
DETECCIÓN PRECOZ Y MANEJO DE LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES EN EL MEDIO ESCOLAR*

EARLY DETECTION AND MANAGEMENT OF SEVERE MENTAL DISORDERS IN SCHOLAR ENVIRONMENT

Josep Moya Ollé**

RESUMEN

El marco escolar es el espacio privilegiado de la formación de los niños y adolescentes, pero es también un lugar en el que se desencadenan trastornos mentales graves, como las psicosis de inicio en la infancia y /o la adolescencia, los trastornos de conducta y los trastornos por abuso de sustancias. Por ello es necesario que exista un espacio de colaboración entre los docentes y los profesionales de la salud mental. En este artículo se describe el programa de soporte a los docentes que realiza el Observatorio de Salud Mental de Cataluña.

PALABRAS CLAVE: diagnóstico precoz, síntoma mental, colaboración interprofesional

ABSTRACT

The scholar framework is the ideal stage for the education of children and adolescents, but is also a place where serious mental disorders such as psychosis, onset in childhood and / or adolescence, behavioral disorders and substance abuse disorders trigger. So, there must be a space for collaboration between teachers and mental health professionals. This article describes the support program for teachers who performed the Observatorio de Salud Mental de Cataluña (Mental Health Observatory of Catalonia).

KEY WORDS: early diagnosis, mental symptom, interprofessional collaboration.

1. JUSTIFICACIÓN

El marco escolar es el espacio privilegiado de la formación de los niños y adolescentes, pero es también un lugar en el que se desencadenan trastornos mentales graves, como las psicosis de inicio en la infancia y /o la adolescencia, los trastornos de conducta y los trastornos por abuso de sustancias.

Ello comporta que con cierta frecuencia sea necesaria la colaboración estrecha entre los profesionales del ámbito escolar y los profesionales de la salud mental. Sin embargo, este encuentro es complejo y, en ocasiones, conflictivo.

Los docentes suelen quejarse de no ser escuchados por los profesionales de la salud mental infantil y juvenil y, viceversa, éstos critican a los primeros por su escasa preparación para el manejo de situaciones derivadas de trastornos mentales.

En algunas ocasiones, tales actitudes dan lugar a auténticos desencuentros, que provocan serios malestares y graves perjuicios para aquellos alumnos que padecen trastornos psíquicos graves.

Por otro lado, la experiencia clínica muestra que una

* Ponencia presentada en el XXIV Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Adolescencia Hoy: Intervenciones Terapéuticas" tuvo lugar en San Sebastián el 20 y 21 de abril de 2012. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco

** Psiquiatra y Psicoanalista. Corporación Sanitaria Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). Correo electrónico: jmoya@tauli.cat

colaboración estrecha entre unos y otros permite afrontar situaciones muy complejas y, a su vez, posibilita mejorar el pronóstico de muchos adolescentes con serios problemas de comportamiento y/o trastornos psicopatológicos.

2. MARCO TEORICO

2.1. EL CONCEPTO DE TRASTORNO MENTAL

El DSM IV (1995), en el apartado dedicado a la definición de trastorno mental señala lo siguiente:

“El término trastorno mental, al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades”

Los trastornos mentales han sido definidos mediante una gran variedad de conceptos (por ejemplo, malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística).

Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta

Como se sabe, desde el DSM III (1980), cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Sin embargo, ¿cómo medir esa “significación clínica”? ¿dónde situar la frontera entre la salud mental y el trastorno mental?

Es sabido –y la experiencia clínica del día a día así lo corrobora– que muchos individuos, una gran mayoría, convive con ciertos síntomas, aquellos que les son propios y específicos, sin que ello les comporte demasiadas dificultades en sus quehaceres cotidianos; sin embargo, en un momento determinado de sus evoluciones biográficas, emerge la crisis desmoronándose el equilibrio que habían alcanzado, un ejemplo de ello lo constituyen las situaciones de duelo. En éstas, el sujeto vive con profundo dolor psíquico la pérdida que acaba de sufrir y ello le puede comportar malestar y un cierto grado de disminución en sus capacidades habituales. Pues bien, ¿cuándo ese dolor y esa disminución en sus capacidades se puede considerar que tiene significación clínica?

Muy probablemente, las dificultades con las que se encuentran tanto los clínicos como los investigadores se deban al carácter “borroso” del signo mental.

