

Una experiencia grupal: la vida en un centro

DINA MARTÍNEZ PINAR^{1A}, EVA ESPAÑA CHAMORRO^{1A}, TERESA PIÑOL FERRET^{1A},
IZASKUN DAVALILLO AMEZAGA^{1A}, SILVIA ACOSTA GARCÍA^{1A} Y OLGA IBÁÑEZ SALVADOR^{2A}

RESUMEN

Una experiencia grupal: la vida en un centro. Las investigaciones del trauma y la resiliencia nos enseñan que las experiencias en las relaciones interpersonales son vitales para crecer, especialmente si están caracterizadas por la sensibilidad, la cercanía y el reconocimiento. También sabemos que el grupo es una herramienta muy potente para la expresión emocional y su contención. En el centro de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ) de Tarragona pensamos en unir estos dos supuestos y crear este grupo dirigido a niños institucionalizados para dar asistencia a sus peculiaridades. Se trata de un trabajo descriptivo de una intervención psicoterapéutica grupal. **Palabras clave:** centros de menores, psicoterapia grupal, apego, maltrato.

ABSTRACT

A group experience: life in a centre. Trauma investigations and resilience teach us that the experiences in interpersonal relationships are vital for growth, especially if they are full of sensitivity, closeness, and recognition. We also know that the group is a very powerful tool for emotional expression and containment. In the child and adolescent mental health centre (CAMHC) of Tarragona, we plan to unite both of these concepts. We pretend to create and assist the peculiarities of a hospitalized group of children. It is a descriptive work of a psychotherapeutic group intervention. **Keywords:** juvenile centres, group psychotherapy, attachment, abuse.

RESUM

Una experiència grupal: la vida en un centre. Les investigacions del trauma i la resiliència ens ensenyen que les experiències en les relacions interpersonals són vitals per créixer, especialment si estan caracteritzades per la sensibilitat, la proximitat i el reconeixement. També sabem que el grup és una eina molt potent per a l'expressió emocional i la seva contenció. En el Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) de Tarragona pensem en unir aquests dos supòsits i crear aquest grup dirigit a nens institucionalitzats per donar assistència a les seves peculiaritats. Es tracta d'un treball descriptiu d'una intervenció psicoterapéutica grupal. **Paraules clau:** centres de menors, psicoteràpia grupal, aferrament, maltractament.

Introducción

La asistencia en nuestro servicio, el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) de Tarragona, a los centros residenciales, se ampara bajo el convenio entre Salud Mental y la Dirección General de Atención a la Infancia y a la Adolescencia (DGAIA). Éste implica una especificidad en la atención a esta población. Estos pacientes tienen un programa diferenciado

más adecuado a sus particularidades y uno de soporte técnico a los profesionales que trabajan en los centros de infancia.

Los estudios realizados con esta población muestran una mayor prevalencia de trastornos psicológicos (Burns et al., 2004; Del Valle, Sainero y Bravo, 2011) y de mayor gravedad psicopatológica, lo cual conlleva mayor uso de recursos asistenciales (Martínez, López y Martín, 2015; Bravo y Del Valle, 2009). A mayor precocidad de

¹Psicóloga Especialista en Psicología Clínica; ²Trabajadora Social y psicoterapeuta.

^ACentro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Tarragona. Institut Pere Mata.

Contacto: martinezd@peremata.com

Recibido: 28/9/18 - Aceptado: 5/7/19

la experiencia traumática, más destructivas pueden llegar a ser las consecuencias. Sin embargo, al trabajar con una población con una mayor plasticidad psíquica, la probabilidad de poder obtener resultados a través de una intervención psicoterapéutica es mayor (Cirillo, 2009).

Es frecuente que esta población cumpla criterios para un diagnóstico de trastorno del vínculo según CIE-10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992). Este se caracterizaría por “un comienzo en los primeros cinco años de la vida y anomalías persistentes en el patrón de relaciones sociales”, asociadas con alteraciones emocionales y “que son reactivas a cambios en las circunstancias del entorno”. Además, puede mostrarse temor e hipervigilancia, autoagresiones y agresiones contra otros, aflicción y, ocasionalmente, “falla de crecimiento” en su forma inhibida.

