los trastornos mentales más frecuentes entre los adolescentes y que son motivos frecuentes de demanda atencional en Atención Primaria.

## 1. Trastornos de la conducta alimentaria

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (Anorexia nerviosa, Bulimia Nerviosa y Cuadros afines) son un importante problema de salud pública. Su alta incidencia, las características de la población a la que afecta, su larga evolución junto a la repercusiones biológicas, psicológicas, familiares y sociales, le confieren a esta patología una importante relevancia socio-sanitaria.

Son patologías mentales con alteraciones físicas severas, derivadas de la desnutrición o de las conductas compensatorias existentes que pueden poner en riesgo vital al paciente.

Los pacientes (mayoritariamente de sexo femenino, el 90% frente al 10% en varones) con Trastornos de la Conducta Alimentaria tienen en común la dificultad para aceptarse y alcanzar su maduración. La insatisfacción corporal les caracteriza, así como el temor a perder el control sobre la alimentación y, por ende, de sus vidas.

Es un cuadro relativamente fácil de diagnosticar, ya que su sintomatología es explícita y no necesita de complicadas exploraciones complementarias, sin embargo dado su carácter insidioso, la nula conciencia de enfermedad por parte de las pacientes, las creencias familiares al respecto, asociado a la pretensión de adelgazar, hace que se pierda un tiempo precioso, y que lleguen a las Unidades de Hospitalización con cuadros de desnutrición severa y complicaciones médicas secundarias a éstas, que ponen en peligro la vida de los pacientes. Es de suma importancia un diagnóstico precoz.

## Definición y clasificación de los TCA

Siguiendo las actuales clasificaciones de la OMS (CIE-10) y el Manual de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSMIV – TR) que proponen criterios diagnósticos los Trastornos de la Conducta Alimentaria en:

- ANOREXIA NERVIOSA (subtipo restrictivo y purgativo).
- BULIMIA NERVIOSA (subtipo purgativo y no purgativo).
- TCANE (Trastornos del Comportamiento Alimentario No Especificado).

Se define la **Anorexia Nerviosa** como un deseo irrefrenable por estar delgado acompañado de prácticas para conseguirlo: dieta restrictiva estricta y/o conductas purgativas (vómitos auto-inducidos, uso/abuso de laxantes o diuréticos...). Presentan, a pesar de la delgadez, un intenso temor a ser obesas, asociado con una distorsión de su imagen corporal. La dieta, la figura y el peso se convierten en eje de su vida, llevando a cabo además de la evitación hacia las comidas, acciones compensatorias (ejercicio físico extremo, purgas...).

### Criterios diagnósticos:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo considerado normal.
- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo considerado normal.
- Alteración de la imagen corporal.
- Presencia de amenorrea (al menos tres ciclos consecutivos).
- Tipo restrictivo: durante el episodio de AN, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- Tipo purgativo: durante el episodio de AN, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso).

Se define la **Bulimia Nerviosa** como aquel TCA que se caracteriza por la presencia de atracones (ingesta voraz e incontrolada) seguidos de vómitos auto-inducidos u otras maniobras de purgas e hiperactividad física. Comparte con la anorexia el miedo extremo a ganar peso. Suele ser un trastorno que se vive con gran secretismo y ocultismo, pudiendo pasar desapercibido. Es importante destacar que en la bulimia nerviosa no se producen necesariamente alteraciones de peso, pudiéndose presentar con normopeso, sobrepeso u obesidad.

### Criterios diagnósticos:

- Presencia de atracones recurrentes.
- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos y enemas u otros fármacos.
- Los atracones y las conductas inapropiadas tienen lugar como promedio, al menos **dos veces a la semana durante un período de tres meses**.

Respecto a los **Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados**, suelen ser cuadros de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa incompletos, bien porque estén en su inicio o en vías de resolución. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, excepto

que las menstruaciones son regulares y el peso está dentro de los límites de la normalidad. En la bulimia nerviosa, se cumplen todos los criterios excepto los atracones y las conductas compensatorias ocurren con una frecuencia menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.

El acceso natural de los pacientes con Trastornos de Conducta Alimentaria al sistema sanitario se realiza a través de los Equipos de Atención Primaria, siendo el pediatra el que reciba al paciente en primer lugar y captará los primeros síntomas de la enfermedad. Los motivos de consulta en Atención Primaria pueden ser de lo más variado, desde estreñimiento, dolor abdominal inespecífico, mareos, lipotimias, astenia...a psicopatología del tipo nerviosismo, insomnio, depresión...o bien en relación a conflictiva familiar o relacional.