Esto fue señalado por Castilla del Pino (1991) al afirmar

que el fenómeno psíquico, incluso con los caracteres de patológico, es semánticamente ambiguo y equívoco, es más, para este autor, el signo mental es un conjunto borroso, noción que Castilla remitió al semantista Leech (1985) pero que para ser algo más precisos, debería referenciarse a Kosko (1995).

2.2. EL DIAGNOSTICO PSICOPATOLOGICO

Diagnosticar un determinado proceso o trastorno mental conlleva un intento de someter a verificación científica la hipótesis de pertenencia de determinadas manifestaciones clínicas, observadas en un paciente, a una clase, a una dimensión dentro de una determinada clasificación de referencia (Guimón, 1989).

El diagnóstico es un proceso complejo en el que el profesional clínico:

- identifica,
- selecciona,
- ordena la información clínicamente relevante del paciente
- y la compara con los criterios clasificatorios, asignando al paciente a una de las clases definidas.

Este proceso se realiza con los siguientes propósitos:

- diferenciar el cuadro observado de otros cuadros,
- otorgarle un nombre que permita la comunicación fiable entre los profesionales,
- establecer pronósticos respecto de su evolución,
- medir los cambios que se producen en su evolución y
- realizar estudios sobre su etiología.

Y siguiendo unas etapas (Cooper (1983):

- la técnica de entrevista del terapeuta o profesional,
- su percepción de la conducta y del discurso del paciente,
- una serie de procesos de organización de la información para realizar inferencias y tomar decisiones y
- finalmente, la elección de una o más categorías diagnósticas para facilitar la comunicación.

Todo ello conlleva que el profesional, en el particular encuentro con el paciente, extrae unas unidades de información y las convierte en síntomas mentales; sin embargo, los síntomas no son transparentes ni llevan unidades de análisis con suficiente información. Algunos autores (Berrios y Fuentenebro, 1996) han señalado que los síntomas son señales comportamentales elaboradas por los pacientes pero son reelaboradas por los clínicos

en el contexto de la entrevista. Este sería el motivo de que un mismo magma primordial genere construcciones diferentes cuando se dan una serie de variaciones en los contextos. Además, un mismo paciente puede mostrar variaciones considerables en sus síntomas en función de los diferentes contextos situacionales (por ejemplo, ante diferentes clínicos).

Todo ello se complica debido a la existencia de un conflicto de intereses entre el paciente y el clínico (Sims, 2008). El paciente describe experiencias adversas que le producen malestar y le perturban y, por tanto, quiere liberarse de ellas. El paciente quiere que lo liberen del malestar y, probablemente, estará dispuesto a explicar al profesional la forma en que le afectan, pero el profesional necesitará conocer más cosas del paciente que éste podrá considerar irrelevantes o, peor aún, no pertinentes. Es así como el encuentro entre el profesional y el paciente puede convertirse en un des-encuentro o, incluso, conflicto, como bien reflejan los cuestionarios de satisfacción de los usuarios de salud mental.

En ocasiones, el conflicto de intereses puede ser aún más acentuado. Es lo que ocurre cuando el profesional está muy condicionado por las necesidades derivadas de su carrera profesional y éstas no armonizan con las necesidades del paciente (Tyana y Keren, 2005).

2.3. LOS SÍNTOMAS MENTALES Y EL DIAGNÓSTICO

Mientras en el campo de la medicina se suelen establecer correlaciones entre la especificidad de los síntomas y la identificación de un diagnóstico, no se puede afirmar lo mismo en el campo psicopatológico.

Esto se debe a que la causalidad psíquica opera por otras vías que no son las cadenas habituales de interacción de causas a efectos, tal como sucede en las denominadas ciencias biológicas (Dor, 1987). Las líneas de la causalidad psíquica no son de ninguna manera regulares. Frecuentemente, los hechos no encajan y obligan a los profesionales a replantearse sus hipótesis o bien a ir probando. No existe una inferencia fija entre las causas psíquicas y los efectos sintomáticos. La relación que vincula al síntoma con la causa de la afección está mediatizada por el conjunto de los procesos inconscientes.

La correlación entre un síntoma y la determinación de un diagnóstico supone la acción de una cadena de procesos psíquicos que tienen una dinámica que no es la del determinismo causal corriente.

No existe una solución de continuidad directa entre la cartografía de los síntomas y una clasificación diagnóstica. Es esta discontinuidad la que impide establecer, por

ejemplo, el diagnóstico de neurosis obsesiva únicamente por encontrarse síntomas de orden y dudas recurrentes. Hay casos de psicosis que debutan con síntomas de la esfera obsesiva o de la esfera fóbica.