Pero existe también una forma desinhibida que se define como un anormal patrón de comportamiento social que surge durante los primeros cinco años de vida. Se manifiesta pese a “cambios profundos en las circunstancias del entorno”. Entre sus características están la “búsqueda de atención y comportamiento amistoso indiscriminado”, escasamente adaptadas interacciones con pares y, según las circunstancias, puede asociarse con “perturbación emocional o del comportamiento”.

En nuestra práctica clínica y, en este contexto, hemos intentado ofrecer una intervención grupal diferenciada a los niños institucionalizados debido a que se trata de un grupo de alto riesgo psicopatológico, en cuanto que estos menores se enfrentan, por lo menos, a tres experiencias traumáticas: maltrato, separación de su hogar (que suele ser vivida como algo catastrófico) y un entorno artificial de convivencia, siendo un sustituto al contexto natural de crianza.

Hemos dado al trabajo un marco teórico basado en la teoría del apego y desarrollos afines, como las teorías de la intersubjetividad o la terapia de mentalización, pues nos parece el que mejor explica el conflicto central de estas patologías.

Material/método

El objetivo de este abordaje es elaborar la

experiencia inicial de trauma de separación de los niños al ingresar en un centro de protección y favorecer las habilidades resilientes y de adaptación a la nueva realidad. Por lo cual, los miembros eran niños que llevaban menos de un año de institucionalización, de edades comprendidas entre siete y nueve años. Todos ellos presentaban trastornos del vínculo con alteraciones de conducta graves que habían generado urgencias tanto a nivel ambulatorio como hospitalario y contención farmacológica.

Observamos en estos niños capacidades relacionales afectadas, debido a alteraciones en el patrón de apego. Estas se manifiestan en el ámbito de la psicoterapia a través de la desconexión, el contacto invasivo, la aproximación, el miedo al contacto, la interrupción o una mezcla incoherente de todas. En suma, son niños con apegos disfuncionales provocados por el trauma crónico, por lo cual es necesario proporcionarles experiencias de apego más seguras.

Por todo esto, consideramos que es importante, para este trabajo grupal, mantener el *setting* (días, horarios, duración sesión), pues tal y como se propone ya desde los trabajos clásicos del apego (Bowlby, 1998), la estabilidad y la predictibilidad de las rutinas favorece el establecimiento de un apego seguro y un contexto confiable en el que abordar las experiencias traumáticas. El grupo era dirigido por dos terapeutas, se realizaba con frecuencia semanal (12 sesiones de 45 minutos de duración) y estaba compuesto por cuatro niños. Las sesiones se dividieron en cuatro partes:

Visualización de material audiovisual relacionado con la llegada de un niño a un centro de infancia. Se proponía el visionado de fragmentos de la película “Mi vida como Calabacín” (Barras, 2016) y “Anyá” (Youtube, Brown bag films, abril 2014). La primera relata la vida de un niño en situación de maltrato. Este convive con su madre alcohólica, la cual sufre un accidente mortal que ocasiona que sea llevado a un centro residencial. La película muestra la llegada y adaptación a este nuevo entorno. Se abordan temas como la dificultad de adaptación con los iguales, tanto para el recién llegado, como la aceptación del nuevo compañero para los veteranos, alguno de los cuales reaccionan con conductas de acoso hacia el protagonista.

El segundo material es un cortometraje de dibujos animados que relata la historia de una niña que ingresa en un centro, donde se reflejan sus miedos y dificultades para poder adaptarse. A lo largo del corto, va creciendo y volviéndose autónoma, hasta poder independizarse y formar su propia familia, convirtiéndose en una mamá que puede cuidar a su hijo.

Reflexión sobre lo visualizado. Se lleva a cabo una puesta en común de lo percibido por cada uno de los niños, facilitando la participación y conexión con las emociones que sintieron el primer día que llegaron a su centro. Se fomenta, además, que puedan dar detalles de ese día tan impactante para sus vidas.

Juego libre. Se da un espacio para el juego libre, dejando claro lo que hay que respetar: las personas y objetos de la terapia, y la diferenciación de rol adulto y niño. Dentro del material lúdico, hay una casa de madera, que puede representar un centro.

