

I García Miralles. J Hernández Gadea

Unidad de salud mental infanto-juvenil de Alcoy

Correspondencia:

C/Salvador Rodríguez Bronchú H-12

Cp 46015.

E-mail: isagm22@hotmail.com

*Experiencia terapéutica
con un grupo de niños y sus
aportaciones a la consulta
psiquiátrica infantil*

*Group experience
with children and its
contribution to the
individual psychiatric
assistance*

RESUMEN

En la presente comunicación queremos compartir nuestra experiencia grupal y comentar algunos aspectos teórico-prácticos que surgieron durante el desarrollo de la misma, por su valiosa contribución al diagnóstico, al tratamiento y al seguimiento de los pacientes.

El grupo está compuesto por cuatro pacientes, dos niñas y dos niños, de entre 8 y 10 años, que acuden a la consulta clínica individual habitual para tratamiento y seguimiento por trastornos de conducta. La experiencia tuvo lugar a lo largo de 12 sesiones con una periodicidad quincenal.

El trabajo grupal nos permitió observar a cada paciente en su interacción con los otros miembros del grupo facilitándonos un conocimiento más integrado y comprensivo de su patología y de su carácter y proporcionándonos otro lugar de intervención.

Palabras clave: terapia grupal, consulta psiquiátrica infantil, psicoterapia de grupo con niños.

SUMMARY

In the present communication I would like to share some theoretical as well as practical aspects that arose

during our group experience because of its valuable contribution to the diagnosis, treatment and the following of the patients.

Four kids, two girls and two boys of eight to nine years, complete the group. They also assist to individual sessions of treatment because of several behavioral problems. Our group experience took place during 12 sessions with a periodicity of one every two weeks.

Group therapy allows the observation of the patient's interactions with the other members easing a more comprehensive knowledge of his pathology as well as broadening the possibilities of intervention and benefit the monitoring of the process.

INTRODUCCIÓN

El ejercicio de la práctica clínica habitual en una consulta ambulatoria de psiquiatría infantil revela una serie de restricciones propias de su naturaleza y estructura.

En la entrevista individual conocemos al paciente basándonos en la información indirecta aportada por su familia y a través del análisis de las relaciones vinculares

que desarrolla con sus padres y con el terapeuta en el tiempo de la consulta. Sin embargo carecemos de acceso directo a la observación de la mayoría de sus interacciones y actuaciones en su vida fuera de la consulta.

En consulta individual realizamos la mayoría de las intervenciones después de que estas ocurran, sobre un proceso pasado o en curso pero que normalmente tiene lugar fuera de consulta. Por estos motivos, el proceso diagnóstico y terapéutico en consulta individual puede verse tremendamente enriquecido por la experiencia grupal, que sin alcanzar el ideal imposible de hacernos observadores presentes y constantes de la vida familiar, social y escolar del paciente, si puede, ampliar el campo de percepción y de acción del terapeuta.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLINICO

Nuestra experiencia grupal discurre a lo largo de siete meses entre noviembre del 2011 y mayo del 2012 durante 12 sesiones con una periodicidad aproximada quincenal.

Para mantener la confidencialidad sin perder la calidez y la personificación que otorga un nombre a una descripción me referiré a cada uno de los miembros del grupo con un nombre de pila distinto al propio.

Nuestro grupo está compuesto por dos niñas Susana (10a) y Natalia (9a) y por dos niños Iván (9a) y Rubén (8a).

Todos ellos acuden regularmente a sesiones de tratamiento individual derivados ante la sospecha de padecer un trastorno hiperactivo o de conducta. Tras la evaluación inicial Rubén y Susana reciben el diagnóstico CIE 10 de TDAH y se inicia tratamiento farmacológico con psicoestimulantes. Iván y Natalia reciben el diagnóstico de otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y tratamiento con risperidona. Susana recibe además el diagnóstico de retraso mental leve y tratamiento con haloperidol para sus tics.

Susana, Natalia e Iván proceden de un grupo previo, realizado el año anterior.