Para que no pasen desapercibidos estos cuadros, y siendo conscientes de la gran demanda asistencial existente, proponemos, como ya sabemos que se realiza en algunos centros, que en la elaboración de la **historia clínica**, además del motivo de consulta y la enfermedad actual, incluir de forma rutinaria un interrogatorio sencillo acerca de datos somáticos en los que estén presentes la historia ponderal (curvas de peso y evolución) y la menstrual, los antecedentes de alergia o las intolerancias a determinados alimentos, para pasar a realizar dos preguntas como primer despistaje: *¿Piensas que puedes tener algún problema relacionado con la alimentación? ¿Te parece que te preocupas demasiado por tu peso?*

Lo anterior junto a una exploración física rutinaria: observación de la piel (si existen signos de deshidratación, si extremidades frías...), exploración cardio-pulmonar ..... al tiempo que pediremos variables fisiológicas: peso, talla, IMC, así como las constantes vitales: Temperatura, Tensión Arterial y Frecuencia cardíaca; para terminar solicitaremos una analítica básica: hematología, bioquímica...

Con los datos anteriores si nos encontramos con un paciente con pérdida de peso, demandante de dietas de adelgazamiento sin causa justificada, signos de ansiedad ante la comida, preocupación excesiva por la figura y el peso, hiperactividad, ejercicio exagerado...que no se acepta como es, que presenta sumisión a estereotipos de la moda...ante esto debemos buscar marcadores biológicos incipientes y realizar una historia clínica más en profundidad.

Las poblaciones de riesgo a evaluar especialmente son las siguientes: pacientes con IMC bajo <18 (no en BN), pacientes que consultan sobre dietas sin sobrepeso, mujeres con amenorrea secundaria, pacientes con síntomas gastrointestinales inespecíficos, niños con retraso en el crecimiento, diabéticos con poca adherencia al tratamiento, grupos de riesgo (bailarinas, atletas, modelos...). En estos casos realizaremos historia clínica completa en la incluyamos tiempo de evolución, hábitos alimentarios, exploración física, exploraciones complementarias, diagnóstico diferencial con patologías médicas y psiquiátricas, buscaremos complicaciones médicas existentes, exploraremos si existe conciencia de enfermedad y si existe apoyo familiar y social.

Respecto a las exploraciones valoraremos especialmente el estado nutricional (peso, talla, IMC, constantes vitales, grado de deshidratación) y las derivadas de las conductas compensatorias (hipertrofia de las parótidas, signo de Russell) así como de las complicaciones.

Entre los cuestionarios con mayor especificidad y sensibilidad para la detección de TCA en atención primaria, destacar el **SCOFF; 2 respuestas positivas (2 puntos)** es el punto de corte en la versión española; 97,7 de sensibilidad y 94,4 de especificidad para detección de TCA en atención primaria, tanto Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa como Trastornos del Comportamiento Alimentario No especificado. Consiste en cinco preguntas: *¿te provocas el vómito porque te sientes incómodamente llena?, ¿te preocupa por haber perdido el control sobre la comida?, ¿has perdido recientemente más de seis kg en tres meses?, ¿te consideras "gorda" y los demás te dicen que estás delgada?, ¿crees que la comida domina tu vida?*

## Diagnóstico diferencial

Respecto la patología médica más frecuente para realizar el diagnóstico diferencial con los TCA destacaríamos, en relación a la anorexia nerviosa, entre otros, la pancreatitis, la diabetes mellitas, la enfermedad celíaca, el hipertiroidismo y los tumores del SNC. En el diagnóstico diferencial con la Bulimia Nerviosa debemos señalar los siguientes cuadros: Hipotiroidismo, Lesiones Hipotalámicas, Síndrome de Kleine Levin y de Kluver–Bucy.

Respecto a las patologías psiquiátricas más frecuentes para realizar el diagnóstico diferencial con los T.C.A. tendríamos las siguientes, teniendo en cuenta que, en muchas ocasiones son cuadros comórbidos: el trastorno depresivo mayor, el obsesivo compulsivo, el dismorfofóbico, el paranoide y el somatomorfo.

## ¿Cuándo y dónde derivar?

Una vez evaluado el caso, realizado el diagnóstico y según la gravedad que se determinará por el grado de deterioro nutricional junto a la presencia de complicaciones tanto médicas como psiquiátricas, corresponde también al profesional de Atención Primaria decidir el contexto del tratamiento dónde se llevará a cabo.

- Atención primaria (+ nutricionista + profesional salud mental), para casos leves-moderados.
- Programa de TCA en CSM + revisión médica; cuando los síntomas mentales son muy prominentes y hay comorbilidad psiquiátrica
- Unidad especializada (+ continuar seguimiento caso) para los casos graves que precisan tratamiento intensivo.