Relajación con técnicas de integración corporal. Este espacio tiene como objetivo poder tomar conciencia corporal de las experiencias emocionales vividas en la sesión. Se trabaja con ejercicios de propiocepción, esquema corporal, respiración... Esta sección la hicimos opcional a medida que se avanzó en el desarrollo de las sesiones, pues según aumentaba la cohesión grupal, los niños reclamaban más espacio para expresar el contenido emocional. El material utilizado eran colchonetas, material audiovisual, casita de madera, muñecos, pelotas de gomaespuma, telas, marionetas.

El apego constituye un aspecto fundamental del ser humano y se ve directamente afectado por la experiencia de maltrato. Las relaciones de apego nos ayudan a crear un molde para interpretar las relaciones de cuidado y sirven como modelo de regulación emocional, llegando a ejercer un importante papel en los procesos nucleares de la estructuración psíquica. Siguiendo las aportaciones de Fonagy (2004), el apego constituiría el marco interaccional en el que se desarrollan los procesos básicos de autoregulación (reacción al estrés, capacidad para mantener focalizada la atención, capacidad para interpretar los estados mentales propios y de los demás). De esta manera, los déficits en los procesos de apego supondrán consecuencias en

la manera de buscar seguridad en situaciones estresantes y también en el acceso a la capacidad para establecer una conexión emocional consigo mismo y con los demás (Galán, 2010).

Los niños que han padecido trauma crónico presentan altas probabilidades de desarrollar un trastorno vincular, lo que implica una tendencia a establecer vínculos indiferenciados, inhibidos, sacando del rol al otro. Por lo tanto, es importante que las terapeutas mantengan el *setting* interno de acompañamiento y contención emocional.

En el grupo, los niños pueden comunicar a través del juego y verbalizar estas experiencias favorecidas por el material audiovisual. Estas pueden ser escuchadas, nombradas, entendidas, poniendo palabras a sus vivencias.

Se intenta evitar la retraumatización con una actitud de respeto no invasiva. Cuando se expresan contenidos vivenciales complejos con carga afectiva, intentamos acercarnos a ellos de una manera indirecta, ayudando a hacer una integración paulatina.

Material clínico

Los integrantes del grupo fueron dos niños y dos niñas de edades comprendidas entre los siete y nueve años. María era la mayor y es una niña risueña, regordeta, con rizos y ojos vivarachos que exploraban todo a pesar de que hablaba poco. Laura tenía unos ocho años, era flaquita y de aspecto más infantil. Llevaba unas gafas de gran graduación, con voz aguda, de actitud movida, respondona y sabionda. Abel, árabe, delgado y enérgico, hablaba poco y era quizás el más evitativo. Andrés era el pequeño, de origen latino, con los ojos grandes y tristes y el más brusco de los cuatro. Se mostraba desconfiado y protestón de entrada.

Todos, menos Andrés, vivían en centro residencial de acción educativa (CRAE). Andrés continuaba en un centro de acogida de urgencia (CAU) a la espera de la síntesis de su proyecto. Todos llevaban menos de un año en el sistema de protección de Infancia.

En la primera sesión, acuden puntuales. Al principio, Andrés y Laura se sientan en las sillas pequeñas, Abel y María en las grandes y, al final, todos optan por sentarse en las sillas grandes.

Hacemos una introducción del grupo y explicamos que todos tienen algo en común, y es que viven en un centro. *La idea era crear un primer sentimiento de pertenencia al grupo.*

Comienza Laura hablando del centro donde está. Continúan Abel, María y, finalmente, Andrés, que dice estar aún en el CAU; los demás están ya en un CRAE. Laura se sorprende de que continúe allí sin haber cambiado.

Comenzamos a ver la película de Calabacín. El fragmento muestra cómo el niño está en su casa jugando en la planta de arriba mientras que su madre bebe cerveza y mira la televisión en la planta de abajo. Él va a recoger las latas de cerveza vacías para hacer una construcción en su cuarto. Pero esta construcción se derrumba, haciendo un gran estruendo. Entonces la madre se enfada y sube las escaleras para castigarlo por molestarla. Calabacín se asusta al escuchar que se acerca su madre y cierra la trampilla de la escalera; da un golpe a la madre en la cabeza y la hace caer escaleras abajo. A partir de aquí, Calabacín es llevado a la policía, que pregunta cosas de la familia. Finalmente, le llevan a un centro; a continuación, se muestra como el niño es acogido por parte de educadores y compañeros.