Antes de pasar a describir la observación grupal, me gustaría presentaros brevemente a los miembros del grupo tras su paso por la consulta individual:

Rubén es descrito como inquieto, impulsivo, opositorista e irritable. Cuando le piden algo responde con quejas. “Coge muchos burros”, “no tiene amigos”, “no sabe jugar en equipo”, “le gusta estar a su aire”. En la escuela no se sienta, no presta atención y “todo le parece un rollo”. Lo castigan sin patio, al pasillo o sin excursio-

nes. No entiende porque le castigan y con frecuencia se enfada porque piensa que todos sus compañeros están en contra de él.

Iván fue un gran prematuro. Es muy fantasioso y excitable. Hiperactivo, inatento, desobediente. La demanda inicial se debe a frecuentes e intensas rabietas desbordantes acompañadas de amenazas autolesivas ante frustraciones. Además no muestra ningún interés académico y el rendimiento es muy bajo. Hace travesuras continuas y pequeños hurtos. Se queja con frecuencia de que es insultado y agredido por sus compañeros de clase. La Madre refiere sintomatología ansiosa propia y momentos de desbordamiento emocional con distanciamiento del paciente. Padre poco presente en el tratamiento. La abuela se encarga de su cuidado durante largas temporadas.

Natalia es descrita como “chillona, contestona y de mano larga” su madre refiere rabietas donde se muestra violenta golpeando objetos o golpeándose ella misma con la cabeza contra la pared. En consulta se muestra muy ansiosa, viviendo de forma persecutoria los comentarios de su madre. Se muestra muy insegura durante el juego anticipando el fracaso. Madre joven algo desorganizada. Con frecuencia llegan tarde o se equivocan de cita. Bajo nivel económico. Natalia frecuentemente viste con ropa gastada o que le queda pequeña. En el colegio se quejan de que es habladora y mandona. Se relaciona fundamentalmente con su prima de su misma edad a la que corrige continuamente por un defecto que tienen en la articulación del lenguaje. Padres separados. El padre no acude a las sesiones.

Susana .Prematura. En acogimiento familiar. Hiperactiva. Tiene una limitación cognitiva leve. Su conducta e intereses son infantiles y con frecuencia prefiere jugar sola. Es muy rígida en sus deseos. “cabezota”. Desobediente. Tics frecuentes. Conductas desinhibidas como tocarse los genitales y primitivas como olisquearse las manos. Bajo rendimiento académico.

Con la finalidad de realizar un estudio sobre el grupo las sesiones fueron grabadas y posteriormente supervisadas 7 con la ayuda de un especialista en psicoterapia psicodinámica. Los videos fueron mostrados a los miembros del grupo durante una de las sesiones. (2)

La sesión de una hora de duración fue semiestructurada en tres fases con tiempos flexibles .Una primer tiempo donde se promueve el flujo libre de verbalizaciones y pensamientos, un segundo tiempo de juego donde

la coterapeuta y enfermera de la unidad, explica el procedimiento del juego o juegos a desarrollar. Y finalmente terminamos la sesión con una actividad más relajante de lectura o dramatización de un cuento.

El fin del grupo se anunció en la antepenúltima sesión. La penúltima sesión se dedicó a la elaboración conjunta de una cartulina representativa del grupo, donde cada niño pudo escribir, pintar o recortar lo que quiso. La última sesión del grupo se hizo una merienda de despedida (6), retomamos la experiencia vivida, señalando los momentos importantes y profundizamos en las distintas impresiones. Realizamos una foto que se entrega como recuerdo.

Los juegos elegidos para las sesiones varían entre juegos tradicionales, creativos, de roles y de reglas, alterando juegos de mayor implicación física con juegos más reflexivos, siempre manteniendo un enfoque cooperativo, es decir promoviendo la colaboración de todos los miembros del grupo para alcanzar un resultado. (4)(8)

Trabajamos con un enfoque multimodal encuadrado dentro de las terapias grupales de orientación dinámica. Defendemos la necesidad de una participación activa del terapeuta (9) y su coterapeuta con el fin de asegurar un ambiente productivo donde intervenir con la mayor frecuencia y calidad posible y creemos en la capacidad del juego como método de expresión, vinculación y trabajo con los niños de esta edad.

Nuestro objetivo es tratar de explorar más profundamente las dificultades personales y sociales de nuestros pacientes, favorecer la comprensión de uno mismo, facilitar la expresión del malestar y ampliar el campo de la intervención terapéutica de la consulta individual a la grupal adaptándonos a la capacidad introspectiva de cada sujeto.

