

01962  
2 ej. 8

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**



**PSICOTERAPIA DE GRUPO INFANTIL**

**REVISION BIBLIOGRAFICA**

**T B S I S**

**PRESENTADA POR**

**ALEJANDRA ALICIA SAGAON CERVERA**

**AL AREA DE PSICOLOGIA CLINICA COMO  
REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE**

**M A E S T R I A**

**México, D. F.**

**TESIS CON  
FALLA DE CRISIS**

**1980**



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# INDICE

	Página
I. Introducción	1
<b>PRIMERA PARTE</b>	
II. Antecedentes del Tratamiento Psicológico en Niños	5
III. Revisión de la Literatura Psicoanalítica	13
1) Teoría Psicoanalítica	13
a) Sigmund Freud	13
b) Anna Freud	21
c) Melanie Klein	27
d) D. W. Winnicott	33
e) Margaret Mahler	39
2) Técnica Psicoterapéutica de Niños	45
a) El Caso Juanito de Sigmund Freud	45
b) Anna Freud	50
c) Melanie Klein	55
IV. Terapia de Grupo.	60
1) Primeras Experiencias de la Terapia de Grupo	61
2) El Psicodrama	62
3) La influencia del Psicoanálisis	66
a) La Escuela Americana	67
Louis Wender	
Paul Schilder	
S.R. Slavson	
Alexander Wolf	
Kurt Lewin	
Conclusión	
b) La Escuela Inglesa	75
Joshua Bierer	
S. H. Foulkes	
Henri Ezriel	
W. R. Bion	
Conclusión	
4) Grupos Operativos	83
5) Contribuciones Recientes a la Terapia de Grupo	87

## SEGUNDA PARTE. LA PSICOTERAPIA DE GRUPO EN NIÑOS

<b>V. Orientaciones Teóricas</b>	<b>92</b>
a) S. R. Slavson	92
b) M. Schiffer	96
c) Haim G. Ginnot	98
d) Virginia Axline	100
e) Didier Anzieu	101
f) Foulkes y Anthony	103
g) Eduardo Pavlovsky	103
h) Anny Speier	106
i) María E. Sirlin y María Rosa Glasserman	111
<b>VI. Aspectos Metodológicos</b>	<b>114</b>
1) El Encuentro con los Padres	114
2) Abordando al Niño	118
3) Estructura del Grupo	119
3.1.) Selección y Agrupamiento	119
3.1.1.) Instrumentos y Cri- terios de Selección	119
3.1.2.) Edad	122
3.1.3.) Sexo	123
3.1.4.) Diagnóstico	124
3.1.5.) Contraindicaciones	128
3.1.6.) Balance del Grupo	130
3.2.) Cuarto de Juegos y Material	132
4) Relaciones Emocionales	136
4.1.) El Terapeuta	136
4.1.1.) Su personalidad	136
4.1.2.) Su tarea	139
4.1.3.) La Transferencia	146
4.2.) Proceso Terapéutico	149
4.3.) Agresión y Límites	160
5) La Orientación a los Padres	166
<b>VII. Ensayo para el Establecimiento de un Marco     Teórico Referencial</b>	<b>170</b>
<b>VIII. Bibliografía</b>	<b>179</b>
<b>Apéndice.</b>	<b>182</b>

## 1. Introducción.

La Psicología estudia a la conducta desde diversos enfoques. La Psicología Clínica se ha dedicado, básicamente, a estudiar las diversas formas de patología, partiendo de la conducta 'normal' y a establecer un diagnóstico en vías de aconsejar, de adaptar, de educar y de curar. El desarrollo metodológico de la Psicología Clínica cada vez se ha ampliado más a través de diversas técnicas e instrumentos como son las pruebas psicológicas y las técnicas de entrevista y de observación que permiten establecer las impresiones psicodiagnósticas. A pesar de la utilidad metodológica que se ha desarrollado, de la fineza de estos instrumentos, y de la profundidad de los diagnósticos que se pueden obtener a través de ellos, nos hemos dado cuenta que en la práctica cotidiana el obtener un diagnóstico clínico, aunque sumamente importante, no por ello satisface la necesidad de soluciones ante los trastornos de la conducta.

En nuestra formación como psicólogos clínicos consideramos que el entrenamiento no ha sido lo suficientemente adecuado en función de las necesidades que los pacientes presentan, además del establecimiento de un diagnóstico. Al enfrentarnos a nuestro campo de acción, se nos ha hecho patente la necesidad de ampliar nuestros conocimientos profesionales para que, una vez obtenido el diagnóstico del paciente, podamos ayudarlo a resolver los trastornos que presenta.

Afortunadamente, en la época actual podemos decir que,

por una parte, se ha logrado cierta sensibilización de las personas hacia los aspectos de la salud mental, y por otra, las instituciones del país como el Instituto Mexicano del Seguro Social muestran más énfasis en brindar atención psiquiátrica y psicológica a sus asegurados y derechohabientes lo que se manifiesta en el aumento de demanda de consultas que se han de otorgar.

Al prestar nuestros servicios como psicólogos en el Centro Comunitario de Salud Mental de la Zona IV del Valle de México del Instituto Mexicano del Seguro Social, nos dimos cuenta que la mayoría de las consultas eran solicitadas para niños y adolescentes. Cabe señalar que los problemas que éstos presentan, desde hace tiempo, habían despertado nuestro interés por su atención. A través del diagnóstico que se estableció observamos que el porcentaje de niños con trastornos emocionales era excesivo como para darles la atención individual que requería cada caso, que implica inversión de tiempo y número de especialistas con los que la institución no contaba. Para afrontar la situación adoptamos la técnica de formación de grupos terapéuticos con el fin de ayudar al mayor número de niños, a menor costo y con el personal con que ya se contaba. Es también importante señalar que la terapia grupal estimula la socialización en los niños lo cual pensamos nos ayudó a acelerar el proceso terapéutico.

Al mismo tiempo consideramos la importancia del rol que juegan los padres en la etiología de los trastornos emocionales lo que planteaba la necesidad de ampliar nuestra atención hacia una labor

educativa con ellos, con el fin de lograr una mejor comprensión de su parte, tanto frente al problema como al tratamiento.

Sin embargo, desde el principio de nuestro trabajo con estos grupos pudimos apreciar que no contábamos con la formación teórica o práctica suficientemente sólidas como para manejar esta situación en sí bastante compleja. Sentimos que nuestras técnicas eran un tanto 'silvestres' y que nos era necesario adquirir los conocimientos específicos que nos permitieran establecer un marco teórico bajo el cual trabajar y aprender técnicas sobre psicoterapia de grupo infantil, lo cual nos daría la oportunidad de poder ayudar a nuestros pequeños pacientes como el brindar orientación a los padres. Esta fué la motivación que nos guió a elaborar esta tesis.

Se trata de una investigación bibliográfica acerca del tema. Como objetivo nos hemos planteado el estudiar a varios autores que se dedican a la psicoterapia de grupo infantil, desde el punto de vista psicoanalítico, con el fin de establecer un marco teórico dentro de esta perspectiva. Asimismo, a través de la investigación realizada esperamos obtener ciertas pautas u orientaciones prácticas con las que nos proponemos emprender, posteriormente, una investigación experimental con el fin de adaptarlas a nuestra población institucional.

Para lograr el objetivo planteado nos hemos tenido que remontar a los inicios de toda psicoterapia: el psicoanálisis, pues fue Freud quién realmente marcó las bases del estudio que hablamos de realizar. Posteriormente, hemos tenido que investigar a los primeros

4,

terapeutas infantiles con Anna Freud y Melanie Klein básicamente entre otros. En vista de que tratamos sobre el tema de grupos infantiles, exponemos, también, brevemente, la evolución que ha tenido la psicoterapia grupal.

Después hemos revisado los aspectos tanto teóricos como prácticos de la terapia de grupo infantil según varios autores: Slavson, Ginnot, Axline, Foulkes, Anzieu, Pavlovsky, Speler, Sirlin y Glasserman.

Consideramos que nuestras conclusiones nos permitirán establecer las bases técnicas que son dables de experimentación para que en una futura investigación se pruebe empíricamente su eficacia con el fin de adaptar la técnica a las necesidades reales particulares de la población infantil de nuestro país.

Esperamos que este trabajo pueda ser útil a otros compañeros psicólogos y que nuestra labor sea más amplia en la ayuda que brindemos a aquellos a quienes esta tesis está dirigida: LOS NIÑOS.

Asimismo, queremos hacer un llamado de atención a las autoridades universitarias para que se proporcione al psicólogo la oportunidad de entrenarse en psicología y psicoterapia infantil, pues los niños serán el futuro que ahora vislumbramos y hay que apoyarlos a vencer algunos de los múltiples obstáculos que hay en su camino.



## PRIMERA PARTE.

### II. Antecedentes del Tratamiento Psicológico en Niños.

En el siglo pasado, la psiquiatría infantil se ocupaba mayormente de los retrasados mentales y de los delincuentes. Su orientación era pedagógico-curativa. Hume, Rousseau y Condillac, ya en el siglo XVIII habían hecho énfasis en el enfoque psicológico y pedagógico del niño y en la importancia de su motivación. Este movimiento, llamado sensualista, sería la base de la educación de los niños anormales. Se aspiraba al perfeccionamiento progresivo de la inteligencia y a su consolidación. Se considera, entonces, que a fines del siglo XIX y principios del XX, el objetivo de la psiquiatría infantil era básicamente re-educar.

María Montessori estableció los principios de una pedagogía especial para niños retrasados, esbozando, así, los métodos activos que, con Decroly, hallaron su máxima expresión. Decroly fundó una teoría educativa basada en la individualidad de cada niño.

John Dewey hizo mucho hincapié en que la educación debería ayudar al niño al florecimiento de su vida presente y no ser únicamente una preparación para una vida ulterior. Así fue como la pedagogía activa sustituyó a los métodos tradicionales pasivos (Smirnoff, 1974).

Es sabido de todos que Sigmund Freud (1905) abrió las

## PRIMERA PARTE.

### II. Antecedentes del Tratamiento Psicológico en Niños.

En el siglo pasado, la psiquiatría infantil se ocupaba mayormente de los retrasados mentales y de los delincuentes. Su orientación era pedagógico-curativa. Hume, Rousseau y Condillac, ya en el siglo XVIII habían hecho énfasis en el enfoque psicológico y pedagógico del niño y en la importancia de su motivación. Este movimiento, llamado sensualista, sería la base de la educación de los niños anormales. Se aspiraba al perfeccionamiento progresivo de la inteligencia y a su consolidación. Se considera, entonces, que a fines del siglo XIX y principios del XX, el objetivo de la psiquiatría infantil era básicamente reeducar.

María Montessori estableció los principios de una pedagogía especial para niños retrasados, esbozando, así, los métodos activos que, con Decroly, hallaron su máxima expresión. Decroly fundó una teoría educativa basada en la individualidad de cada niño.

John Dewey hizo mucho hincapié en que la educación debería ayudar al niño al florecimiento de su vida presente y no ser únicamente una preparación para una vida ulterior. Así fue como la pedagogía activa sustituyó a los métodos tradicionales pasivos (Smirnoff, 1974).

Es sabido de todos que Sigmund Freud (1905) abrió las

puertas del psicoanálisis de niños al analizar al 'Pequeño Juanito', de cinco años que padecía una fobia y donde el material patógeno quedaba transferido al complejo, y los afectos concomitantes se transformaron en angustia, que se manifestó en forma de fobia. Freud no manejó el caso directamente sino a través del padre de Juanito, padre que creía fielmente en los conceptos de Freud y estaba educando a su hijo por medio de marcos psicoanalíticos.

Con las anotaciones del padre del niño, Freud logró:

1) Confirmar sus afirmaciones sentadas en "Tres Ensayos para Una Teoría Sexual" (1905), donde expone la importancia de la sexualidad en el desarrollo.

2) Conocer con mayor profundidad la etiología de las manifestaciones de las fobias.

3) Hacer aclaraciones de la vida anímica infantil, para realizar una crítica de las intenciones educativas, con el fin de aportar nuevas concepciones a las mismas.