Otro factor de complejidad está provocado por el efecto de “similitud” intersintomática. Esta similitud puede producirse a diversos niveles (Berrios, 2011). En primer lugar, por el nivel empírico, en tanto el paciente puede experimentar subjetivamente y de igual forma la expresión de diferentes visiones alteradas del cerebro. En segundo lugar, por el nivel interpretativo, ya que diferentes experiencias internas pueden ser configuradas de la misma manera por el individuo. La pobreza del lenguaje puede reflejar tanto una falta de términos básicos como de formato para procesar experiencias primarias en informes verbales. Es éste un fenómeno bastante frecuente en la clínica de los adolescentes. Finalmente, un nivel de observación-negociación en tanto en el momento en que el síntoma mental es descubierto por el clínico, puede generarse una forma de falsa similitud. Los pacientes pueden informar sobre experiencias ambiguas y los clínicos tratarán de quitarle la ambigüedad a dichos informes pero, y esto es crucial, la validez de sus esfuerzos dependerá de sus conocimientos, experiencias, sutilezas psicopatológicas y tendencia ideológica.

2.4. EL DIAGNÓSTICO PSICOPATOLÓGICO EN LA ADOLESCENCIA

El diagnóstico clínico en la adolescencia plantea un conjunto de dificultades derivadas, por un lado, de lo que ya se ha citado respecto a que no existe una relación simple entre cartografía de síntomas y las categorías diagnósticas; y, por otro, por tratarse de un período vital en el que manifestaciones sintomáticas similares pueden tener significados clínicos muy diferentes. Además, en la actualidad asistimos a una serie de cambios en las expresiones sintomáticas, que están condicionados por factores culturales y sociales.

A todo ello hay que añadir las tendencias que se observan en determinados sectores profesionales a intentar establecer correspondencias biunívocas entre síntomas y diagnósticos. Un ejemplo de ello puede ser el binomio síntoma anorexia – categoría anorexia, en el que la presencia del síntoma anorexia se asocia con la categoría diagnóstica de anorexia mental.

Otro ejemplo corresponde a un caso que estamos tratando desde hace unos meses. Se trata de un adolescente de 14 años que nos fue remitido después de haber sido atendido en varias ocasiones en urgencias de un hospital general. El paciente acudió, en compañía de su

familia, presentando una conducta de intensos movimientos de extremidades superiores, acompañados de gritos, quejas y signos de angustia. El paciente fue diagnosticado de “Trastorno histriónico de la personalidad” y reenviado a su domicilio. Sin embargo, cuando procedimos a escuchar sus quejas nos explicó que desde hacía semanas veía cómo unas manos se le aproximaban con la intención de tocar y manosear sus testículos. Además, expresaba todo un conjunto de ideas delirantes según las cuales había sido objeto de maniobras exorcistas por parte de un sujeto malévolo. El paciente exigía que se tomaran medidas con semejante canalla al tiempo que imploraba que se le practicaran tests que demostraran la veracidad de sus declaraciones.

Este caso clínico ilustra las consecuencias, muy negativas, de llevar a cabo una observación superficial de los síntomas que muestra el paciente. Este acudió, como se ha indicado, mostrando unos comportamientos consistentes en intensos movimientos de las extremidades superiores, que se acompañaban de gritos, quejas y signos de angustia. Su interpretación requería, sin embargo, ir más allá de los “movimientos” y tener en cuenta no sólo los signos de angustia sino también el propio relato del paciente.

Quedarse en lo superficial, en la punta del iceberg, llevó al profesional que lo atendió en urgencias, a interpretar que se trataba de una conducta histriónica; sin embargo, una actitud de escucha atenta permitió dilucidar que, subyacentes a los movimientos, se encontraban unas vivencias alucinatorias generadoras de intensa angustia. En consecuencia, todo síntoma debe ser interpretado en base a su contexto (Castilla del Pino, 1980) y éste está constituido por los síntomas restantes y por las expresiones verbales que el paciente utiliza para dar cuenta de ellos. Ahora bien, es sabido que los adolescentes pueden utilizar expresiones verbales muy ambiguas para referirse a estados mentales complejos. De ahí deriva una dificultad adicional en el proceso diagnóstico.