A medida que transcurre el grupo observamos una serie de dificultades compartidas que explican gran parte de la clínica descrita por sus familiares y observada en consulta individual.

1. La dificultad para contactar con sus dificultades, expresar sus pensamientos, y verbalizar emociones y deseos de un modo adecuado.
2. La poca capacidad de escucha que existe entre ellos.
3. La tendencia a la acción desmedida y la falta de autorregulación de la misma.
4. La rigidez para sostener intereses particulares (fal-

ta de flexibilidad).

5. La dificultad para cooperar y para ponerse de acuerdo.
6. La tendencia a establecer relaciones lineales con el terapeuta, manteniendo al resto del grupo al margen. (mantenimiento del modelo de la intervención individual). (10)
7. La tendencia generalizada a elegir actividades para rivalizar.
8. La respuesta entre deseosa y persecutoria al uso del video.

Dado que una de las quejas más recurrentes durante la consulta individual habitual se refiere al grado de actividad desarrollado por el paciente, prestamos una especial atención al análisis de la misma durante la actividad grupal.

ENTRE EL PENSAMIENTO Y LA ACCIÓN

Durante el desarrollo del grupo fuimos partícipes del elevado grado de actividad de algunos de los participantes.

Durante la consulta individual los miembros del grupo siempre habían manifestado una conducta ajustada probablemente por estar encuadrados en una situación de mayor estructuración y menor estímulo por lo cual no habíamos podido ser partícipes de la exuberante clínica hipercinética descrita por sus familiares. Sin embargo durante el desarrollo del grupo llamó nuestra atención la tendencia general al “paso al acto” y a la acción desorganizada, la búsqueda de la excitación y la repetición y la necesidad de abandonarse a actividades físicas poco complejas.

Observamos que esto ocurría especialmente ante situaciones potencialmente angustiantes como la tardanza o ausencia de algún miembro, durante los periodos de reflexión especialmente si el contenido había derivado en temas profundos como la muerte o pérdida de algún ser querido o durante la terminación del grupo.

Si consideramos el paso a la acción como una dificultad en el proceso del pensamiento/mentalización de estas situaciones generadoras de ansiedades de pérdida y de abandono difíciles de gestionar, podemos entonces entender esta tendencia a la acción como una actitud defensiva de huida para mitigar esa angustia. (1)

Partiendo de esta base estos comportamientos fueron señalados y explicados facilitando el entendimiento por

parte de cada sujeto de su acción. Observamos entonces que el mero señalamiento de la causa de la agitación a menudo actuaba como calmante y organizador.

Tampoco hay que obviar que en otras ocasiones los tiempos de espera de los miembros del grupo son distintos y mientras unos tolera una conversación de varios minutos otros miembros demandan el cambio y manifiestan su aburrimiento a través del “portarse mal”. Estas acciones son interpretadas entonces como peticiones de cambio y atendidas. Estas conductas eran más evidentes en Iván y Susana los cuales incluso se afiliaban en determinadas circunstancias buscando este estado de excitación, “boicoteando” el periodo de reflexión y solicitando jugar. En este sentido fue muy importante atender y mantener una evaluación continua de su capacidad de trabajo para poder adecuar la sesión en función del mismo.

Iván al inicio del grupo es el que muestra más dificultades para mantener el ritmo que demandan las actividades grupales, lo que le lleva con frecuencia a enfascarse en actividades físicas sin aparente finalidad para gran irritación de sus compañeros que lo definieron como “hacer tonterías”. Durante los periodos de reflexión utiliza mucho el cuerpo para expresarse allí donde las palabras no le llegan. Esta tendencia a la expresión a través del cuerpo, indicativo de una falla en el pensamiento fue lo que junto con la manifestación de angustias depresivas y de separación ante las pérdidas y su dependencia hacia un objeto transicional físico, manifestadas en su demanda continua del material de las sesiones me remite a pensar en “las patologías límites” descritas en las clasificaciones francesas de los trastornos mentales. (3)

Dado que el grado de estructuración (5) requerida en un grupo puede ser utilizado como un indicativo de el grado de madurez y de patología del mismo, pues a menos edad, más patología o más inmadurez más estructura será requerida a lo largo del transcurso del mismo, nos fuimos dando cuenta de nuestra necesidad continua de reestructuración en función de los elementos que identificamos como más frágiles del grupo; Iván y Susana.