A través del psicoanálisis de adultos, Freud descubrió la sexualidad infantil, sus manifestaciones y estableció los estadios del desarrollo psicosexual. Con los fenómenos de recuerdo, repetición y elaboración que se dan por la transferencia durante el tratamiento, es como Freud llegó a la reconstrucción de las etapas del desarrollo, así como al origen del traumatismo psíquico infantil que había provocado la neurosis que el adulto mostraba; dicho traumatismo había sucumbido a la amnesia infantil por la represión y se mostraba a tra-

vés de los recuerdos encubridores relacionados con los contenidos psíquicos reprimidos.

Lebovici y Soulé (1973) explican que la reconstrucción psicoanalítica es el único método para conocer lo experimentado y vivido por el sujeto cuando era niño, observando la secuencia temporal con que se sucedieron los acontecimientos dramáticos. En los niños, el psicoanálisis es también un método destinado a comprender el pasado y las fuerzas que están actuando a lo largo del desarrollo, con la ayuda de las reconstrucciones interpretativas. Así, para conocer al niño, Freud se basó en el psicoanálisis de adultos, en el de los niños y en la observación directa de los mismos.

El psicoanálisis logró que el concepto de enfermedad se ampliara y diera cabida a una patología de la conducta. El síntoma adquirió un valor significativo en cuanto traducía en el niño un trastorno de su propia estructura. El síntoma se explica como la alteración de la economía psíquica. La psicoterapia obra en las causas del trastorno y no en sus manifestaciones clínicas. El psicoanálisis, al hablar de la neurosis infantil y de la significación de los trastornos de conducta, modificó la nosología existente en los comienzos del siglo XX.

El aspecto psicológico en las medidas médicas constituyó el fundamento para la apertura de las "Child Guidance Clinics", que investigaban las causas de la delincuencia infantil, pero cuyo campo se vio rápidamente aumentado a gran parte de la psicopatología infantil. Los métodos de las "Child Guidance Clinics" proponen la corrección es-

tructural a través de la situación transferencial. (Smirnoff, 1976).

En Estados Unidos, William Healy y Augusta Bronner en 1909 crearon en Chicago la primera clínica de orientación infantil especializada en la conducta delincuente; aunque ya en 1905 el doctor Healy había creado en Boston la "Judge Baker Foundation", con la misma orientación.

El psicoanálisis infantil como especialidad tardó diez años en aparecer después del tratamiento llevado por Freud con el pequeño Juanito (1905). Hacia 1915 Hermine von Hug-Hellmuth recurrió a las técnicas de dibujo y juego; pero no publicó sus trabajos sino hasta 1919. Casi simultáneamente Melanie Klein en Berlín, Eugenie Sokolnik y Sophie Morgenstern (que estudió los cuentos, sueños, ensueños, juegos y dibujos, buscando el contenido latente y el manifiesto) en París, y Anna Freud en Viena se interesaron por el psicoanálisis infantil. Este se enfrentó a problemas prácticos que le exigieron la elaboración de una teoría que precisara la especificidad de la práctica aplicada al niño, el ajuste de la técnica y los criterios de sus indicaciones.

En Suiza, Hille. Rambert expone una técnica para el análisis de niños: un juego de títeres con personajes típicos. Este método permitía que el niño evidenciara conflictos y situaciones que no verbalizaría y satisfaría fantasmas sádicas y masoquistas (Aberastury, 1969).

Las dos terapeutas más conocidas son Anna Freud y Melanie Klein; pero dada su importancia nos ocuparemos de ellas más tar-

de. Después de las técnicas de estas dos analistas se han venido desarrollando otras, siempre con el afán de ayudar a los niños en problemas emocionales o adaptativos.

Michael Fordham (Nares, 1977), influido por Jung, basa su técnica en el juego que, para él, es producto de situaciones tanto sociales como individuales, y es a través de éste donde el niño asimilará factores culturales, mitos y leyendas de su sociedad. El juego es un elemento social que sirve para atenuar, reforzar, catalizar, inhibir y reprimir impulsos que la sociedad ejerce sobre la personalidad del niño. En sus interpretaciones Fordham utiliza el lenguaje o símbolo adecuado según la situación social del niño.

Mónica Winkler (Suiza) trabajó con niños en edad preescolar y dice que, en la psicoterapia infantil, el niño proyecta el 'aquí y ahora' de su mundo en el cuarto de juego. El terapeuta participa en la educación del niño con espontaneidad y limitaciones (lugar, horario) y garantizando la seguridad emocional del niño con cierto orden y estabilidad internos y con marcos de referencia claros y externos. Da mucha importancia al mundo del niño, especialmente a los padres, en quienes deben elaborarse las resistencias.

El Dr. Teodor Har D. Ruyeer (Groningen) trabajó con escolares y sus padres para dar a éstos 'insight' de sus conflictos neuróticos. La técnica de psicoterapia infantil se basa en la pedagogía y en el psicoanálisis. Da suma importancia a las regresiones para favorecer la reprogresión a través de éstas.

Margaret Lowenfeld de Londres utiliza la técnica del 'Mundo', que es un armario de cajones o caja grande que contiene objetos en miniatura del mundo real. El niño debe construir el 'mundo', del cual se analizan el continente y el contenido, según los conflictos que el niño pone en él.

Edith Kramer de Nueva York, Lisselotte Pekny de Innsbruck y Julienne Braun de Londres utilizan las técnicas artísticas en la terapia. Las dos primeras observan que la pintura ayuda a la expresión de conflictos intrapsíquicos, los libera y favorece la catarsis, además de que es un juego creativo y un trabajo productivo. Kramer dice que el arte es la creación de un mundo simbólico con gratificación y placer, que comunica diversos aspectos de personalidad. Julienne Braun da suma importancia a la música, pues satisface necesidades emocionales, mejora la participación personal activa en los grupos y colabora en la rehabilitación de algunos trastornos de aprendizaje (Nares, 1977).

Las psicoterapias no interpretativas se basan en la teoría de Carl Rogers, quien en 1942 publicó 'Consejo y Psicoterapia: Nuevos Conceptos Prácticos', donde dio a conocer su nuevo enfoque. La teoría se funda en el hecho de que en todo individuo existe una poderosa fuerza que lucha por alcanzar la plena autorrealización.

La terapia de juego no interpretativa se basa en la creencia de que cada individuo tiene la capacidad para resolver sus propios problemas y el impulso de crecimiento hacia una conducta satis

factoria. La terapia comienza en la etapa en que el individuo se encuentra, y permite cambios a una velocidad que depende de la reorganización de las experiencias que el sujeto haya acumulado, así como de sus actitudes, pensamientos y sentimientos que hacen posible llegar a la introspección. Sus principales exponentes son Virginia Axline (1975), Clark Moustakas (1974) y Hans Zulliger, quien llama a su tratamiento 'Pedagogía de Base Psicoanalítica', pero que se apoya en la terapia no interpretativa (Nares, 1977).

Sigfried Bernfeld en Viena (1922) desarrolló una serie de cursos de la psicología analítica de lactantes, y August Aichhorn intentó reeducar con base en los principios psicoanalíticos, a los jóvenes delincuentes acogidos en su Internado de Ober-Hollabrunn.

En 1924 se instaló un Centro de Orientación Infantil adscrito a la Sociedad Psicoanalítica de Viena. Se trataba de sentar los cimientos de una pedagogía psicoanalítica, lo que se aprecia en los cursos de Anna Freud en 1929, en los artículos de Alice Balint, Edith Sterba, Herta Fucks, Fritz Redl y en el ciclo de perfeccionamiento de W. Hoffer para educadoras que revisaba sistemas pedagógicos en términos analíticos (Smirnoff, 1976).

Se han mencionado de una manera breve, aquellos autores que han influido en la evolución de la terapia infantil. Existen muchos otros terapeutas que se han dedicado conienzudamente a la tarea de ayudar a los niños. Sin embargo, a lo largo de toda su evolución, la psicoterapia de niños preocupa a sus estudiosos por un lado, por



una técnica destinada a hacer que el niño salve los obstáculos que impone el tratamiento: dependencia real de los padres, su dificultad en cuanto a las asociaciones libres, su falta de motivación al tratamiento y la dificultad de establecer una relación con el terapeuta; y por el otro, la importancia de los aspectos educativos hacia la familia, los educadores y los cambios sociales.

### III. Revisión de la Literatura Psicoanalítica.

En este capítulo nos proponemos presentar los conceptos básicos de la teoría psicoanalítica y algunas de las principales aportaciones hechas a la misma por otros autores. Sin embargo, debemos señalar que no hemos realizado una exposición sistemática, sino más bien mencionamos los conceptos psicoanalíticos que se consideran importantes para la comprensión de la vida del niño.

#### 1.- Teoría Psicoanalítica.

##### a) Sigmund Freud.

Freud desarrolló (1922) el psicoanálisis, que es:

1) Un método para la investigación de procesos anímicos capaces, inaccesibles de otro modo.

2) Un método terapéutico de perturbaciones neuróticas basado en tal investigación.

3) Una serie de conocimientos psicológicos así adquiridos que van constituyendo una nueva disciplina científica."

Para nuestros fines, y como ya se mencionó en el capítulo anterior, Freud descubrió la importancia de la sexualidad infantil, a través del análisis de pacientes adultos (Lebovici y Soulé, 1973). En 1893, Freud y Breuer, en sus primeros análisis de las parálisis histéricas y la formación de sus síntomas, reconocieron que no era posible elucidar el punto de partida de la enfermedad, pues ésta databa de un acontecimiento traumático que no se quería revivir. Al

principio se logró el recuerdo de este suceso doloroso a través de la hipnosis, que después fué substituida por las asociaciones libres del paciente en estado de vigilia.

El traumatismo psíquico es el revivir de un hecho dramático de la infancia. El síntoma es el símbolo del afecto concomitante a ese suceso traumático que se descubrirá gracias al material aportado por el paciente en sus asociaciones libres dentro de la situación analítica. La noción de traumatismo se afirma en la importancia de lo que el niño ha vivido y que forma parte de la estructura de su personalidad, pero que ha sido reprimido y olvidado sin que esto signifique que no haya dejado huella en la vida infantil (Smirnoff, (1976).

Lebovici y Soulé (1973) declaran que: "... el trauma es una experiencia de ausencia de valimiento en las partes del Yo que deben enfrentarse a una acumulación, sea de origen externo o interno, y que no puede dominar".

Freud indica que la base de toda formación neurótica es el conflicto psíquico, que es la oposición de las pulsiones libidinales a las funciones de control del Yo. La pulsión libidinal reprimida aparecerá en forma de síntoma. Smirnoff (1976) indica que en la naturaleza del conflicto se reconocen dos características:

- a) A propósito de la sexualidad del sujeto.
- b) Vinculación de los estados neuróticos de los adultos a una neurosis infantil.

Desde 1895, en el transcurso de sus trabajos sobre la histeria, Freud demostró que los síntomas de los pacientes eran la traducción de los procesos psíquicos inconscientes. En 1933, Freud define el inconsciente como:

"Todo proceso psíquico cuya existencia queda demostrada por sus manifestaciones, pero del cual lo ignoramos todo a pesar de que se desenvuelve en nosotros mismos... todo proceso del cual admitimos que se ve actualmente activado sin que en ese mismo momento sepamos otra cosa de él".

Smirnoff (1976) define el inconsciente de esta manera:

"El inconsciente constituye el fondo de toda la vida psíquica, cuyos fenómenos conscientes no son otra cosa que manifestaciones suyas. El inconsciente no sólo estructura y determina a las conductas sino también a los síntomas neuróticos".

La introducción del concepto de inconsciente al psicoanálisis impulsó a Freud a trazar un modelo espacial del aparato psíquico o primer tópico, y lo dividió en tres sistemas:

- a) Consciente.
- b) Preconsciente.
- c) Inconsciente.

Sin embargo, siempre hay obstáculos para que ciertas emociones lleguen a la consciencia.