3. EL PROGRAMA DE SOPORTE AL MEDIO ESCOLAR. EL OSAMCAT. EL TRABAJO EN RED

3.1. PRESENTACION

Con el objeto de dar soporte al ámbito escolar, se ha puesto en marcha un modelo de trabajo en red desarrollado por el Observatorio de Salud Mental de Cataluña (OSAMCAT) en algunos colegios de primaria, de secundaria, de educación especial así como en centros de acogida para menores tutelados por la Generalitat.

Este soporte se lleva a cabo según el modelo de trabajo en red. Este modelo se centra en la construcción del caso (Ubi-

eto, 2012), basada en la articulación de la visión global de la situación y de los diferentes elementos que la componen con un trato particularizado de los individuos, uno por uno, y se concreta en los siguientes puntos:

- Los docentes disponen de los tiempos y de los espacios de reflexión donde pueden compartir sus malestares en relación en su trabajo. Es el espacio para hablar de los casos individuales. Este espacio constituye un instrumento muy eficaz para evitar el impacto que tienen los comportamientos perturbadores sobre los docentes y que suelen producir sensación de impotencia, problemas psicosomáticos y problemas emocionales.
- Estas reuniones se pueden ampliar, de manera que se establece un trabajo en red con el resto de profesionales que, de una manera u otra, intervienen en el vínculo educativo (docentes, educadores de calle, EAP, EAIA, trabajadores/as sociales, policías municipales, asesor en salud mental). Hay que añadir que este soporte no comporta una psiquiatrización ni una medicalización de los problemas de conducta sino un espacio conjunto de reflexión. Este trabajo se concreta en:
- Soporte y asesoramiento individualizado a los docentes tanto respecto a casos concretos como en lo que afecta a la dinámica del aula.
- Asesoramiento a los diferentes colectivos como, por ejemplo, los propios docentes, los educadores de calle, el EAP, el EAIA, etc.
- Soporte y asesoramiento a las AMPAS
- Observación directa en el aula de aquel alumnado motivo de la consulta.

3.2. ALGUNAS EXPRESIONES DEL MALESTAR EN EL AMBITO ESCOLAR

La situación escolar puede resultar y, de hecho resulta, generadora de angustia tanto para el alumno como para el maestro y, también, para la familia. Si, por un lado, ciertos niños y adolescentes presentan un rechazo escolar manifiesto, por otro, hay docentes que pueden verse embargados por una ansiedad similar cuando se encaminan hacia la escuela o el instituto (Cordié. 1998). Los siguientes fragmentos, extraídos de un estudio que el Departamento de Educación encargó al OSAMCAT el año 2008, ilustran de manera clara algunos de los malestares que manifiestan los docentes:

“Aquí, a este centro, nos vienen alumnos de toda la comarca. Alumnos de siete u ocho pueblos, y todas las problemáticas que hay en la calle, nosotros, aquí en el centro, también las

tenemos. Hemos tenido problemas provocados por el fumar, alumnos que a las ocho y media de la mañana no están en condiciones (de hacer la clase). Si fuera, el fin de semana ha habido peleas entre pandillas, aquí dentro también se reproducen. Aquí se reproducen todos los problemas que se pueden dar a la sociedad. Hace unos años, tuvimos una problemática de bandas, skins, fue en X (se omite el nombre del pueblo), y se reprodujeron aquí dentro. Hay alumnos que se esconden y saltan la valla y nos fuman (sic), y ya intentamos hacer lo posible para evitarlo pero no nos podemos engañar; entonces, todos los factores que se pueden dar fuera se repiten en el centro y esto marca mucho. Y todavía estamos en una comarca bastante tranquila, pero todo factor que puede afectar al exterior afecta aquí”

“Se trata de un trabajo muy difícil y angustiante, y cuando esto no da resultados a corto plazo te hace bajar la guardia y arrojar la toalla.

“Lo que también se ve es el rechazo sistemático de cualquier tipo de contenido (educativo); el alumno dice: ‘esto es una mierda, eso no lo quiero hacer’; es la conducta de no querer hacer, de no participar. Todo ello distorsiona mucho y contamina al resto. Debes motivar continuamente, a partir de las capacidades que tienen, de los intereses pero te encuentras que un porcentaje elevado de los alumnos obstruye lo que intentas hacer.”