Por este motivo decidimos pasar de sentarnos en el suelo a sentarnos en una silla (la libertad de movimiento que estar en el suelo le propiciaba a Iván le hacía imposible estar quieto mientras hablaba), readaptamos actitudes lúdicas estructurándolas en juegos de reglas más claras y definidas por su dificultad para ponerse de acuerdo durante la ejecución de la misma, ajustamos el tiempo de duración de las actividades, teniendo que en cuenta

las capacidades de espera, ajustamos la dificultad a su capacidad de ejecución especialmente ante la limitación cognitiva de Susana ...etc.

Hemos tenido también la oportunidad de observar los cambios en el comportamiento del paciente en función de la atmosfera grupal en la que se encuentra. (5) Los distintos miembros del grupo pueden crear con su interacción ambientes distintos a los generados en una relación dual durante la consulta individual. En nuestro primer grupo mal balanceado por un error técnico, con un predominio de varones agresivos que peleaban con frecuencia, se creó un clima hostil, que llevo al repliegue a los miembros del grupo más temerosos como Natalia, la cual durante el desarrollo del primer grupo mostró una actitud muy inhibida negándose a participar en muchas de las actividades propuestas, permaneciendo junto a mí o junto a la enfermera manteniendo una relación distante con los miembros masculinos del grupo.

Iván sin embargo reaccionó ofreciéndose con actos de sumisión al líder más agresivo llamando su atención con provocaciones, permitiendo que le golpearan y ofreciéndose para que lo sometieran. La salida de estos miembros del grupo provocó en él sentimientos de nostalgia y alivio en todos los demás.

Tras generar una atmósfera más segura, en el segundo grupo, el cambio fue muy llamativo, volviéndose el grupo más tranquilo y productivo. Natalia comenzó a participar de todas las actividades incluso llegando al final del segundo grupo a adquirir un rol más activo, expresando sus ideas e incluso rivalizando con Rubén, por el liderazgo.

Consideraciones particulares sobre cada uno de los miembros del grupo

La presencia de Iván en el grupo nos permitió aprender más no solo sobre su patología sino también sobre su carácter y sus motivaciones.

Iván se muestra muy sensible a la atención de los demás y con frecuencia busca la atención del otro con conductas poco apropiadas y provocativas. Durante el primer grupo su provocación se centró en el miembro del grupo más disruptivo, que se imponía como líder, como ya hemos referido anteriormente. Tras la provocación y la consiguiente respuesta agresiva por parte del mismo la reacción de Iván era de sometimiento, en algunos casos, si la situación se tornaba en exceso violenta acudía a mí con quejas de haber sido agredido, en otras ocasiones narraba durante el tiempo de reflexión como en el cole-

gio le “pegaban” (7), esta situación se repitió en el grupo actual con Rubén el cual ejercía mayor autocontrol en sus respuestas y rara vez le correspondía como Iván esperaba. Esta falta de respuesta, junto con el señalamiento de su provocación previa produjo una disminución de estas conductas en el grupo. Durante las consultas de seguimiento la madre refirió que había podido observar como estas “provocaciones” se daban en otros ámbitos, como en el parque, con el tiempo Iván admitió que también ocurría en el colegio.

Tras múltiples intervenciones observamos una mayor conciencia de su conducta y menos dificultades para regular su grado de actividad.

Iván trataba de esforzarse para recibir la aprobación del grupo. Escuchaba con mayor impacto las críticas de sus compañeros que cualquier señalamiento por mi parte. Con el tiempo, el trato hacia él por parte de los otros miembros del grupo se fue transformando en una suerte de condescendencia hacia sus limitaciones. Trataban de ayudarlo para poder jugar anticipando ya cual iba a ser su problema.

Ya hemos mencionado el paso de la inhibición a la participación de Natalia y sus motivos. Cabe aquí mencionar otros matices que la experiencia grupal aportó al diagnóstico y tratamiento de su patología.