Freud llamó represión al mecanismo psíquico que obstaculiza la percepción consciente de representaciones y emociones. Los

representantes psíquicos de la pulsión, que son inadmisibles para el Yo, no alcanzan el estado consciente y son reprimidos, sin que por esto pierdan su eficiencia. No sólo se reprimen los representantes psíquicos de la pulsión sino también todos los sentimientos y las emociones relacionados con ellos.

Uno de los objetivos del psicoanálisis es suprimir la represión para liberar energía y que ésta sea usada en otras funciones psíquicas.

Lebovici y Soulé (1973) dan mucha importancia a los recuerdos encubridores, que son los que representan impresiones y pensamientos relacionados simbólicamente con las pulsiones reprimidas. El interés de los recuerdos encubridores está en la relación que tienen con los contenidos psíquicos reprimidos.

Los contenidos inconscientes reprimidos desde los primeros años de la vida, que se encuentran inaccesibles pero activos y que constituyen la base de conductas posteriores, tanto en el niño como en el adulto, son abarcados dentro de la amnesia infantil. A través de la represión pasan al inconsciente pulsiones libidinales y agresivas cuya realización ha sido prohibida al niño o que le han causado un alto montante de angustia. La represión preside al fenómeno de la amnesia infantil.

Tratando de explicar el funcionamiento del aparato mental, Freud postuló varios principios. Entre ellos están el de placer y el de realidad (Smirnoff, 1976).

Mediante el principio del placer el aparato psíquico tiende a asegurar la satisfacción inmediata de la pulsión para que ésta no genere tensión. La excitación o tensión debe ser lo más baja y constante que sea posible, para lo cual se despliega una serie de conductas buscando disminuir el desagrado y buscando la satisfacción.

Como la realidad obstaculiza la satisfacción inmediata de la pulsión, el sujeto debe adaptarse, abandonando la búsqueda del placer, ante otras conductas. El Yo se ajusta al principio de realidad, soportando ciertas contrariedades y difiriendo la satisfacción. Cuando la búsqueda de la gratificación inmediata tropieza con las limitaciones impuestas por la realidad, aparece un conflicto entre las tendencias pulsionales y cierto sistema regulador que trata de contenerlas.

En el segundo tópico, estructural, Freud distingue dos instancias psíquicas: el Yo y el Ello. El Ello está comprendido en el Inconsciente que contiene todo lo reprimido. Es la representación de las pulsiones innatas. Está sometido al principio del placer y desconoce los datos exteriores y las relaciones causales y lógicas (Smirnoff, 1976).

El Yo está regido por el principio de realidad y entra en contacto con ésta. El Yo percibe, registra recuerdos, controla los movimientos voluntarios, se adapta a las sensaciones, evita la tensión excesiva e intenta modificar el medio para hacerlo más propicio. El Yo asume una función de síntesis, haciendo frente a las exi-

gencias externas e internas, y mantiene reprimidos algunos elementos del Ello que son inadmisibles para el Yo.

El Yo también debe anticiparse al peligro que puede causar la emergencia de un deseo y que produce angustia. Para esto hace uso de un sistema defensivo para protegerse de las exigencias personales. Este sistema defensivo está formado por diferentes mecanismos de defensa como son la represión, la negación, la proyección y la formación reactiva, entre otros.

Smirnoff (1976) explica que los mecanismos de defensa:

- 1) Desaparecen de la consciencia a los efectos penosos o difíciles de satisfacer.
- 2) Son individuales a un sujeto determinado.
- 3) Proporcionan satisfacciones substitutivas en forma de síntomas neuróticos para reemplazar una gratificación prohibida.

La fijación es la inhibición del paso de un estadio evolutivo a otro cuando el primero ha sido muy satisfactorio o cuando han aparecido numerosos obstáculos en el tránsito de un estadio a otro. Esta situación dispone a que, por el fenómeno de regresión, el sujeto vuelva al estadio en que hubo fijación.

El concepto del Superyo fué perfilado por Freud al establecer su segundo tópico (1923). Este es una parte del Yo que corresponde a las fuerzas represivas internalizadas y vividas como propias que el sujeto ha encontrado a lo largo de su desarrollo y que se

oponen a la satisfacción de los impulsos. Las fuerzas represivas originales corresponden a los padres que imponen a los niños durante sus primeros años, sus puntos de vista. El Superyo del niño se forma tomando como modelo la imagen del Superyo de los padres a través del mecanismo de identificación. El Superyo se vincula con la consciencia moral.

La psicología psicoanalítica se ha dedicado a determinar las leyes del desarrollo. La investigación de las diferentes etapas del desarrollo del niño, ha permitido situar los modos de gratificación de los que éste dispone a través de su maduración y su adaptación al medio. También la psicología psicoanalítica ha intentado establecer la relación que hay entre los modos de gratificación y el objeto del deseo infantil, y demostrado la naturaleza y la función de la relación objetal.

Con la teoría de las pulsiones instintivas y el concepto de relación objetal explica Freud la interacción entre el sujeto y el medio ambiente y el desarrollo; es decir, de cómo el sujeto, a través de las fases sucesivas de evolución, establece relaciones con los objetos, pasando desde la vida fisiológica a la psicológica, hacia una relación social.

Objeto es aquello gracias a lo cual la pulsión se ve satisfecha. Se define por la permanencia de su función a través de las vicisitudes que experimenta en el curso de su evolución.

La pulsión se define como una noción energética que



se distingue según determinados caracteres:

- 1) Fuente- excitación somática de un órgano que se representa en la vida psíquica.
- 2) Finalidad- gratificación de la pulsión y supresión de la tensión.
- 3) Objeto- Por el cual la pulsión se satisface.

Al principio de la vida el bebé y el medio son uno solo; la satisfacción es de carácter autoerótico y existen dos estados que no suceden simultáneamente : el de tensión y el de quietud. Este sería el estadio narcisista, anobjetal o de indiferenciación.

En el estadio anaclítico (Freud) o estadio del objeto precursor (Splitz), gracias a una organización primitiva, el lactante separa del caos un elemento que será cada vez más significativo. Ya hay huellas mnésicas, lo que permite diferenciar un sistema consciente de uno inconsciente en el aparato psíquico. El niño percibe la proximidad de un ser humano y le sonríe cuando percibe el rostro de frente.

Cuando se constituye el objeto parcial, el seno de la madre, se establecen las primeras relaciones objetales en virtud de la carga de afecto pulsional que posee. El niño reconstruye fantásicamente este objeto parcial en cuanto a gratificaciones y frustraciones.

En el estadio objetal la madre es reconocida como objeto entero, aunque no haya una necesidad fisiológica que satisfacer.

Se abandona la finalidad biológica del objeto. Se fusionan las pulsiones libidinales y agresivas del niño en un mismo objeto. Spitz observa que la madre se convierte en objeto libidinal cuando el niño se enfrenta al abandono de ésta. A esta fase la llama angustia del octavo mes.

La madre con su comportamiento puede reforzar el valor frustrante o gratificante de cada momento. Así, el niño va adquiriendo tolerancia ante la frustración y se adapta al principio de realidad, lo que favorece el paso del acto impulsivo a la actividad dirigida. El Yo es una instancia reguladora y el niño llega a un orden socializado y estructurado. La madre ofrece modelos de identificación que modelarán la imagen corporal del niño y su modo de relacionarse.

Lebovici y Soulé (1973) refieren que:

"El niño adquiere consciencia del objeto a medida que se produce su madurez en una cultura dada, pero el reconocimiento del objeto es, a su vez, madurativo."

Según la fuente de la pulsión, o sea el órgano cuya excitación tiene representación de la vida psíquica, es como Freud marca las etapas del desarrollo psicosexual. Así la primera etapa de desarrollo es la etapa oral, pues ésta es la zona excitada. Posteriormente se pasa a las etapas anal, fálica y genital que corresponde ya a la madurez,

b) Anna Freud.

Aparte de su técnica de psicoanálisis infantil, Anna

Freud aporta al psicoanálisis un estudio detallado de los mecanismos de defensa.

Nos dice que el objetivo del psicoanálisis ha sido el estudio del Yo, de sus contenidos, límites y funciones y la historia de sus relaciones con el mundo exterior, con el Ello, y el Superyo, bajo cuyas influencias se ha formado.

El psicoanálisis ha tratado de esclarecer los impulsos del Ello, causantes del conflicto psíquico. El Yo se encuentra como observador, evitando que estos impulsos del Ello lleguen a la consciencia y provoquen daño; para lo cual utiliza diferentes mecanismos de defensa. En el proceso analítico, al tratar de hacer aflorar los instintos del Ello, se perturba la labor del Yo, el que reacciona con resistencias ante la emergencia de estos impulsos instintivos. El analista, por lo tanto, debe entender las resistencias que imponen los mecanismos de defensa del Yo, e interpretarlas para que el material proveniente del Ello aflore a la consciencia.

La investigación psicoanalítica en cuanto a las defensas ha seguido el siguiente camino: parte de las defensas entre el Yo y las demás instancias; después llega al conflicto entre el Yo y el Superyo y pasa a la observación entre el Yo y el mundo externo.

El Yo desempeña tres funciones dentro del análisis, según A. Freud (1977):

a) Como aliado- que con su función de autoobservador y a través del material inconsciente, procura una visión de las otras

Instancias psíquicas.

b) Como adversario- evitando y falsificando hechos, rechazándolos e impidiendo su manifestación contra toda exploración analítica.

c) Como objeto del análisis- en cuanto a los mecanismos de defensa que utiliza permanentemente; éstos funcionan inconscientemente.

En la formación de los síntomas, el Yo usa siempre un determinado método de defensa ante una exigencia instintiva particular; el uso repetido del mecanismo de defensa retorna cada vez que se repite dicha exigencia.

Para apreciar los mecanismos de defensa se analizan las resistencias, los afectos, la formación de síntomas, la transferencia, los sueños y los actos fallidos.

Anna Freud (1977) explica que el proceso neurótico en el adulto se desarrolla cuando el deseo instintivo pugna por ser consciente, buscando gratificación con ayuda del Yo, pero el Superyo se opone a esta satisfacción. El Yo se somete al Superyo, pues le teme y la defensa nace por la presión de la angustia ante el Superyo.

En el niño, el Yo no combate al Instinto por su propia voluntad, pero lo considera peligroso, pues su gratificación está prohibida por el mundo exterior. Las defensas resultan de la presión por la angustia ante el mundo externo real y objetivo.

Entonces la angustia del Yo activa el proceso defensi-

vo:

- a) por angustia ante la fuerza del instinto;
- b) por angustia objetiva (al medio), y
- c) por angustia ante el Superyo.

A esto se agrega que también aparecen medidas defensivas ante la necesidad del Yo de mantener su función de síntesis, que sería de la armonía de los instintos.

Anna Freud (1977) dice: "La defensa contra la satisfacción instintiva activada por el sentimiento de culpa emanado del Inconsciente y de los castigos del mundo externo, corresponde al principio de realidad y tiene el designio de eludir el placer secundario."

El psicoanálisis menciona nueve mecanismos de defensa, y Anna Freud incluye el décimo del siguiente listado:

- 1) Represión
  - 2) Regresión
  - 3) Formación Reactiva.
  - 4) Aislamiento
  - 5) Anulación
  - 6) Introyección
  - 7) Proyección
  - 8) Vueltas contra sí mismo
  - 9) Transformación en lo contrario
  - 10) Sublimación o desplazamiento del objeto instintivo.
- La represión es la defensa que rinde más, pero que de\_

manda un gasto constante de energía. Es el mecanismo de defensa más peligroso. Con la represión, la formación de síntomas releva al Yo de la tarea de dominar el conflicto; otras defensas sólo mantienen al conflicto en la esfera de actividad del Yo. La represión exige un Yo consciente.

La disociación del Yo, producida por la sustracción de la consciencia de porciones totales de la vida afectiva e instintiva, es susceptible de destruir de forma definitiva la integridad personal.

La sublimación es "...el desplazamiento de la dirección del objeto instintivo hacia un valor social más elevado; presupone la existencia del Superyo (A. Freud, 1977)".