En estos fragmentos se nos presentan diversas modalidades de malestar de los docentes de secundaria, muy frecuentes en el día a día de su quehacer profesional, y que genera un desgaste muy claro: síntomas de insom-

nio, tristeza, angustia, de abdicación profesional, etc. Y todo ello en un marco cada vez más difícil debido a las consecuencias de la crisis económica. Fruto de este estudio se vio clara la necesidad de implementar modelos de intervención que dieran soporte adecuado a los docentes y educadores superándose la clásica confrontación entre éstos y las familias. Fue así como surgió el Programa de Soporte a los docentes (Moya, de Armas, Anguera, 2010).

3.3. METODOLOGIA

El método de intervención consta de dos fases. La primera fase se centra en el diagnóstico de la situación de conflicto y consta de tres momentos. En un primer momento se analiza el conflicto que explican los docentes. Estos pueden enfrentarse a situaciones diversas como, por ejemplo, tener en las aulas un porcentaje importante de alumnos con comportamientos disruptivos o bien algún alumno con comportamientos extraños o fuera de contexto. En un segundo momento se define la demanda particular que puede adoptar diversas modalidades (soporte al equipo directivo, soporte al claustro, observación directa de ciertos alumnos, etc.). Finalmente, se procede a un nuevo encuentro con el equipo directivo y se diseñan los contenidos del programa de intervención (figura 1).

La segunda fase está constituida propiamente por la intervención y consta de los siguientes elementos: a) encuentros con todo el claustro docente y análisis de casos de alumnos con comportamientos disruptivos; b) observación de alumnos (en el aula y en los espacios de descanso); c) elaboración de hipótesis y del plan de trabajo (figura 2).

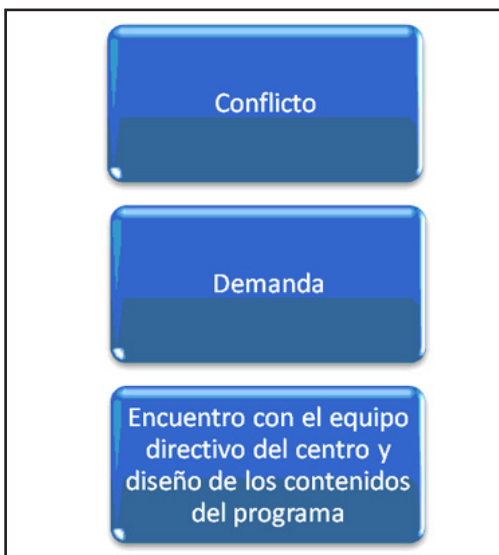


Figura 1: Primera fase del programa de soporte al ámbito escolar.

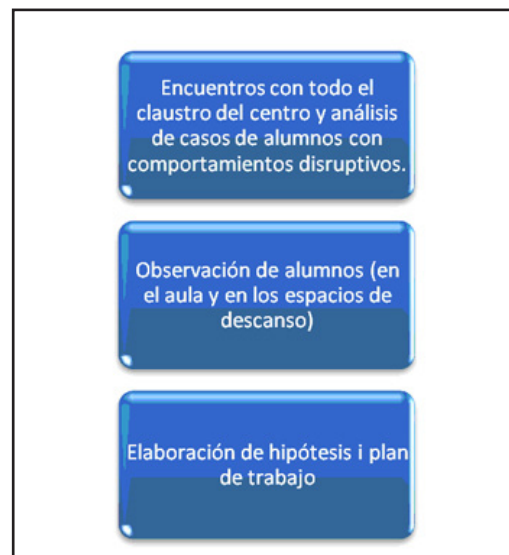


Figura 2: Segunda fase del programa de soporte al ámbito escolar.

Un aspecto de especial relevancia es el constituido por el método de observación de los alumnos. Esta observación debe dar respuesta a las siguientes preguntas:

- a) ¿Cómo es el comportamiento del alumno?
- b) ¿Cuál es el contexto situacional de dicho comportamiento (tiempo, espacio, actores implicados)?
- c) ¿Cuál es el contexto ampliado de dicho comportamiento?

Poder responder a estas cuestiones permite obtener una información precisa del comportamiento del alumno al tiempo que facilita extraordinariamente la coordinación con el profesional de salud mental.

A título ilustrativo podemos elaborar un breve listado de conductas tributarias de observación por parte del docente:

Conducta	Concepto	Qué hay que observar
Distracción	Cambios súbitos de la atención	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El alumno tiene dificultades para focalizar la atención? • Presta atención a objetos no relevantes? • ¿Se muestra ausente? • ¿Qué otras conductas acompañan la distracción? • ¿Se produce en cualquier clase o sólo en algunas?
Movilidad excesiva	Movilidad exagerada e inadecuada para el entorno escolar	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El alumno se mueve durante toda el tiempo de la clase? • ¿O se mueve sólo cuando los contenidos le resultan ingratos? • ¿Qué factores incrementan su movilidad excesiva? • ¿Qué factores disminuyen su movilidad excesiva?