Laura se fija en los ojos del calabacín y dice que está borracho; los demás están de acuerdo: “no sabe lo que hace”. *Las terapeutas van preguntando para que puedan identificar las emociones que suscita la escena, tanto a Calabacín como a ellos.* Laura se da cuenta: “esto son las emociones”.

Preguntamos a los niños sobre la madre. Laura dice que no se la ve la cara, pero que estará enfadada, porque Calabacín ha tirado las latas. Después pueden verbalizar la emoción de “susto” de Calabacín ante la reacción de la madre, y cómo luego “se queda triste” tras la caída de esta. *El objetivo aquí sería ayudar a recordar su experiencia desde el impacto de la película y poner las palabras en esta vivencia difícilmente verbalizable en otros contextos.*

Se dan algunos momentos de confusión en la interpretación de la película, como explicamos a continuación:

- En la escena en que Calabacín está con el policía, los niños de nuestro grupo creen que es el padre del niño. Después se darán cuenta cuando pone la sirena en el coche de policía.

- Cuando viajan en coche (el policía lo lleva al centro) creen que lo llevan a la escuela; luego ven que es el centro, y dicen que este es feo, que el suyo es más bonito, más grande y que es diferente.
- Identifican a la educadora y la directora que lo reciben.

Invitamos a que puedan recordar su llegada al centro: la mayoría fueron sus hermanos; Laura, acompañada de sus padres, Abel y María de un educador y Andrés de un policía que no iba vestido como tal.

Abel y Andrés comienzan a poner los pies encima de la mesa, María les regaña para que no los pongan allí, y, luego, empiezan a golpearse entre los chicos. Una de las terapeutas se levanta, Laura se asusta y se va al lado de la otra terapeuta. *Interpretamos esta situación como una actuación de la angustia suscitada por las escenas mostradas y emociones emergidas a partir del material. Los chicos nos muestran cómo hay mucho más contenido emocional de lo que se puede verbalizar y contener, por lo cual se acaba por actuar. Abel y Andrés sacan su agresividad como defensa a los sentimientos de impotencia, María nos muestra sus habilidades para adaptarse a la norma y Laura, su miedo a la reacción del adulto en una situación de estrés.*

Abel se levanta y se marcha hacia los juguetes, acabando así con la situación (escape). Los demás lo siguen a explorar los juguetes. Cada uno mira una pieza diferente. *Esta es una manera de salir de la angustia y canalizar la necesidad de actuación de una forma más elaborativa, como se muestra a continuación.*

Deciden jugar con la casa; decimos que puede ser un centro. Andrés elige ser un romano muy fuerte; María, un animal de una película; Abel, el conductor de la furgoneta; una de las terapeutas, una niña; Laura, otra niña de pelo azul. Andrés decide que su romano será un niño. Abel lleva la furgoneta bruscamente sin hablar, Laura se queja de que su muñeco se cae. El conductor no responde preguntas sobre dónde los lleva. Los niños se asustan y, cuando llegan al centro, se esconden. María va organizando la habitación del centro y colocando las camas. Andrés, con su muñeco, se pone en el techo del centro. Laura va repitiendo lo que hace el muñeco de la terapeuta y se queja constantemente de cómo

Abel trata a los muñecos. Les ayudamos a poner palabras.

Los niños nos muestran, de forma simbólica, cómo se sintieron al ingresar en el centro. Alguien desconocido “que no responde preguntas” los lleva “sin control” a un sitio desconocido. Ellos sienten que se caen, quieren ser fuertes y acomodar su nuevo hogar, pero les molesta el trato recibido, tienen miedos... Cada uno muestra su estilo de afrontamiento: uno intentan tomar el control; otro, más evitativo, intenta situarse fuera (en el techo) para observar; otra se *hiperadapta* y hace lo que los modelos adultos; la última intenta adaptarse de forma rápida y modificar el entorno para sentirse más a gusto. Aquí, el paso al juego es importante, porque con las palabras no es suficiente. Se necesita la dramatización para poder expresar todos los matices. Las terapeutas vamos poniendo palabras a esta dramatización para hacer la experiencia más “integrable”.