La regresión, la transformación en lo contrario y la vuelta contra sí mismo son, al parecer, independientes del grado estructural psíquico alcanzado y pueden ser tan antiguas como los instintos o el conflicto entre ellos y su satisfacción. Probablemente sean los mecanismos más primitivos.

En los niños el desenvolvimiento del Yo implica la fantasía como fase normal. Se evita el displacer mediante la resistencia directa a las impresiones del mundo externo. El Yo niega la realidad, pero se contradice con la capacidad nascente del niño para reconocerla. La fantasía y la negación de la realidad ahorran angustia y evitan la neurosis. El Yo de los niños niega la realidad, pero conserva intacto su juicio acerca de ella. "La negación infantil es un pro-

ceso de defensa orientado contra un motivo de displacer externo u objetivo (A. Freud, 1977)".

La técnica defensiva de la negación por la palabra y los actos es temporal, y sólo se usa cuando existe al mismo tiempo que la función de examen de la realidad, sin perturbarla. Su cumplimiento es en el mundo externo. Para que se cumpla este mecanismo es necesaria la tolerancia del mundo externo.

La conversión de la realidad en lo contrario, basada en la negación, se usa cuando es posible huir de una situación dolorosa que proviene del mundo externo.

La inhibición es el mecanismo contra la realización de un acto instintivo prohibido; se teme a los procesos internos. La restricción del Yo evita impresiones desagradables del exterior y que podrían provocar el resurgimiento de impresiones pasadas semejantes. La inhibición se orienta contra los propios procesos internos y la restricción del Yo contra estímulos del mundo exterior.

En la identificación se emplea el mismo mecanismo contra una fuerza interna y una externa a la vez. El niño elabora una experiencia angustiosa al introyectar una característica de la persona que le produce angustia. Esto opera también ante un acontecimiento futuro.

La identificación con el agresor es una etapa normal que se da en el desarrollo del Superyo, al internalizar las críticas externas. Cuando la crítica ha sido internalizada, opera la proyección de la culpa por la falta cometida.

"La proyección actúa rompiendo las conexiones entre el Yo y las representaciones ideativas de los impulsos instintivos peligrosos (A. Freud, 1977)". Impide que el sujeto perciba, ya que la idea censurable se desplaza del mundo externo.

Un tipo de proyección más normal se llama 'renuncia altruista', que es el poner a favor de otros los propios impulsos instintivos.

### c) Melanie Klein.

Melanie Klein ha contribuido enormemente tanto a la teoría psicoanalítica como al análisis de niños con aspectos técnicos. Con Klein se produjo un cambio en el movimiento psicoanalítico que provocó el que fuera fuertemente criticada. La crítica básicamente recae en el que reconoce procesos del desarrollo tempranos tales como el establecimiento del Superyo y del Complejo de Edipo, así como el de la pulsión agresiva. También marca posiciones descriptivas del desarrollo y muestra los mecanismos de escisión.

### Fantasia.

Klein da mucha importancia a los fantasmas o fantasías inconscientes que son la expresión de los instintos y que existen desde el principio de la vida. En el aparato mental se vive el instinto vinculado con la fantasía de un objeto adecuado a él.

Klein afirma que el Yo existe desde el nacimiento, pues es ya capaz de establecer relaciones objetales primitivas tanto en la



fantasía como en la realidad. El que exista el Yo al nacer implica que ya se puede experimentar ansiedad y hacer uso de los mecanismos de defensa. Por lo tanto, la gratificación en la fantasía puede ser una defensa ante las realidades externas o internas,

El Yo está expuesto tanto al instinto de vida como al de muerte. La agresión tiende a proyectarse al exterior, poniendo su parte mala en el objeto externo (el pecho), que llega a percibirse como amenazante y perseguidor. La libido es también proyectada en parte; pero lo que permanece en el sujeto le ayuda a establecer una relación libidinal con el objeto ideal (pecho bueno). Esta es la posición esquizo-paranoide.

#### Posición esquizo-paranoide.

La ansiedad básica de la posición esquizo-paranoide consiste en que el objeto persecutorio (cargado de la agresión proyectada) se introyecte y destruya tanto al objeto ideal como al Yo. Ante esta ansiedad se utilizan los mecanismos de proyección e introyección con el fin de mantener al objeto bueno y al malo lo más separados entre sí posible.

Susan Isaacs (Smirnoff, 1976) dice que: "La introyección y la proyección constituyen la base de la formación de fantasías en el niño, conciernen a las relaciones que el niño establece con el objeto (parcial) de sus primeras necesidades y la pulsión."

La separación de los objetos buenos y los malos se logra a través de la fantasía de aniquilación de los perseguidores o al idealizar al objeto perseguidor y tratarlo como ideal.

A través de la identificación proyectiva el Yo y los objetos internos se escinden y se les proyecta al objeto externo con el fin de controlar y poseer a éste último. La escisión es lo que permite al Yo emerger del caos y ordenar sus experiencias. La escisión es la base de la represión (Segal, 1977). Si otros mecanismos no logran dominar la ansiedad, puede surgir la desintegración del Yo como medida defensiva.

El Yo se identifica con el objeto ideal y adquiere cada vez más fuerza y más capacidad para enfrentarse con las ansiedades, sin hacer uso de mecanismos de defensa tan violentos. La escisión entre objetos buenos y objetos malos disminuye, así como el temor a los perseguidores. El Yo ya no se proyecta tanto y comienza a tolerar su propia agresión.

#### Envidia.

La primera externalización directa del instinto de muerte es la envidia. Se trata de arruinar todas las cualidades del objeto al no poderlas poseer. Así se convierte en mala a la fuente de todo lo bueno, de la que el bebé depende (Segal, 1977).

La envidia hace uso de la proyección atacando al pecho que, aunque brinda satisfacción al bebé, provoca en él el deseo de ser él mismo la fuente de tanta satisfacción. Esto sucede aunque desea poseerlo y protegerlo, al aumentar su amor por él, por las gratificaciones que brinda.

Según Bion (Segal, 1977), cuando la ansiedad es muy intensa, el objeto proyectado se fragmenta y es proyectado en pedazos diminutos hacia el objeto, desintegrándolo. Se ataca y se destruye al objeto odiado, y a la vez se libera del aparato perceptual que lo percibió.

Si la envidia es muy intensa también es dolorosa la percepción del objeto ideal, pues produce una envidia intolerable. Bion llama a los objetos escindidos, objetos bizarros. "El niño enfermo siente que la parte de la realidad afectada por el proceso está llena de objetos extraños cargados de hostilidad que amenaza a un Yo mutilado (Segal, 1977)."

Conforme disminuye la escisión el niño se encuentra con dos objetos: uno bueno y uno malo. Trata de proteger al bueno, de adueñarse de él y de identificarse con él. En el objeto malo proyecta su agresión y lo percibe como amenazante a sí mismo y para su objeto ideal.

#### Posición depresiva.

Surge entonces la posición depresiva en la que el bebé reconoce a un objeto total con el que se puede relacionar. La madre, objeto total, es la fuente de todo lo bueno y todo lo malo, y su introyección estimula la integración del Yo. El bebé ama y odia a una misma persona: la madre.

La ansiedad en esta etapa nace de la ambivalencia; los propios impulsos destructivos pueden destruir o han destruido el obje-

to amado. Se intenta proteger al objeto amado, que ahora se puede alejar del bebé, guardándolo dentro de sí. Los impulsos destructivos pueden destruir tanto al objeto bueno externo como al introyectado. El bebé siente que ha devorado al objeto, y es él mismo el autor de la completa destrucción de su mundo interno. Aparecen, entonces, el duelo y la culpa.

Estos sentimientos estimulan al bebé hacia la reparación de su objeto destruido. Hay una lucha constante entre la destructividad del bebé y sus impulsos reparativos. Entonces el bebé comienza a distinguir entre fantasía y realidad, y descubre su propia realidad psíquica.

Segal (1977) explica que los objetos ideales y persecutorios introyectados en la posición esquizo-paranoide forman las raíces del Superyo. El objeto ideal se convierte en el ideal del Yo.

Ante el duelo y la culpa se utilizan dos tipos de defensas: la reparación y las defensas maníacas. Estas últimas se dirigen contra todo sentimiento de dependencia, que se evitará, negará o invertirá. La negación de la realidad psíquica se puede mantener reavivando y fortaleciendo la omnipotencia y el control omnipotente del objeto. Las defensas maníacas se caracterizan porque ejercen las siguientes funciones:

1) Control- forma de negar la dependencia del objeto, pero también manera de obligarlo a satisfacer esta necesidad de dependencia.

2) Triunfo- la negación de sentimientos depresivos ligados a la valoración e importancia otorgadas al objeto.

3) Desprecio- negar cuánto se valora al objeto, y que actúa como defensa contra la experiencia de pérdida y de culpa (Segal, 1977).

Los impulsos reparativos hacen progresar la integración. La capacidad del Yo para conservar el amor y las relaciones se basa en el deseo y la capacidad de restaurar el objeto bueno interno y externo. Las actividades reparativas resuelven las ansiedades de la posición depresiva. Gradualmente el objeto bueno se va asimilando al Yo.

#### Complejo de Edipo temprano.

Durante la posición depresiva el bebé se da cuenta de la relación entre sus padres, y proyecta sobre esta relación sus impulsos libidinales y agresivos fantaseando que sus padres se intercambian gratificaciones orales, urogenitales, anales o genitales. El niño desea estas gratificaciones para sí y experimenta frustración, celos y envidia al no tenerlas. En la fantasía ataca a sus padres y los destruye, pero de inmediato los introyecta y vive como si pertenecieran a su mundo interno.

Hanna Segal (1977) indica que el bebé percibe que la madre tiene todo lo bueno: pecho, bebés y hasta el pene del padre; esto es una elección de objeto sexual muy incierta aún y cargada de ansiedad de castración. Progresivamente los fines libidinales evolucionarán

del temprano fin oral que es la incorporación del pecho o del pene, a través de deseos uretrales y anales, hasta alcanzar el pleno deseo genital. Asimismo variará la elección de objeto.

Para niños y niñas el primer objeto de deseo es el pecho. Sin embargo, el pene es un objeto alternativo de deseo oral hacia el que la criatura puede dirigirse apartándose del pecho. Después la niña se aproxima al pene con el deseo de incorporarlo en su vagina. El niño introyecta al pene y por identificación se fortalece su heterosexualidad. Al final, la madre se convierte en un objeto de deseos heterosexuales en el varón y homosexuales en la niña. Al mismo tiempo, aumenta la rivalidad de la identificación con el progenitor del mismo sexo.

#### d) D. W. Winnicot.

Winnicot introduce los términos 'objeto transicional' y 'fenómeno transicional' a la teoría psicoanalítica. Con estos términos designa la zona intermedia "...entre el pulgar y el osito, entre el erotismo oral y la verdadera relación de objeto, entre la actividad creadora primaria y la proyección de lo que ya se ha introyectado, entre el desconocimiento primario de la deuda y el reconocimiento de ésta." Winnicot (1972) indica que hay una zona intermedia de experiencia a la cual contribuyen tanto la vida interior como la exterior. Esta zona se encuentra entre la incapacidad para aceptar la realidad y la aceptación de ésta. Winnicot refiere que él estudia "...la substancia de la ilusión."

Durante el desarrollo del niño comienzan a aparecer 'objetos-distintos-que-yo' que se acompañan de fantasmas o pensamientos y que constituyen los fenómenos transicionales, defensas ante la ansiedad, que son universales. El niño adopta un objeto, el objeto transicional, que se necesita siempre que se sienta solo o que está deprimido.

Las cualidades de la relación del bebé con el objeto transicional son las siguientes (Winnicott, 1972):

- 1) El bebé adquiere derechos sobre el objeto y se anulan sus sentimientos de omnipotencia.
- 2) El objeto es amado y mutilado simultáneamente.
- 3) Nunca se debe cambiar.
- 4) Sobrevive al amor y al odio instintivos.
- 5) Debe poseer una vitalidad y una realidad propias.
- 6) No es una alucinación.
- 7) Queda relegado, perdiendo significado cuando los fenómenos transicionales se vuelven difusos y se extienden al territorio intermedio entre la realidad psíquica interna y el mundo exterior, o sea la cultura.