La derivación a **Hospitalización urgente** se llevará a cabo en los siguientes casos: pérdida de más del 50% de peso en 6 meses, alteración de la conciencia, convulsiones, deshidratación, alteraciones hepáticas o renales severas, pancreatitis,  $K^+ < 3\text{Meq/l}$ ,  $Na^+ < 145$  o  $< 130$ , bradicardia  $< 40$  lpm o arritmia grave, síncope o  $TAS < 80$ , hemorragia digestiva alta: hematemesis, rectorragia y dilatación gástrica aguda.

La derivación para **valoración psiquiátrica urgente** se hará en aquellos casos de negativa a la ingesta, depresión grave con riesgo autolítico y conductas autolesivas importantes.

## 2. Los trastornos de ansiedad

La ansiedad es una emoción básica de inquietud y sobresalto y constituye una reacción adaptativa ante una situación de peligro, estrés, o amenaza. Cuando la reacción es excesiva y/o carece de eficacia adaptativa se habla de trastorno de ansiedad. Son los trastornos más comunes en la población pediátrica española con una prevalencia entre 5%-18%. La edad más frecuente de comienzo es entre los 7 y los 12 años. Entre los Trastornos de Ansiedad destacaremos la Ansiedad de Separación, la Ansiedad Generalizada y la Fobia Social. En la infancia tardía y adolescencia el más frecuente es el T. Angustia Generalizada.

La **Ansiedad de separación** es común en la infancia temprana; si es excesiva, persistente o aparece tardíamente se considera un trastorno. Se podría definir como un miedo inapropiado (preocupación excesiva sobre la seguridad y salud) frente a la separación de las figuras de apego,

(padres, abuelos, hermanos...) o cuando están solos; con los concomitantes síntomas cognitivos y somáticos, llegando algunas veces a reaccionar con agresión verbal o física lo que lleva a errores de interpretación, ya que pueden ser diagnosticados como oposicionistas. Este trastorno se manifiesta por los siguientes síntomas: preocupación excesiva porque algo malo le va a pasar a algún familiar o a él mismo, pesadillas sobre temas de separación, síntomas somáticos y miedo a quedarse sólo (incluye dormir sólo).

El diagnóstico se basa en que los síntomas mencionados: deben durar al menos un mes, aparecer antes de los 18 años, causar problemas en el funcionamiento del adolescente y no estar provocado por otros trastornos psiquiátricos.

En el **Trastorno de ansiedad generalizada** aparece una preocupación excesiva, crónica en numerosas áreas como familiar, social y académica. Se preocupan excesivamente sobre hechos o acciones del pasado, del presente o del futuro: necesitan asegurarse de que hacen todo bien y preguntan constantemente a familiares, profesores y amigos sobre su funcionamiento. Les resulta muy difícil controlar sus preocupaciones, y a menudo presentan irritabilidad, fatiga, tensión muscular, agitación, dificultad para concentrarse e insomnio (diagnóstico diferencial con la depresión).

Para diagnosticar ansiedad generalizada los síntomas tienen que haber estado presente al menos durante 6 meses, haber provocado problemas con el funcionamiento del niño o adolescente, no ser secundario a otro trastorno psiquiátrico o médico (hipertiroidismo...) y no ser causado por el abuso de drogas o el alcohol.

La **Fobia social** supone el miedo irracional a estar en encuentros sociales o a realizar algo embarazoso en lugares públicos. Los miedos y la timidez son formas de respuesta habitual en los niños. La sociabilidad y la timidez son características propias de la personalidad que son detectables a una edad temprana y se mantienen estables durante todo el desarrollo. La fobia social se podría definir como la ansiedad persistente y excesiva ante situaciones sociales en que el niño/adolescente se expone a la crítica ante desconocidos, provocando en éste un retraimiento y/o miedo frente a esas situaciones. El mutismo selectivo entraría en esta categoría (fallo a hablar en situaciones sociales, escuela, y no así en la casa), como un subtipo de fobia social. En la infancia tardía y adolescencia el más frecuente es el T. Angustia Generalizada.

## Comorbilidad

La comorbilidad es elevada (1/3 reúne los criterios para al menos 2 o más subtipos de trastornos ansiosos). Se presentan como parte de una amplia gama de otros síntomas y rasgos desadaptativos que incluyen la timidez, el retraimiento social, la falta de confianza en sí mismos, la disforia y la hipersensibilidad. Los trastornos de ansiedad y depresión en adolescencia aumentan 2 a 3 veces el riesgo de padecer estos trastornos en la edad adulta. La comorbilidad con depresión es alta, con tasas que van desde un 28% hasta un 69%. Los patrones de comorbilidad ayudan a elegir un tratamiento específico.