4. CASO CLÍNICO

Con el objeto de ilustrar el método que se aplica desde el OSAMCAT presentamos el caso de un adolescente de 12 años de edad que presentaba comportamientos perturbadores desde la enseñanza primaria. Con el inicio de la ESO se produjo un agravamiento de los comportamientos (desafío a los docentes, insultos, agresiones a compañeros). A ello se añadió un fracaso escolar extremo. Estos comportamientos se daban, aunque en menor intensidad, en el medio familiar.

El profesorado los vivía, en ocasiones, como una afrenta personal. Dieron origen a numerosos expedientes disciplinarios, expulsiones y sanciones diversas.

Por su parte, el alumno vivía las situaciones escolares como algo imposible de soportar (vivencias persecutorias).

El soporte del OSAMCAT se llevó a cabo mediante un trabajo de construcción de caso en el que participaron todos los actores implicados. Se estableció la hipótesis diagnóstica de trastorno de conducta en el contexto de un síndrome paranoide. Se instauró un soporte pedagógico y se intensificó el tratamiento psiquiátrico y psicoterá-

péutico. Se acordó con la familia constituir un marco de colaboración estrecha con el equipo directivo.

Se estableció un acuerdo mediante el cual el alumno podía solicitar salir del aula en aquellos momentos que le resultaran insoportables. Se otorgó al alumno un lugar en el centro (dar soporte al equipo directivo en diversas tareas).

Ello permitió instaurar un marco de convivencia no sólo entre el alumno y el profesorado sino entre el alumno y sus compañeros.

BIBLIOGRAFÍA

- American psychiatric association. DSM III (1980). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson.
- American psychiatric association. DSM IV (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, p. XXI.
- Berrios, G (2007). "Hacia una nueva psicopatología". En Vallejo J, Sánchez L, Díaz C i Menchón JM (eds): Temas y retos en la psicopatología actual. Barce-

-
- lona: Ars Medica, pp: 1-10
- Berrios, G. (2011). Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría. Buenos Aires: Polemos, pp: 153-163.
- Berrios G y Fuentenebro F. (1996). Delirio. Madrid: Trotta, pp: 151-167
- Castilla Del Pino, C. (1980). Introducción a la psiquiatría. Psiquiatría general. Psiquiatría clínica. Madrid: Alianza, pp: 15-49.
- Castilla Del Pino, C. (1991). Crítica a la razón psicopatológica. En Carlos Castilla del Pino y José María Ruiz-Vargas (ed): Aspectos cognitivos de la esquizofrenia. Madrid: Trotta, pp: 11-33.
- Cooper, J.E. (1983). Diagnosis and the diagnostic process. En Shepherd, M. y Zangwill, O.L. (Eds.). Handbook of psychiatry: 1, CUP, Cambridge, pp: 199-209.
- Cordié, A. (1998). Malestar en el docente. La educación confrontada con el psicoanálisis. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Dor, J. (1987). Estructura y perversiones. Barcelona: Gedisa, pp: 27-32
- Guimón, J (1989). “Condicionamientos del diagnóstico psiquiátrico”. En Guimón, J, Mezzich JE i Berrios G (eds): Diagnóstico en psiquiatría. Barcelona: Salvat.
- Kosko, B (1995). Pensamiento borroso. Crítica, Barcelona, pp: 31-54
- Leech, G. (1985). Semántica. Madrid: Alianza Editorial.
- Moya, J., de Armas, M. y Anguera, M.T. (2010). “Los problemas del comportamiento en los niños y adolescentes de Cataluña: estudio descriptivo del trastorno por déficit de atención y del trastorno de conducta. Necesidades educativas que generan”. El Guiniguada, nº 19, pp: 61-78.
- Sims, A. (2008). Síntomas mentales. Madrid: Triacastela, pp: 39-51.
- Tyano, S i Keren, M. (2005). “Reflexiones sobre el desarrollo de la psiquiatría infantil y del adolescente”. World Psychiatry (ed Esp) 3:3. pp: 154- 155.
- Ubieto, J.R. (2012). La construcción del caso en el trabajo en red. Teoría y práctica. Barcelona: UOC.