El objeto transicional es un objeto parcial, representa al objeto de la primera relación y es anterior a la prueba de realidad. A través de la relación con el objeto transicional el bebé pasa del dominio omnipotente, mágico, al control por manipulación. Es una posesión que a la larga puede convertirse en un fetiche.

El objeto interior siempre tiene significado por las cualidades y conducta del objeto exterior. Si el objeto externo pierde su eficacia, el objeto interno deja de tener significado para el bebé, al igual que el objeto transicional.

La madre propicia en el bebé el crearse la ilusión de que el pecho le pertenece. Coloca el pecho en el lugar y el momento que permiten al bebé crearlo una y otra vez. Los fenómenos transicionales representan las primeras etapas del uso de la ilusión que da el sentido a una relación con un objeto que los demás perciben exterior a ese ser. Cuando la adaptación de la madre a las necesidades del bebé es buena, produce en él la ilusión de que existe una realidad exterior a él aparte de su capacidad de crear. Winnicot dice: "El bebé se alimenta de un pecho que es parte de él, y la madre da leche a un bebé que forma parte de ella. El objeto y el fenómeno transicional proporcionan una zona neutral de experiencia."

El destete consiste en una serie de frustraciones que provienen de la desilusión paulatina que la madre realiza con el bebé. Sin embargo, la aceptación de la realidad nunca es total; siempre hay tensión al vincular la realidad interna con la exterior. Hay una zona intermedia de experiencia que alivia la tensión, no es atacada, es una continuación de la zona de juego del niño.

"La zona de juego es necesaria para la iniciación de una relación entre el niño y su mundo", dice Winnicot (1972). Para ello es necesaria la continuidad (temporal) del ambiente emocional ex-



terior y de ciertos elementos físicos como los objetos transicionales.

Para Winnicot lo transicional no es el objeto. "Este representa la transición del bebé, de un estado en que se encuentra fusionado a la madre, a uno de relación con ella como algo exterior y separado."

El juego no es ni una situación externa, no-yo, pero tampoco es algo interior. Jugar es hacer, con el objeto de dominar lo que está afuera. El lugar del juego está entre el espacio vital entre la madre y el niño. El juego se enfrenta tanto con el mundo interno como con el externo y es universal. Aparte de esto, representa crecimiento y salud:

a) El niño y el objeto se encuentran fusionados. El objeto es subjetivo; pero la madre lo hace real cuando el niño está dispuesto a encontrarlo.

b) El objeto es repudiado, reaceptado y percibido en forma objetiva siempre y cuando la madre participe. La madre debe ser lo que el niño puede encontrar y ser a la que se espera que encuentren. El niño experimenta omnipotencia en la relación, gracias a la confianza de la madre.

c) El niño juega cuando la persona a quien ama, que es digna de confianza, refleja lo que ocurre en su juego.

d) Se superponen dos zonas de juego, la del niño y la de la madre, y el niño lo disfruta (Winnicot, 1972).

El juego es una experiencia creativa que se desarro-

lla en el límite entre lo subjetivo y lo objetivo. A través de la creación es como el individuo se descubre como persona. La creatividad significa 'estar vivo', y es universal.

Winnicot aclara que se habla del impulso del instinto en el bebé con relación al pecho y la alimentación y luego con respecto a todas las experiencias vinculadas con las zonas erógenas. En este impulso del instinto, Winnicot marca dos elementos:

a) Elemento masculino puro, donde el instinto respalda una relación activa o pasiva.

b) Elemento femenino puro, que se relaciona con el pecho, dado que el objeto es el sujeto.

El primer objeto es el objeto subjetivo aún no repudiado como fenómeno no-yo. Prepondera el elemento femenino con la relación al pecho hasta llegar al sujeto objetivo con la sensación de poseer una identidad. El bebé y el objeto son uno; el sentimiento de ser es previo al de ser-uno-con.

El elemento femenino ES, y el masculino HACE. La relación objetal del elemento masculino con el objeto implica separación; ya hay organización del Yo, y el bebé asigna a éste la cualidad de ser no-yo. "La satisfacción de los impulsos acentúa la separación del objeto respecto al bebé y lleva a la objetivización del objeto", dice Winnicot (1972). Ahora el objeto es significativo; a través de la proyección e identificación, parte del sujeto y se encuentra en el objeto. Se empieza a usar el objeto que es real.

El bebé debe tener la capacidad de usar al objeto, lo que depende de un medio ambiente facilitador, aunque es parte del principio del placer. Para poder usar al objeto que está fuera del control omnipotente, se le debe destruir y usar el objeto que ha sobrevivido a esta destrucción.

Winnicott (1972) resume el proceso así:

- 1) El sujeto se relaciona con el objeto.
- 2) El objeto está a punto de ser hallado por el sujeto, en lugar de ser ubicado por éste en el mundo.
- 3) El sujeto destruye el objeto.
- 4) El objeto sobrevive a la destrucción.
- 5) El sujeto puede usar al objeto.

"El uso del objeto simboliza la unión de dos cosas ahora separadas, bebé y madre, en el punto del tiempo y el espacio de la iniciación de su estado de separación (Winnicott, 1972)."

Dentro de la zona de los fenómenos transicionales, Winnicott sitúa la experiencia cultural, cuya primera manifestación es el juego. Para estudiar la experiencia cultural es preciso examinar el espacio potencial que hay entre un bebé y la figura materna.

El precursor del espejo es el rostro de la madre donde el bebé se ve a sí mismo y la madre lo mira, y lo que ella parece se relaciona con lo que ve en él.

Winnicott postula un proceso histórico (individual) que depende del ser visto:

"Cuando miro se me ve, y por lo tanto existo.

Ahora puedo permitirme mirar y ver.

Ahora miro en forma creadora, y lo que percibo  
también lo percibo.

En verdad no importa no ver lo que no está presente para ser visto."

e) Margaret S. Mahler.

Las contribuciones de Mahler al psicoanálisis se centran básicamente en la simbiosis y en los procesos de individuación y separación. Asimismo, ha hecho importantes aportaciones al estudio de la psicosis infantil, tomando como base su concepto de relación simbiótica.

Mahler (1972) explica que en las primeras semanas de vida existe un autismo normal, ya que los estados somnolientos del niño son mayores que los estados de alerta. El infante aún se encuentra en el "estado original de la distribución de la libido que prevalecía en la vida intrauterina que se asemeja al modelo de un sistema monódico cerrado, autosuficiente en la satisfacción alucinatoria de sus deseos." Durante la vigilia, el bebé intenta mantener la homeostasis, y no diferencia entre su propio esfuerzo y las tareas que su madre realiza. Va, paulatinamente, diferenciando entre experiencias buenas y malas, o sea, placenteras y dolorosas.

A partir del segundo mes comienza la fase de simbiosis

normal. La madre y el infante son "una unidad dual dentro de un límite común". Mahler (1972) utiliza el concepto de simbiosis para describir "ese sentido de indiferenciación, de fusión con la madre en que el Yo aún no es diferenciado del no-yo y en donde lo interno y lo exterior no sólo empiezan a sentirse, gradualmente, como diferentes."

Mahler (1972) indica que: "El rasgo esencial de la simbiosis es una fusión alucinatoria o ilusoria, somatopsíquica omnipotente con la representación de la madre, y en particular, la ilusión de un límite común de los dos, los cuales en realidad y físicamente son dos individuos separados." Las percepciones desagradables se proyectan más allá del límite de la unidad dual simbiótica que incluye la "gestalt" del socio materno. En la relación simbiótica el organismo inmaduro no puede alcanzar la homeostasis por sí mismo, para lo cual recurre a la compañera materna.

Distingue dos fases dentro del narcisismo primario:

a) Absoluta- falta de consciencia del infante de un agente maternal.

b) Relativa- percepción opaca de un objeto parcial satisfactor dentro de los límites de la unidad dual simbiótica omnipotente con la presencia del socio materno hacia el cual se vuelve libidinalmente.

El cuerpo tiene dos clases de autorrepresentaciones: una imagen corporal interna y una capa externa de engramas sensorio-perceptuales que contribuye a los límites del ser corporal. El cambio

de catexis propioceptivas-enteroceptivas hacia catexis senso-perceptuales es un paso en el desarrollo, ya que establece la formación de un escudo protector que envuelve a la unidad dual madre-hijo y que recibe y selecciona estímulos. Este límite es altamente selectivo y parece contener tanto las representaciones del ser del pre-yo como los objetos parciales simbióticos libidinalmente catectizados aún no diferenciados dentro de la matriz simbiótica madre-infante.

"Las estructuras derivadas del doble marco de referencia de la unidad simbiótica representan un marco al cual deben relacionarse todas las experiencias antes de que haya representaciones claras y totales en el Yo del ser y del mundo de objeto", dice Mahler (1972).

El inicio de la relación simbiótica ocurre cuando el aprendizaje a través de la experiencia, alrededor del tercer mes, se comienza a percibir al objeto como parcial, inespecífico y satisfactor. Esto se debe a que hay trazos de memoria del placer de la gratificación conectados con el recuerdo de la 'gestalt' de la madre (especialmente la cara) y sus cuidados. Parecería entonces que la atención se dirige hacia el exterior a través del 'patrón visual bifásico prototípico' de volverse a un estímulo externo: la 'gestalt' de la madre.

La sonrisa del infante indica que éste responde al compañero simbiótico. El niño de cinco meses ha alcanzado una relación simbiótica específica con la madre, que ya no podrá ser cambiada. Cuando ya hay tolerancia en la demora de la satisfacción de la necesidad se habla del principio de un Yo y de un objeto simbiótico. Alrededor

de los cuatro o cinco meses el infante refleja más modalidades de estados psicicos de lo que solía hacer en la fase autista. Cuando hay mucha tensión durante los cinco primeros meses se recurre al compañero simbiótico, Yo auxiliar, evitando la presión de tener que desarrollar, prematuramente, recursos que disminuyan dicha tensión.

Mahler establece (1972): "Cuando tanto el placer de las percepciones sensoriales externas, como la presión maduracional estimulan la catexis de la atención dirigida hacia el exterior -mientras que en el interior hay un nivel óptimo de placer y por tanto un anclaje seguro dentro de la órbita simbiótica- estas dos formas de catexis de la atención pueden oscilar libremente. El resultado es un estado simbiótico óptimo a partir del cual puede ocurrir una diferenciación sin problemas ...y una expansión mas allá de la órbita simbiótica." Como ejemplo de la catexis de la atención dirigida hacia afuera se encuentra el patrón de reexaminar a la madre como punto de orientación.

En el último trimestre del primer año la actividad motora impulsa al niño a ejercer la separación y retorno de la madre física y activante. Reaparecen los patrones de comparar y examinar a la madre. Esta es la subfase de práctica en el proceso de separación-individuación.

Si la conducta posesiva de la madre ha estado cerca de lo óptimo, más capacitado estará el niño para separarse de las representaciones simbióticas (ser más objeto) fusionadas y de diferenciar sus autorrepresentaciones.

Cuando la madre responde selectivamente a las señales del infante, va moldeando la conducta de éste, que responde de una manera característica. El resultado proviene de su propia dotación innata y de la relación madre-hijo; aparecen patrones propios de la personalidad del niño, su nacimiento como individuo. La necesidad inconsciente de la madre activa potencialidades específicas del infante, lo que hace que cada madre cree al niño que refleja sus propias necesidades individuales y singulares. Así, la madre transmite un marco de referencia en espejo al que se ajusta el infante.

El reflejo mutuo de la fase simbiótica, narcisista y libidinal, es el método primario de la formación de la identidad, que se refuerza a través de la magnificación de la reduplicación.

El proceso de separación-individuación se observa a través del funcionamiento separado del niño en la presencia y disponibilidad de la madre. La catexis de la órbita simbiótica comienza a cambiar e invertirse en los aparatos autónomos del ser y de las funciones del Yo: locomoción, percepción y aprendizaje.

Al terminar el período de práctica, mitad del segundo año, el niño parece estar en el punto cumbre de su propia omnipotencia mágica derivada, aún, del sentir que comparte los poderes mágicos de la madre.