## Tratamiento

El tratamiento de los trastornos de ansiedad debería comenzar por psicoterapia. Las razones que justifican la combinación de psicoterapia con fármacos son: la necesidad de una remisión inmediata de la ansiedad moderada o grave y la existencia de un trastorno concurrente. La combinación de TCC y psicofármacos puede conseguir una mayor respuesta. La psicoterapia

cognitivo conductual es la que más evidencia empírica ha obtenido para el tratamiento de trastornos de ansiedad en jóvenes. Respecto a los psicofármacos la elección debe basarse en la forma de presentación del cuadro clínico (por ejemplo, si presenta comorbilidad, se prefiere el uso de un fármaco específico que pudiera beneficiar a ambas).

Los fármacos más utilizados en la práctica médica habitual son: los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), la eficacia y seguridad a corto plazo de los ISRS en niños y adolescentes con trastornos de ansiedad, los perfila como los fármacos de primera elección.

### 3. Trastornos depresivos

En adolescentes, el estado anímico depresivo es común, debido al proceso normal de maduración, al estrés asociado con éste, a la influencia de las hormonas sexuales y a los conflictos de independencia con los padres. A menudo es difícil diagnosticar la verdadera depresión en adolescentes, debido a que su comportamiento normal se caracteriza por altibajos en el estado anímico. Estos estados de ánimo pueden alternar en períodos de horas o días, sin embargo los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o que perciben poco sentido de control sobre los eventos negativos presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan eventos estresantes. Son patologías frecuentes que, en muchas ocasiones, producen importantes alteraciones en el desarrollo psicoemocional del adolescente, fracaso escolar, aislamiento social, complicaciones somáticas y que incluso pueden derivar hacia la cronicidad y ser una de las causas importante de suicidio en la adolescencia.

En adolescentes los síntomas depresivos son más parecidos a los de los adultos, tendencia a la recurrencia, humor fluctuante, abandono de actividades que antes le divertían... aunque con algunas particularidades en lo que se refiere a sus manifestaciones, como una gran irritabilidad o síntomas conductuales asociados.

Estos síntomas los podemos dividir en síntomas de tipo afectivos (tristeza, irritabilidad, anhedonia, apatía ...) físicos (astenia, alteración del apetito y del sueño, molestias físicas inespecíficas...) y cognitivos (disminución de la capacidad de concentración, fallos de memoria, baja autoestima, pensamientos obsesivos negativos ...)

Cuando hablamos de problemas depresivos en la adolescencia hacemos referencia a un grupo de patologías que tienen como elemento central la sintomatología depresiva, entre ellos podemos destacar:

- Trastornos Adaptativos: Tr. Adaptativo con ánimo depresivo
- Trastornos del Ánimo:
  - o Episodio Depresivo Mayor
  - o Distimia
  - o Trastorno Bipolar (Maníaco-Depresivo)

En el Episodio Depresivo Mayor, el adolescente presenta al menos cinco síntomas en forma simultánea, todos los días y la mayor parte del día, con una duración, al menos de dos semanas. Este cuadro produce un malestar clínicamente significativo con deterioro en las áreas de funcionamiento social, escolar y familiar. Según el número de síntomas y el grado de deterioro se puede clasificar en leve, moderada y grave.

El diagnóstico de Trastorno Adaptativo con ánimo depresivo, se plantea cuando existe sintomatología depresiva pero sin la magnitud ni la duración suficiente para hacer el diagnóstico de Depresión Mayor.

En la Distimia el adolescente debe presentar un estado de ánimo deprimido o irritable persistente que esté presente la mayor parte del día, la mayoría de los días, durante al menos un año. Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente importante o un deterioro en el funcionamiento. Durante el primer año no debe existir trastorno depresivo mayor. Después del primer año se pueden superponer episodios depresivos mayores al trastorno distímico.

En el Trastorno Bipolar TB (Maníaco-Depresivo) se alternan episodios de manía o hipomanía en los que predomina un humor eufórico o irritable, con otros episodios de depresión en los que predomina el humor triste e irritable. Aunque estudios recientes indican que niños y adolescentes pueden sufrir TB, es aún controvertido, sobre todo en menores de 13 años. En ocasiones es difícil realizar el diagnóstico diferencial entre depresión mayor y bipolar, durante un primer episodio depresivo. Algunas características pueden sugerir bipolaridad como antecedentes en la familia, e historia de manía o hipomanía secundaria a antidepresivos. Señalar que tanto un episodio depresivo mayor como un episodio maniaco, pueden presentar síntomas psicóticos, y estos pueden ser congruentes o no con el estado de ánimo.