En el segundo grupo observamos una tendencia a agruparse con el otro miembro femenino del grupo y a tratar de una forma desmedidamente hostil a Rubén. Tras consultarlo con la madre esta nos permitió ahondar más en su vida familiar y social, al parecer la separación de los padres se produjo por la conducta violenta del padre, con problemas de alcohol y juego patológico, hacia la madre en domicilio. Natalia narra situaciones presenciadas de alto contenido violento en domicilio lo que nos permitió comprender mejor su inhibición ante la violencia y hacia el sexo masculino con la que la asocia. Por otro lado su temor a la crítica y sus reacciones desmedidas en forma de rabieta agresiva se asociaban con frecuencia ante situaciones donde se siente perseguida, tratada injustamente o herida en su narcisismo, esto junto con las reacciones defensivas de superioridad de Natalia con respecto a su prima a la que corrige al hablar o sobre Rubén al que menosprecia con frecuencia parecen intentos de compensar una identidad frágil y vulnerable indicativo de una posible falla narcisística en su identidad propia también de una estructura límite. Este diagnóstico, como ya hemos mencionado con Iván, no es fácilmente asimilable a las

clasificaciones clínicas actuales pero si me han permitido una comprensión más profunda del funcionamiento de los pacientes. (3)

Los problemas de aislamiento y tendencia al juego en solitario no se pusieron de manifiesto en Susana, durante el grupo donde participaba encantada en la mayoría de los juegos. Ocasionalmente mostraba su rigidez durante la elección de los mismos si el grupo se decantaba por alguno que ella no había sugerido pero fácilmente cambiaba de opinión ante el agrupamiento del resto de miembros. Se convirtió en el apoyo inseparable de Natalia, pues esta la buscaba como pareja cuando el juego así lo requería. A su vez ella se alineaba con Iván en busca de un ambiente de juego más distendido e irreflexivo.

Durante un tiempo precisó de la suspensión del tratamiento psicoestimulante por graves tics complejos. Permittiéndonos observar durante las sesiones grupales coincidentes las diferencias en la actitud y el comportamiento de Susana con y sin tratamiento farmacológico.

Rubén se erigió como el menos sintomático de los miembros del grupo, aportando gran estructuración al grupo, mostrando su lado más reflexivo y tolerante. Puntualmente se mostraba más excitado y agitado especialmente en las actividades que implicaban movimiento o en alguna sesión donde faltaba alguna chica y entonces el ambiente se volvía inevitablemente más competitivo con Iván. Desarrolló también una relación de rivalidad con Natalia, compitiendo por los “papeles” más difíciles durante las representaciones de cuentos. El espacio grupal le permitió ser para variar un miembro destacado del grupo, cuyas opiniones eran respetadas y donde se sintió valioso.

SOBRE UN ESTADIO MÁS EVOLUCIONADO

Como grupo, a medida que transcurren las sesiones observamos:

1. Un aumento del intercambio verbal entre ellos y de colaboración.
2. Comienzan a ponerse de acuerdo entre ellos sin la necesidad de una intervención por nuestra parte.
3. Para llevar a cabo una tarea asumida por todos los miembros del grupo elegirán a su líder de acuerdo con sus capacidades reales para llevarla a cabo. Lo que refleja una mayor capacidad de introspección.
4. El tiempo de reflexión se alarga considerable-

mente en algunas sesiones muy productivas, reduciéndose la necesidad de llevar a cabo actividades lúdicas incesantes.

LA UTILIDAD DEL VIDEO

La visualización del video permite a Natalia tomar contacto con su tendencia a la inhibición inicial al observarse ausente en el encuadre de las primeras sesiones “¿Dónde estaba yo?”. Iván se muestra muy avergonzado al observar sus actuaciones, llegando en su afán de proyectar sus deficiencias fuera de sí a negarse a reconocer su propia voz. (2)

SEGUIMIENTO

El grupo se cerró hace ya más de un año. Iván como era de prever fue quien más lo echa en falta y quien más recuerdo tiene.(7) Durante varias sesiones individuales posteriores continuaba preguntándome por los otros miembros y buscando razones par volver “¿si me porto mal puedo ir al grupo?”.

Durante el tiempo en el cual las sesiones individuales y grupales coincidieron, resultó de gran utilidad la utilización del material grupal para tratar situaciones familiares y/o escolares en consulta. Del mismo modo las consultas individuales continuaron aportando nueva información, que permitió comprender mejor las actuaciones grupales.

Aun ahora, después de tanto tiempo el material grupal enriquece la consulta individual con el recuerdo de lo allí vivido.