Durante el segundo año de vida acontece el proceso de separación-individuación gracias a la madurez del aparato del Yo y a la facilitación del flujo de energía del desarrollo. La inteligencia sen-



soperceptual se convierte en una inteligencia representacional y se inicia el proceso de internalización a través de identificaciones yoicas con los padres. La obtención de la constancia libidinal es una facultad informe y sin permanencia de objeto. Hasta los 30 meses, la constancia objetal depende de los cambios de humor del niño y de los estados yoicos, así como de la situación real del momento entre la madre y el niño.

El niño se encuentra en el estado ideal del ser: la representación afectiva de la unidad dual simbiótica con su sentido de omnipotencia aumentado por el poder mágico del niño, proveniente de su esfuerzo en las funciones autónomas.

En la subfase de 'acercamiento', el niño busca que su madre comparta con él sus nuevas adquisiciones y experiencias. Durante los segundos 18 meses de vida la autonomía del niño corrige parte de la sobreestimación ilusoria de su propia omnipotencia.

Mahler (1972) dice que el "principio del sentido de la identidad individual y la separación del objeto es mediado por nuestras sensaciones corporales. Su núcleo es la imagen corporal, la cual consiste en una catexis predominante libidinal y bastante bien estabilizada del cuerpo en sus partes centrales y periféricas."

En cuanto a la psicosis infantil, Mahler explica que se inicia en el primer año de vida y que coincide con la falta de la esperanza de rescate o de gratificación de hambre de afecto por su madre. Esto es síntoma del autismo temprano, que es una defensa psicóti-

ca en contra de la falta de la simbiosis con la madre.

El rasgo más claro de la psicosis infantil es la inhabilidad que el niño tiene para ver al objeto humano o para relacionarse con él como entidad humana separada. En la psicosis infantil, la relación simbiótica o es distorsionada, o falta. No se internaliza la representación del objeto materno y la individuación es defectuosa o se encuentra ausente.

Así, ahora que hemos expuesto las bases de la teoría psicoanalítica y las principales aportaciones a ella, conocemos los aspectos básicos del desarrollo del niño que permiten entender el conflicto inherente que se presenta en la vida psíquica del niño. Estos conceptos son necesarios para integrar un marco referencial que nos permitirá entender el proceso terapéutico y el diagnóstico psicodinámico, así como las relaciones del niño con su medio familiar y social.

## 2) Técnica Psicoterapéutica de Niños.

### a) El Caso de Juanito de Sigmund Freud.

Fué un caso con características particulares no sólo por ser el primer tratamiento de psicoanálisis infantil sino porque no fué tratado por Freud, que sólo lo vió una vez. El padre fué el que llevó a cabo el tratamiento; este padre reunía requisitos particulares, básicamente por el hecho de estar convencido de las teorías de Freud en las cuales intentó basar la educación del niño. En cuanto a sus funcio-

nes de terapeuta siguió la supervisión sistemática de Freud, a través de cartas, impulsado por su genuino interés. Freud dice (1939): "Sólo la unión de la autoridad paterna y la médica en una sola persona y la coincidencia del interés familiar con el interés científico hicieron posible dar al médico analista un empleo para el cual hubiera sido inadecuado en otras condiciones."

Por otra parte agrega que el análisis infantil carece de todo valor objetivo, ya que los niños son sumamente fáciles de suggestionar, sobretudo por su propio padre, sea por cariño o por agradecimiento hacia él. Así, el niño se dejará suggestionar y sus manifestaciones, ocurrencias, fantasías y sueños seguirán la orientación a que están sujetos y carecerán de fuerza probatoria. El decirle a Juanito cosas cuando él no las sabía explicar, facilitarle ideas que no había manifestado y orientar su atención disminuyen la confiabilidad del análisis. Aún más, el hecho de que el padre estuviera incluido en el conflicto del niño podría haber invalidado su actuación como analista.

Como ya se mencionó, y según el 'Historial Clínico' del caso, Juanito estaba siendo educado dentro de una concepción psicoanalítica, en donde se le brindaba libertad con el mínimo de coerción por parte de los padres. Juanito era un niño que se mostraba alegre, abierto y vivo hasta antes del conflicto.

La primera manifestación de angustia la tiene Juanito cuando refiere temor a salir a la calle y a ser mordido por un caballo.

Asimismo, sueña que su madre se va y no tendrá con quien hacer 'mimitos'. El temor a que lo mordiese un caballo procede de la advertencia que se le había hecho a una niña en presencia de Juanito. Posteriormente se vio con este hecho, que el niño relacionó inconscientemente con la prohibición que sus padres le habían hecho en cuanto a su conducta masturbatoria. A pesar de que los padres le interpretan que su angustia es consecuencia del onanismo, y lo encaminan a que abandone tal hábito, la angustia persiste; el conflicto empieza a manifestarse abiertamente. En esa época nace Hanna, la hermana de Juanito, alumbramiento prácticamente presenciado por Juanito, y donde observa la ausencia de pene en la niña.

Por otra parte, la madre había amenazado a Juanito acerca de una posible castración cuando tenía alrededor de tres años, lo cual es reactivado en una fantasía de haber visto los genitales de la madre y por la observación de que sus genitales son inseparables del cuerpo. Al aclararle al niño las diferencias sexuales, disminuye la angustia y pueden ya descubrirse sus deseos reales a través de otra fantasía, la de las jirafas, que es producto de una escena real entre padres e hijo. Así, Juanito expresa su deseo de posesión de la madre. Esto es un punto de apoyo para una interpretación posterior en cuanto al temor a los caballos. Aparecen otras dos fantasías delictivas en las que el padre es cómplice de Juanito. Las fantasías se aprecian ricas en contenido simbólico del conflicto.

Con estos datos, Freud comunica a Juanito que su miedo a los caballos es el miedo que le tiene a su padre, pero transferido a estos animales. Esto ayudó a que Juanito pudiera expresar sus pensamientos inconscientes que no habían llegado a la consciencia por el hecho de que el padre y el médico fueran una sola persona.

Juanito informa que le tiene miedo, también, a los vehículos pesados que llevan mucha carga y que pueden caerse y provocar un accidente. Se aprecia que la angustia se encuentra, pues, relacionada con varios objetos. Recuerda, entonces, un accidente en el que vio caerse a un caballo y patalear. El padre le indica que debió haber pensado que el caballo era él, su progenitor; Juanito acepta esta identificación. Se observa, entonces, el temor a que el padre lo castigue por la hostilidad que el niño expresa hacia él. También se observa un temor a que el padre sufra un accidente como le había ocurrido a uno de sus amiguitos: Federico.

Como Juanito comienza a preocuparse por las funciones de excreción, el padre logra establecer la analogía entre los vehículos cargados y el vientre lleno de excrementos. Se presenta otra fantasía (la del fontanero), deformada por la angustia, que simboliza la concepción. Esta fantasía no es interpretada, pero sirve de enlace en las comunicaciones del niño.

Juanito explica que desea que la hermana sea ahogada y teme al castigo por este deseo. Pasa del tema excremental al de la hermanita, lo que indica que por asociación de ideas, Juanito percibe

a la hermana como si fuera un excremento. Ahora se sabe que la concepción de Juanito es que todos los niños son excrementos que son expulsados al exterior igual que éstos. Los vehículos cargados son, ahora, los cajones donde la cigüeña tiene a los niños y en la caída de los caballos Juanito ha simbolizado un parto. El caballo caído no era tan sólo el padre en trance de muerte, sino también la madre en trance de parto. Se observa, entonces, que él conocía ya la realidad del embarazo y parto de su hermana, acaecido tiempo antes.

El niño expresa abiertamente su deseo de hacer desaparecer al padre, quien estorba en la intimidad con la madre y muestra su concepción del parto en una muñeca. Cuando sus padres intentan explicarle acerca del nacimiento, ya Juanito lo sabe. El niño confiesa que los carros cargados eran también representaciones del embarazo de la madre y que su caída era el parto.

Al fin, Juanito tiene otras dos fantasías: una en que se le restituye un pene nuevo con lo que se observa que vence el complejo de castración; y otra, la de estar casado con la madre y procrear muchos niños con ella, en donde substituye la hostilidad que siente hacia el padre por un final feliz.

Como se puede apreciar, el caso muestra claramente cómo se produce el conflicto de Juanito. La angustia que le provoca una posible separación de la madre a la que desea y los impulsos hostiles hacia el padre, así como el temor a la castración y el misterio del nacimiento de la hermana, son reprimidos y transferidos hacia la

figura del caballo y los objetos pesados, y creando, así, una fobia.

Es a través del análisis en que paulatinamente se aclaran los contenidos inconscientes que llevaron al niño a presentar la fobia. Había mucho material inconsciente que al niño no le era posible dominar por el escaso desarrollo de sus procesos mentales, por lo que necesitó una ayuda intensa.

A pesar de que el padre realizó una adecuada labor analista, el niño no podía expresar abiertamente sus deseos, por el compromiso que merecía la relación con sus padres. Fue un extraño al niño, Freud, quien logró sacar a la luz, a través de una interpretación, la hostilidad de Juanito hacia su padre, y facilitó las comunicaciones de material inconsciente.

A través de asociaciones e interpretaciones de simbolismos y de deseos es como se va esclareciendo el material reprimido. Al mismo tiempo, y ya que Juanito había aplicado el material de que disponía a sus teorías sexuales infantiles, el padre se vio precisado a darle explicaciones de la concepción y diferencias sexuales, lo que afianzó los conocimientos del niño y lo despojó de temores y angustia. De esta manera desaparece la fobia y llega la enfermedad y el análisis a feliz término.

b) Anna Freud.

Compara el análisis de adultos con el análisis de niños y de ahí extrae los pros y los contras del de niños en cuanto a las

características de éstos. Es de esperarse que debido a su inmadurez, los niños no posean muchas de las cualidades y actitudes que en los adultos se consideran indispensables para el tratamiento psicoanalítico.

Los niños carecen de 'insight' en cuanto a la enfermedad, por lo que no experimentan el deseo de curarse; la curación es dolorosa porque significa el tener que adaptarse a una realidad desagradable, y renunciar a la satisfacción inmediata de sus deseos. La apetencia de gratificar el impulso se convierte en un obstáculo en la terapia, en lugar de una ventaja. La incompleta personalidad del niño permanece en un estado de fluidez. Los síntomas que sirven para solucionar conflictos en un determinado nivel de desarrollo resultan inútiles y son cambiados por otros.

Según Anna Freud, los niños no tienen la capacidad para producir asociaciones libres, lo cual impide el conocimiento del contenido inconsciente. Ella cree que esto sucede porque el niño no confía en la censura que su Yo puede imponer o porque el mundo adulto no es digno de fiar como para que él sea completamente sincero.

Los niños no deciden por sí mismos el iniciar un tratamiento; por lo que presentan muchas resistencias y dificultan la relación con el terapeuta. Las resistencias se presentan en la misma forma en el niño que en el adulto; La tensión y la ansiedad provocadas por el tratamiento pesan más en su mente que la idea de un provecho futuro. El niño prefiere actuar y actúa en el análisis; se siente ame-



naizado por el adulto y mantiene sus defensas con mas ahínco. El Yo del niño se une a sus resistencias y tiende a abandonar el análisis. Los niños prefieren cambios ambientales a cambios internos.

Anna Freud (1975) postula que para la evaluación de los niños se debe tomar en cuenta la sintomatología actual, según su posición en el desarrollo en cuanto a impulsos, al Yo y al Superyo, según la estructuración de la personalidad y las formas de funcionamiento.

En cuanto a su técnica terapéutica, Anna Freud intenta investigar los mecanismos de defensa y el contenido inconsciente del niño a través de sus manifestaciones. Por medio del análisis se eliminan las defensas innecesarias y se abren salidas para la actividad de impulsos. Un Yo que se opone a los impulsos, refuerza los compromisos neuróticos y crea ansiedad, lo que motiva al niño a buscar ayuda externa. Sin embargo, el niño pone sus esperanzas en el poder del terapeuta para hacer modificaciones en el ambiente después que en éste ha personificado su conflictiva interna.