Finalizamos la sesión con un espacio de relación con técnicas de integración corporal con la finalidad de regular la activación y elaborar la experiencia emocional. Andrés, en un principio, se coloca aparte con una de las terapeutas; luego refiere no querer estar solo y quiere poner su colchoneta al lado de los demás. Todos quieren recibir cuidados. Al principio, hacen broma, pero al rato se quedan quietos y callados, centrados en las sensaciones y la música.

Resultados

La experiencia grupal facilitó la comunicación de recuerdos, sentimientos y pensamientos que no se habían podido hablar. Como hemos descrito, en el grupo aparece una narrativa co-construida del primer día en el centro: quiénes acompañaron, quiénes informaron, quiénes les recibieron, cómo se lo explicaron, cómo se sintieron, cómo durmieron la primera noche sin su familia, etc. Todo ello ayuda a la integración de la experiencia vivida.

Es una labor difícil y dolorosa, pero ayuda a comprender lo que ha pasado. Los niños sienten que las terapeutas no tienen miedo a escuchar su historia. Los niños traumatizados generan una amalgama intensa de emociones en los profesionales: pena, angustia, miedo, incluso rechazo,

que pueden impulsar a actuar precipitadamente, e interferir en la capacidad de estar al lado de los niños y ser sensible a sus necesidades. La experiencia de grupo ayudó a las terapeutas a tener este espacio de escucha para que los niños pudieran comunicar espontáneamente y ser contenidos.

A medida que se fue estableciendo la cohesión grupal y la vinculación con las terapeutas, los niños tuvieron la necesidad de compartir sus vivencias traumáticas de maltrato con sus familias de origen que conllevaron la retirada.

Por tanto, esta experiencia nos permite observar los diferentes estilos relacionales de los niños: desconfianza frente los adultos, ambivalencia, vínculos indiferenciados (dificultades que los niños tenían para entender las diferencias entre generaciones). Las terapeutas promueven un estilo de relación diferenciado basado en un apego seguro, determinando lo que está permitido o no en el espacio grupal, clarificando de manera específica el encuadre para facilitar la diferenciación y marcando qué puede hacer un niño y qué hacen los adultos. Esta indiferenciación puede ser debida a que estos niños hayan tenido que ejercer funciones de adultos, debido a la ausencia de figuras parentales o porque ellas no pueden hacer su función.

Las intervenciones de las terapeutas se realizaban con el fin de fomentar la cohesión grupal, intentando unir las comunicaciones de las vivencias individuales. Se explicitaba lo que ocurría a nivel grupal, para poderlo pensar y reconocerse en la experiencia relacional. También se extrapolaba lo ocurrido, preguntando si estas situaciones surgían en otros espacios grupales (colegio, centro...), reflexionando sobre estas dinámicas relacionales.

Las intervenciones pretenden a hacer algo creativo con lo vivido, como un pilar favorecedor de la resiliencia. Por lo cual, se propiciaban el desarrollo de un rol activo y participativo, que fomentase las actividades lúdicas. Los niños, de una semana a otra, daban continuidad a su juego simbólico, muy rico en alusiones y situaciones específicas de vivir en un centro: por ejemplo, tal como detallamos en el material clínico, representan educadores que son muy estrictos, sin empatía, padres que agreden físicamente, educadores que no protegían de las agresiones

de los padres, educadores que se contradecían entre ellos... Todo ello se devolvía elaborado con mucho cuidado, evitando la primera persona, si aparecía de forma disociada. Cuando algo está muy disociado, intentar conectarlo podría *retraumatizar*, ya que el niño está muy lejos de su capacidad de poder vivenciarlo; hay que ser cuidadoso e ir paso a paso. “Tal vez, el problema, de cómo puede ayudarse a que el niño víctima de abuso sexual acepte su situación, pase por que el hecho de recordar suponga un millón de minúsculas integraciones” (Álvarez, 2002) .