**Comorbilidad.** Las comorbilidades son frecuentes en adolescentes con Trastornos Afectivos, Entre estas comorbilidades destacar los Trastornos de ansiedad (40%); los Trastornos de conducta (30%) o los Déficits de atención con hiperactividad ([ADHD] 30%).

## Tratamiento

El plan terapéutico debe ser individualizado e implica múltiples niveles como psicoterapia individual, terapia familiar, intervenciones psicoeducacionales, apoyo psicosocial y tratamiento farmacológico. Respecto al tratamiento farmacológico, los fármacos más usados son los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ISRS, por su eficacia y seguridad.

## Derivación

Los Trastornos Afectivos en los adolescentes se derivarán de forma preferente a su Centro de Salud Mental de referencia, salvo que se objetive riesgo vital (ideación autolítica...) que se derivará a las Urgencias Hospitalarias.

# 4. Trastornos de conducta

Los problemas de conducta están entre los trastornos más frecuentes en las consultas de salud mental infanto-juvenil. Además del sistema sanitario, generalmente los sistemas legal y educativo están implicados en el tratamiento de estos trastornos. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

## Clínica

La esencia de los trastornos de conducta es un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importan-

tes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

- *Agresión a personas y animales*: amenaza o intimida a otros, inicia peleas físicas, ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas, (ha manifestado crueldad física con personas o con animales, ha robado enfrentándose a la víctima, o ha forzado a alguien a una actividad sexual).
- *Destrucción de la propiedad*: ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves o bien ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas.
- *Fraudulencia o robo*: ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona, a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones, ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima.
- *Violaciones graves a las normas* a menudo permanece fuera de casa de noche o se ha escapado de casa durante la noche, al menos dos veces (a pesar de las prohibiciones paternas).

## Evaluación

Se aconseja que se obtenga información de varias personas que conozcan al paciente en distintos ámbitos. Los más habituales son los padres y los profesores. En la familia se debe valorar el estilo educativo (disciplina errática, hostilidad, escaso cariño, pobre supervisión, desacuerdo parental). Obtener información acerca del funcionamiento en el medio escolar es de gran importancia para evaluar su conducta en otros ámbitos, además de su rendimiento, las estrategias de ayuda, las relaciones sociales (de especial importancia el grupo de pares), y la implicación de los padres. Debe tenerse asimismo en cuenta el medio social en el que está inmerso el adolescente y su familia.

## Comorbilidad

Los trastornos comórbidos más frecuentes con los problemas de conducta son los siguientes: TDAH (30%-50%), depresión (15%-20%), trastornos de ansiedad (15%-20%), trastornos orgánicos, trastornos del aprendizaje y abuso de tóxicos.

## Diagnóstico diferencial

Los principales diagnósticos a tener en cuenta son: el TDAH, las reacciones de ajuste a estresor con/sin trastorno post-traumático, trastornos afectivos, trastorno de personalidad antisocial y desviación cultural.

## Tratamiento

El tratamiento debe ser multidisciplinar, que incluya a la familia, el colegio, servicios sociales y salud mental. Es necesario que el abordaje terapéutico tenga en cuenta tipo de sintomatología, características individuales, socio-familiares, gravedad y riesgos asociados. La intervención psicológica más indicada en el adolescente es la terapia conductual-cognitiva. La familia debe ser entrenada en el manejo de las conductas anómalas. Una buena alianza terapéutica es fundamental para la implicación de ésta en el abordaje. Los psicofármacos tienen un papel limitado en el



tratamiento de los trastornos de conducta, excepto cuando está asociado con problemas de atención e hiperactividad. En estos casos, se recomienda el uso de metilfenidato. El trastorno afectivo comórbido justifica el uso de antidepresivos (ISRS, como la fluoxetina), pero puede no disminuir los síntomas del trastorno de conducta. Para la impulsividad y la agresividad, se puede prescribir antipsicóticos atípicos (risperidona) y reguladores del ánimo (litio, valproato y oxcarbazepina).

## Bibliografía

1. Valdivia M. *Manual de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Guía para pediatras y médicos generales.* Ed. Mediterráneo 2002
2. *Manual de Psiquiatría del Niño y Adolescente.* AEPNYA. Ed Panamericana 2010
3. *Protocolos Clínicos en Psiquiatría Infanto- Juvenil.* AEPNYA. Ed Siglo 2010
4. *En torno a la Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia.* Ed Travesías 2012
5. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry.* Fith edition. Ed Blackwell 2012
6. Wiener J. *Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia.* Ed Masson 2006