Anna Freud agrega: "La finalidad del análisis consiste en ampliar el campo consciente sin lo cual no puede aumentarse el control del Yo. El proceso de interpretación está unido a la verbalización de muchos impulsos de los que serían capaces de tomar como tales pero que no han podido alcanzar aún el estado yoico, la toma de consciencia, no la elaboración secundaria."

Plantea que es necesaria una fase introductoria en la que se cree confianza en el niño y se suscite una motivación hacia la terapia. Aquí se instaura una relación 'transferencial' con el niño. Los elementos terapéuticos de Anna Freud son las interpretaciones de sueños, fantasías y dibujos que han sido aceptados como el reemplazo de la asociación libre. "En los niños fácilmente encontramos los simples sueños de realización que revelan los deseos subyacentes. También encontramos las ensañaciones conscientes, que nos informan con muy poca distorsión sobre el desarrollo libidinal (Freud, A., 1975)."

Sin embargo, con respecto al juego, esta terapeuta dice que elabora principalmente material simbólico que introduce al análisis elementos extraños como la duda, la incertidumbre y la arbitrariedad. El juego es acción que influye en la vida real directamente, al contrario de los sueños y fantasías. El juego esclarece el Ego pero no permite ver el funcionamiento del Yo. Aun así, atribuye al juego la característica de plasticidad en el cual el niño puede realizar actos que en la vida real le son prohibidos. Para Anna Freud el juego sólo es un instrumento terapéutico auxiliar.

Con respecto a la transferencia, A. Freud opina que se ve oscurecida por la falta de asociaciones libres y debido a la tendencia del niño al 'acting-out', ya que la transferencia agresiva opaca a la libidinal y produce elementos resistentes y negativos. El niño no es capaz de formar una neurosis de transferencia, pues sus objetos reales y primitivos aún existen, y el niño mantiene relaciones

cotidianas con ellos (los padres). El analista deberá compartir el amor y el odio con los padres. Una solución que da A. Freud, para el problema, es la de crear una situación donde se propicie la neurosis de transferencia, apartar al niño de su hogar. Esto por supuesto, desadaptaría al niño socialmente. Al no interpretar las fantasías destructivas, disolviendo la transferencia negativa por otros medios no analíticos, los niños tienen que actuar fuera del análisis estas fantasías. La transferencia debe analizarse cuando es empleada como resistencia. El analista funciona como un objeto de externalización, en quien se representa una parte de la personalidad; es un Yo auxiliar y un Superyo externo.

Otro aspecto característico de la técnica terapéutica de Anna Freud es la de dar al análisis del niño un matiz pedagógico. Dice que en los adultos los impulsos Inconscientes son manejados por el Superyo y que en el niño deben ser manejados por los educadores a los cuales su Superyo está aun muy ligado. El analista, por lo tanto, debe compartir con los educadores, como guía, enseñando al niño a controlar su vida instintiva y diferenciando qué parte de sus impulsos deberá ser reprimida, qué parte buscará satisfacción y qué parte se sublimará. "El analista ocupará el 'ideal del Yo' infantil (Freud, A., 1970)."

c) Melanie Klein.

Melanie Klein introduce, a partir de 1923, la técnica de juego en el análisis infantil considerando que los procesos infantiles que se dan en el juego se ajustan a los principios psicoanalíticos: transferencia, resistencia, pulsiones infantiles, represión, amnesia, la compulsión a la repetición y el descubrimiento de la escena primaria que mantienen su integridad con la técnica de juego.

Para Klein, el juego tiene varios significados:

a) Expresa fantasmas inconscientes sexuales y agresivos en forma simbólica y de acción real. En este sentido, juego y juguetes son el equivalente de los fantasmas masturbatorios y extraen su contenido de la sexualidad, reduciendo la angustia, y que al liberar la imaginación produce, a su vez, mayor angustia. El niño proyecta en juegos y juguetes sus realidades dolorosas y domina sus miedos instintivos. El juguete permite vencer el miedo a los objetos y a los peligros internos; le hacen posible una prueba de realidad, siendo un puente entre ésta y la fantasía. Elabora situaciones traumáticas para el Yo; su función es catártica y de asimilación, y hace activo lo que sufrió pasivamente.

Klein menciona que el juego utiliza los mismos medios de expresión que los sueños, donde el simbolismo es parte de dicho lenguaje. Además de desentrañar el significado de cada símbolo se deben tener en cuenta los mecanismos y formas de representación usados en el sueño, sin olvidar la relación entre los dos. El simbolismo del juego

se interpreta tomando en cuenta la situación analítica global.

b) El juego adquiere un sentido nuevo cuando es en presencia del analista y pone en tela de juicio su relación con los objetos libidinales. Señala que: "La elección de los objetos, su manejo, la organización interna del juego y la distribución de los papeles indican, por encima de la simple reproducción de los fantasmas, el esfuerzo de una elaboración mítica y de una primera simbolización (Smirnoff, 1976)." Cuando el niño juega, busca representar algo y todos estos significados deben ser interpretados para llegar a tener acceso a los más profundos estratos de su mente.

c) El juego instala una relación analista-niño que lleva a la situación transferencial. El juego es lo más importante de todo el análisis, pues puede proporcionar la salida a los fantasmas; traduce a la vez la pulsión (libidinal o agresiva) dirigida a los objetos, y las defensas puestas por el sujeto para contrarrestar la pulsión o defenderse de ella. El fantasma es el contenido profundo de la situación transferencial. La relación sujeto-analista se funda en un fantasma inconsciente. Los fenómenos transferenciales permiten descifrar, en la situación presente, el juego de los fantasmas arcaicos y su relación con las experiencias previas. De ahí la importancia del juego.

En cuanto a la técnica terapéutica de Melanie Klein

podemos decir que la transferencia es vital. La capacidad de transferencia, dice, es espontánea en el niño, debiendo interpretarse tanto la transferencia positiva como la negativa. Las ansiedades tempranas son intensas y ponen en movimiento la compulsión a la repetición en el dinamismo de la transferencia y en el impulso a jugar. Entonces el niño simboliza y personifica las primeras relaciones de objeto, formación del Superyo y adaptación a la realidad que se expresan en sus juegos y pueden interpretarse. Mediante la simbolización, el niño consigue distribuir su amor y sus angustias en nuevos objetos, lo que, por los mecanismos de repartición y repetición, hace que se aleje de sus objetos originarios peligrosos. "La sustitución del objeto originario, cuya pérdida es temida y lamentada, por otros más numerosos y reemplazables, la distribución de sentimientos de pérdida y recuperación, son la base de la actividad lúdica y de la capacidad de transferencia," dice Klein (Aberastury, 1969).

La ansiedad transferencial más intensa es la reviviscencia de las primeras relaciones de objeto con el predominio de las ansiedades paranoides y depresivas. La interpretación de la transferencia negativa hace retroceder los afectos negativos hacia los objetos y situaciones originarios. Mediante el análisis de la transferencia, la ansiedad persecutoria se reduce y disminuye la idealización del analista, y libera la vida inconsciente del sujeto, la cual podrá ser invertida en otras actividades.

Para el análisis cuentan sólo las proyecciones y las

introyecciones de los objetos buenos y malos. Las primeras defensas en la relación del niño surgen de sus tendencias agresivas. Desde el primer momento proyecta en el analista y en los juguetes sus tendencias destructivas y de amor con una intensidad variable. El analista es un instrumento de proyección al cual el niño asigna diversos papeles al jugar, y así da escape a sus fantasías sin demasiada ansiedad.

Las resistencias de los niños se manifiestan como crisis de angustia, interrupción o cambios de juegos, aburrimiento y desconfianza.

Las interpretaciones de Melanie Klein son tentativas a elucidar los fantasmas inconscientes. Son interpretaciones transferenciales. Permiten que el niño exprese su angustia a través del juego. La interpretación introduce al niño en un orden simbólico que le permita el acceso a una mejor comprensión de sí mismo y del mundo exterior.

Pearson (1972), por su parte, supone que el juego, además de la descripción de una experiencia traumática, expresa los impulsos instintivos que requieren una descarga. Es una evasión de la realidad y del Superyo.

Erickson (1973) afirma que el juego es una función del Yo que intenta sincronizar los procesos corporales y sociales. El juego alucina un dominio yoico y lo practica en una realidad intermedia entre la fantasía y el mundo real.

Aberastury (1968) dice que es a través del juego donde el niño domina las situaciones penosas y traumáticas que se le crean con relación a los objetos reales. El juguete posee muchas de las características reales, pero, por su tamaño, puede ser dominado por los niños.



#### IV. Terapia de Grupo.

En la psicoterapia de grupo el individuo tiene la oportunidad directa de comparar y contrastar su modo de obrar con el de otros; puede ver que lo que consideraba común en otros es particular en él y lo que consideraba particular en él es común en otros (reacción en espejo). El sujeto se familiariza con nuevas formas de resolución de problemas representados en las personas reales que son miembros del grupo y que están en la misma habitación que él. En el grupo se forma un nuevo campo de interacción cuando el individuo se traslada de su red primaria e ingresa a un grupo donde la situación es imparcial (Kadis, 1969).

El grupo terapéutico, en su sentido más difundido, puede describirse como un colectivo (Castillo, 1973):

a) que está compuesto por un número reducido de miembros que actúan en el espacio de una habitación;

b) cuyo número de miembros se divide en dos sectores formales: pacientes y equipo terapéutico;

c) que tiene un objetivo explícito (alcanzar la salud o curación) y un objetivo implícito (conservación del grupo como medio o instrumento para alcanzar la salud);

d) que proporciona un sistema de normas, configurando 'status' y roles relacionados con los de los grupos sociales de donde provienen los miembros.

### 1.- Primeras Experiencias de la Terapia de Grupo.

El hombre desde siempre se ha dado cuenta de las ventajas que obtiene de la asociación con sus congéneres. El grupo lo ha ayudado a buscar el sustento, la habitación y el vestido. Le proporciona la oportunidad de educación, de encontrar pareja y de procrear; asimismo, le da un sentimiento de seguridad y pertenencia. El ser humano es gregario por naturaleza. El grupo es parte de él mismo y un instrumento para lograr sus fines.

En el campo de la salud no fue sino hasta 1905 cuando Pratt comenzó a trabajar con grupos de pacientes tuberculosos, a los que daba conferencias sobre esta enfermedad. El mérito de Pratt fue el de utilizar en forma sistemática y deliberada, las emociones colectivas en la persecución de una finalidad terapéutica. Su técnica se apoya en dos pilares: por un lado, el activar en forma controlada la aparición de sentimientos de rivalidad, de imitación y solidaridad en el grupo; por el otro, el papel de figura paternal idealizada que asume el terapeuta. A este método se le ha llamado 'terapia exhortativa paternal por el grupo' (Grinberg, 1974). Beatriz Castillo (1973) llama 'respiro' al método de Pratt, ya que hay presión en la personalidad del enfermo, sea al aprobarlo o refiriéndose a situaciones sugestivas o competitivas.

En 1921, Lasell empezó a tratar a un grupo de esquizofrénicos, a los que leía diversos materiales o se les daban clases y se promovía luego la discusión. Los resultados se basaban en el beneficio de la interacción y la posibilidad de lograr una transferencia

positiva por el aspecto impersonal de la comunicación, que permitía una aceptación mayor que la que podía darse en psicoterapia individual. Marsh también utilizó conferencias en aulas, aunque amplió el procedimiento mediante el uso de altavoces para comunicarse con la población total del hospital.

El método de Snowden consistía en ocho conferencias semanales; durante veinte minutos, discutía las causas de las diferentes enfermedades mentales. A continuación, los pacientes se reunían y discutían las conferencias con respecto a sus propios problemas. Durante el periodo de discusión, el terapeuta tomaba aparte, durante unos minutos, a cada paciente, para indicarle cómo se relacionaba la conferencia con su problema particular.

Low y Klapman trataron pacientes con un método modificado, que daba mayor importancia a las entrevistas de grupo que a las conferencias y pláticas.