Siendo un grupo de formato limitado en el tiempo, observamos que en el transcurso de las ocho sesiones, los niños van siendo capaces de poner en palabras aspectos difíciles de su historia, reduciéndose las explosiones comportamentales.

A nivel clínico, se objetiva una reducción de visitas de urgencias tanto ambulatorias como hospitalarias. Creemos que esto es consecuente a una mayor regulación emocional, que influía en la remisión de las agitaciones conductuales, existiendo una mejoría en el proceso de adaptación a su nueva realidad artificial, con los hándicaps que conlleva, y siendo más capaces de poder expresar el malestar mediante la palabra en vez de la conducta.

Discusión

A nivel individual, es difícil poder abordar determinada temática de contenido traumático. No obstante, en un espacio grupal, el relato de otros niños puede animar a los más inhibidos a compartir su experiencia, enriqueciéndose la experiencia grupal, generando dinámicas relacionales de apoyo y confianza.

Este grupo nos reafirma en nuestra idea del poder movilizador de las dinámicas grupales. La visión que tenemos de un niño con trastornos vinculares en una intervención psicoterapéutica individual nos puede dar una visión parcial de sus estilos de apego. Es importante destacar el potencial transformador del grupo en trastornos vinculares, ya que la experiencia grupal favorece la expresión en vivo y en directo de los modos de relación.

Además, estos niños con historia de trauma necesitan de un abordaje específico.

Conclusiones

El grupo es una herramienta más en el proyecto terapéutico de los niños y por ello es importante poder establecer un diálogo continuo entre los diferentes profesionales e instituciones que trabajan con ellos.

Es importante mencionar la necesidad de una dinámica de trabajo conjunta entre las redes asistenciales implicadas en el cuidado de los niños institucionalizados, la de protección a la infancia, la educativa y la sanitaria, dado que es complicado el entendimiento debido al desconocimiento mutuo que implica ámbitos institucionales diferenciados con lenguajes y culturas organizacionales propias. Por lo cual, es crucial el trabajo en red para dar una visión integrada de las experiencias vitales de estos niños criados institucionalmente.

Como conclusión final creemos necesaria repetir esta experiencia y que estos niños puedan tener un espacio grupal cuando ingresan en un centro de acogida.

Bibliografía

- Álvarez, A. (2002). *Una presencia que da vida*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Bonny, M., Karli, M., Gloennec, A., Gyax, P. y Merkt, K. (productores) y Barras, C. (director) (2016). *La vida de Calabacín*. Suiza: Rita Productions/ Blue Spirit Animation/ Gébéka Films.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Bravo, A. y Del Valle, J. F. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30, 42-52.
- Burns, B. J., Phillips, S. S., Wagner, H. R, Barth, R., Kolko, D., Campbell, Y. y Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 960- 970.
- Cirillo, S. (2009). El niño abusado se convierte en adulto: reflexiones sobre algunos casos tratados. *Apuntes de psicología*, 27 (2-3): 289-304.

- Del Valle, J. F., Sainero, A. M. y Bravo, A. (2011). *Guía de Salud Mental de Menores en Acogimiento Residencial*. Badajoz: Junta de Extremadura. Recuperado de: <http://grupogifi.com/media/grupogifi/catalogo/SaludMentaldeMenoresenAcogimientoResidencial.pdf>
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del Apego y Psicoanálisis*. Barcelona: Espaxs.
- Galán, A. (2014). Tratamiento psicológico de niños y adolescentes en acogimiento residencial. Aportaciones a un campo específico de intervención. *Papeles del Psicólogo*, 35 (3), 201-209.
- Galán, A. (2010). El apego. Más allá de un concepto inspirador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30, (108), 581-595.
- Gonzalo, J. L. (2010). La relación terapéutica y el trabajo de desconstrucción de la historia de vida en el tratamiento psicoterapéutico de los niños crónicamente traumatizados. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 49, 187-204.
- Martínez, D., López, P. y Martín, S. (2015) ¿Cómo son los niños que atendemos y que residen en un centro de infancia? Conocer para ayudar. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del adolescente*, 26, 29-39.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.