En la actualidad todos los miembros del grupo continúan en seguimiento en consulta individual.

Natalia ya no precisa tratamiento farmacológico, está muy centrada en su labor académica donde obtiene muy buenos resultados lo que le ayuda asentirse menos insegura y con menos necesidad de menospreciar y corregir a los demás. En consulta se muestra más resuelta y menos temerosa. Aún presenta ocasionalmente episodios de enfado inscritos en situación de frustraciones muy concretas.

Rubén ha presentado episodios de desadaptación social escolar muy influenciados con el ambiente de rivalidad de su clase sin embargo ha mejorado ostensiblemente a nivel académico. Las quejas debidas a su comportamiento han disminuido.

Tras aumentar la contención del medio (7) de Iván e

incluirlo en la vida de la unidad con sesiones individuales frecuentes y posteriormente grupales, cedieron las rabietas graves. A nivel académico, se añadió al tratamiento psicoestimulantes a dosis bajas para facilitarle las tareas pues aun no ha despertado su interés por aprender. Ya no realiza travesuras escolares. A nivel social persiste dificultad para adaptarse, su vivencia actual es que los demás “no quieren jugar conmigo” pero al menos ya no “le pegan”.

Susana fue derivada a un colegio de educación especial debido a su dificultad para seguir el ritmo en la escuela normalizada, ahora está muy contenta, trabajadora, colaboradora y sociable.

DISCUSIÓN

Tras esta experiencia, me gustaría resaltar como La terapia Grupal contribuye a añadir matices el diagnóstico inicial (6) ya que permite obtener información directa de la observación de la interacción del paciente con los otros miembros del grupo. Dado que el grupo propicia que afloren distintas dinámicas a las acontecidas en la consulta individual nos permite la observación de otras facetas de la personalidad del paciente como por ejemplo como hemos visto, su capacidad para comunicarse, para escuchar, para cooperar, para tolerar la rivalidad, la relación con otros niños y con el terapeuta, el tipo de rol que adopta preferentemente, su respuesta a las diferentes situaciones que se dan en el grupo... etc.

Por otro lado las dinámicas del grupo ofrecen otras oportunidades de intervención cualitativamente y temporalmente distintas así el grupo permite el empleo de otras técnicas terapéuticas como señalamientos, esclarecimientos e interpretaciones individuales y grupales de las conductas acontecidas y lo más importante, permite hacerlo en el momento en que estas están teniendo lugar.

La terapia grupal permite también un seguimiento más exhaustivo del proceso terapéutico pues aumenta la frecuencia de exposición terapeuta-pi. Refuerza el vínculo e incluso permite la monitorización del tratamiento farmacológico al observar al paciente en distintas franjas horarias.

Una vez finalizada la terapia grupal, el recuerdo de la experiencia grupal continúa aportando material para trabajar con el paciente durante las consultas individuales sucesivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abella, A. Los trastornos del comportamiento, entre el pensamiento y la acción. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. 2007; 43/44, 47/70.
2. Boulanger, M and langevin, C. Direct observation of play-Group Therapy for social skills deficits. Journal of child and adolescent group therapy. Vol 2, n 4, 1992.
3. Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFTMEA-r-2000) editorial Polemos. Buenos aires. 2004.
4. Garaigordobil Landazabal, M Juegos cooperativos y creativos para niños de 6 a 8 años. Ediciones pirámide. Madrid. 2005.
5. Glasserman, R y Sirlin, E. Psicoterapia de grupo en niños. Ediciones nueva visión. Buenos aires. 1984
6. Lomonaco, S, Scheidlinger, S and Aronson, S. Five decades of children's group treatment, an overview. Journal of child and adolescent group therapy. Vol 10, n 2, 2000.
7. Reid, S and kolvin, I. Group psychotherapy for children and adolescents. Archives of disease in childhood.69: 244-250. 1993.
8. Schaefer, C y o'Connor, K. Manual de terapia de juego. Manual moderno. México. 1988.
9. Sharon, R. Children's Therapy Groups: Case studies of prevention, reparation and protection through children's play. Journal of child and adolescent group therapy. Vol 4, n 1, 1994.
10. Vidal, I, Vera, I, Escudero, C. Una experiencia de terapia de grupo con niños en edad de latencia. Revista de la asociación española de neuropsiquiatría. 33(118)343-352. 2013.