Después aparecieron las terapias que actúan por el grupo con estructura fraternal, haciendo una homogeneización de sus miembros y disminuyendo el liderazgo al mínimo. Estos grupos buscaban disminuir la rivalidad y envidia entre los miembros. Como ejemplo de éstos están los grupos de Alcohólicos Anónimos, que aún funcionan en nuestros días (Grinberg, 1974).

## 2.- El Psicodrama.

J. L. Moreno fue quien introdujo el término de psico-

terapia de grupo; pero le dio más énfasis a la sociometría y al psicodrama. Entre 1910 y 1914 jugaba con niños al teatro. En 1913-14 sostuvo grupos de discusión con prostitutas y refugiados. La psicoterapia de grupo se originó como protesta contra los métodos individuales y en oposición a ellos. Los instrumentos son los pacientes en el marco del grupo, un marco espacial particularmente estructurado con fines terapéuticos: el lugar de acción psicodramática.

En la psicoterapia de grupo los pacientes pueden desempeñar las funciones de terapeutas auxiliares. Un paciente es un agente terapéutico de otro. A esta interacción Moreno la ha llamado el principio de la interacción terapéutica, en el que la autonomía de los individuos participantes no se pierde como en la masa, y en el que se aprovechan sus capacidades terapéuticas. El carácter directo e inmediato de la interacción en el grupo tiene todas las cualidades de una prueba de la realidad. El grupo terapéutico necesita una mayor libertad y espontaneidad por parte de los miembros. La composición del grupo debe ser terapéuticamente más favorable que la que existe en la realidad; la igualdad de 'status' de todos los miembros del grupo es exigencia absolutamente necesaria.

El grupo tiene su propia estructura social a donde desembocan los procesos individuales, sin perder su autonomía. Frente a la transferencia psicoanalítica, Moreno sitúa el 'encuentro': el 'tele' real-dinámico, que incluye el proceso de transferencia (Moreno, 1975).

Así como el principio de la interacción terapéutica es el fundamento de la psicoterapia de grupo, el psicodrama se basa en el principio de la espontaneidad creadora, la participación libre de todos los miembros del grupo en la producción dramática y la catarsis activa.

El psicodrama surgió a partir del juego, como principio de la autocuración y de la terapia de grupo, una forma primigenia de vivencia. El juego es tomado como un factor positivo ligado a la espontaneidad y a la creatividad. Moreno liberó, poco a poco, al juego de sus vínculos metafísicos, metabiológicos y metapsicológicos e hizo de él un principio metodológico y sistemático (Moreno, 1975). El sistema psicoanalítico fue sustituido por un sistema psicodramático: creatividad y espontaneidad, tele, interacción y papel.

El director terapéutico pide al paciente que represente su conflicto interno con la acción y la palabra, y también el conflicto de las personas que le son más cercanas y cuyos secretos no quisiera revelar. La función del terapeuta es promover la productividad del paciente. El terapeuta y el paciente se estimulan recíprocamente.

Una sesión tiene tres fases: 1) la preparación, el relajamiento y el calentamiento ('warming up') del grupo, el hallazgo de un problema común y de un protagonista adecuado; 2) la propia representación, y 3) la participación terapéutica del grupo. En el curso de la dramatización, el paciente se olvida de los otros; pero al recordar-

los, tiene sentimientos de vergüenza y culpabilidad, por haberles comunicado sus conflictos. Paulatinamente, los miembros del grupo empiezan a comunicarse unos a otros sus sentimientos y experiencias en conflictos análogos. Consiguen, entonces, una 'catarsis grupal'.

Moreno (1975) explica que el psicodrama aspira a proporcionar al paciente una visión analítica de sí más profunda de lo que el curso de la vida provocaría espontáneamente en él. El objetivo de la terapia psicodramática es la producción total de la vida. Pretende equipar al paciente con más realidad de lo que la lucha por la vida le ha permitido hasta entonces.

Hay cuatro puntos importantes en los métodos dramáticos:

1) El criterio para la continuación y el análisis del tratamiento de la totalidad de la producción de una sesión. La producción en el presente es la instancia decisiva ya que todo el pasado se expresa de alguna forma en la producción total.

2) La producción psicodramática se dirige al presente y no al pasado.

3) La regla es la actuación libre, en la que está incluida la asociación de palabras.

4) El espacio es tridimensional y en el que las vivencias interiores se representan y concretizan.

Grinberg (1974) dice que en Moreno se encuentran ciertos elementos de la terapia 'por' el grupo con carácter fraternal. Los

terapeutas funcionan como Yo auxiliar del paciente y se minimiza el papel del líder formal.

### 3.- La influencia del Psicoanálisis.

Los primeros ensayos de que se tiene noticia para la utilización de conceptos psicoanalíticos en la psicoterapia de grupo se deben a Trigant Burrow. Su método de tratamiento estaba basado en la teoría de que la gente vive y forma parte de una sociedad y que el aislamiento del individuo durante el tratamiento puede, de hecho, destruir su sentimiento de relación con su grupo o sociedad. Burrow dijo: "... este amplio esquema analítico tiene el mérito de dejar intacto el material de nuestra vida de grupo societaria e instintiva, mientras que, al mismo tiempo, procede, del trasfondo del grupo, a examinar analíticamente las sustituciones y represiones sociales e individuales personificadas en la suma colectiva o pseudogrupo representado en este mismo organismo societario (Kadis, 1969)".

Burrow encontró manifestaciones de relaciones de transferencia y mecanismos de defensa, así como otras dimensiones tradicionales del psicoanálisis individual. Para Burrow, en el grupo lo importante es la disminución de la resistencia del paciente al proceso del tratamiento. Indicaba la necesidad de poner de relieve el material inmediato y despreciar proporcionalmente las reminiscencias.

A partir de Burrow la teoría y la técnica psicoanalítica se dejan sentir en la psicoterapia de grupo. Sin embargo, hay diferentes puntos de vista en cuanto al manejo de dichos conceptos. Para

poder plantear, en esta tesis, los diferentes enfoques, dividiremos a los autores según el lugar donde publicaron sus trabajos. Es importante hacer notar que esta división se hizo únicamente con el fin de clarificar la exposición, ya que hubo influencia recíproca entre unos autores y otros. Así, tenemos dos escuelas dentro de la actividad terapéutica grupal, a saber: la escuela americana y la escuela inglesa.

a) La Escuela Americana.-

Louis Wender

A principio de los 30s Louis Wender emprendió el uso de la terapia de grupo psicoanalíticamente orientada en un marco clínico. El grupo comenzaba con disertaciones sobre temas como las razones por las que los individuos se comportaban de determinada manera, sobre los impulsos, lo consciente e inconsciente y sobre los sueños. Después aumentaba la espontaneidad de los pacientes y sacaban a relucir sus problemas con lo previamente hablado. Se descubrieron relaciones de transferencia entre los pacientes y de éstos con el médico. Wender recalzó que el deseo de curación es mayor en el grupo.

Paul Schilder

Ha dejado profundas enseñanzas psicológicas, en especial acerca de la integración mente-cuerpo, lo que ha hecho a través de sus postulados sobre la imagen del cuerpo. Schilder utiliza al grupo como técnica psicoterapéutica, pero prescribe simultáneamente la terapia



Individual y la de grupo. Su modo de abordar el tema es analítico. Centra todo el proceso terapéutico en la obtención de 'insight' de sus pacientes a través del análisis de sueños, por la asociación libre y las ideologías de los pacientes. Estas ideologías provienen y están construidas alrededor del 'self'. La psicoterapia permite al paciente convencerse de que sus convicciones forman parte de su vida en la comunidad y que es muy lógico discutir las ideologías en el grupo. El procedimiento saca el problema de la individualidad y aminora el sentimiento de aislamiento del paciente. Cuando otros pacientes en el grupo se identifican con el problema ya están capacitados para trabajar sobre él y resolverlo.

Schilder expresó que el terapeuta debía considerar la integridad intelectual como un requisito previo necesario para la psicoterapia. En la sesión introducía temas en forma sistemática y dirigida. La terapia era una conversación dirigida. Se rechazaba la dependencia; pero al ser dirigida la sesión realmente se le fomenta. El terapeuta debía tomar una actitud activa en la sesión; debía revelar su propia ideología y justificarla ante el grupo (Kadis, 1969).

Junto con Slavson y Klapman introduce la interpretación en la situación colectiva para poder modificar los dinamismos más profundos del grupo y transformar su estructura. Al dar una interpretación grupal se trata de unificar al grupo de varias maneras para que la interpretación valga para todos. Estas formas de unificación son: homogeneización del grupo, selección de los integrantes, preparación del

grupo al proponérsele un tema. La interpretación va casi siempre dirigida al problema de un determinado individuo del grupo. Por ello esta técnica se denomina 'terapia interpretativa individual en el grupo' (Grinberg, 1974).

### S. R. Slavson

El más activo impulsor de la terapia de grupo en los Estados Unidos de América, y llama a su método 'psicoterapia analítica de grupo'. El parte de tratar al individuo en el grupo. Rechaza la formación grupal, pues lleva a la fijación del grupo y frustra los propósitos de la terapia. Hace uso de la transferencia, catarsis, interpretación de los contenidos latentes y del análisis de sueños para provocar 'insight'.

La transferencia es multilateral. Está dirigida al mismo tiempo o en tiempos diferentes hacia un número distinto de personas. Estas reacciones de transferencia individuales y de grupo son elementos terapéuticos importantes.

Aprecia al grupo en términos del grupo familiar original. La transferencia, según Slavson, ocurre en ciclos. Tanto los sentimientos positivos como los negativos pueden ser intensificados mediante la identificación y la rivalidad. Los latentes sentimientos de hostilidad y agresión hacia las figuras paternas están casi siempre próximas a la superficie y son activadas fácilmente; los sentimientos de culpa y la necesidad de la protección del grupo son más evidentes durante las fases negativas de las relaciones de transferencia (Kadis, 1969). El

efecto que el grupo debe producir es el diluir la transferencia, pero la verdad es que el sentimiento emocional total se multiplica e intensifica por la situación grupal (Foulkes, 1964).

Slavson dice que el terapeuta debe tener información sobre la dinámica y psicopatología de cada miembro del grupo, del problema central, para saber a qué profundidad dirigir el tratamiento. Asimismo debe estar consciente del contenido latente de las reuniones del grupo y de la dirección que éstas siguen. Sus conocimientos ayudarán a los pacientes a sobreponerse a sus diferencias y a su temor mediante el uso de la transferencia y apoyo del Yo. Intenta conocer a los futuros miembros del grupo para constituirlo como no representativo del mundo interno y externo, sino como algo previsible; una suma de personas equivalentes a una sola dominada por un síndrome específico (Grinberg, 1974).

Slavson realizó una importante labor en lo que se refiere a grupos de niños, especialmente en la época de latencia, denominando a su método 'terapia grupal de actividad'. Su labor en cuanto a grupos infantiles será presentada posteriormente.

#### Alexander Wolf

Alrededor de 1939 emprendió el 'psicoanálisis de grupo' al reconocer la necesidad de una forma de tratamiento psicoanalítico para varias personas a la vez. Refiere que el grupo es admirable para la exploración del pasado infantil reprimido del individuo mediante

co en que se insertan, y no reconstruidos en el laboratorio.

Hay dos métodos, según Levin, para estudiar la psicología social:

1) Observar, identificar, definir e interpretar las conductas sociales o los comportamientos en grupo, que son el objeto de estudio específico de la psicología social.

2) Estudio de los comportamientos de grupo o sea el que los individuos sientan las mismas emociones de grupo y que esas emociones sean suficientemente intensas para integrarlas en un grupo.

Levin distingue entre sociogrupo y psicogrupo. El sociogrupo es el grupo de tarea; estructurado y orientado en función de la ejecución o el cumplimiento de una tarea. El psicogrupo es el grupo de formación, es decir, un grupo estructurado, orientado y polarizado en función de los mismos miembros que lo constituyen (Mailhot, 1973).

Cualquier situación para ser definida, debe observarse dentro de una extensión temporal. El grupo, para Levin, no tiene infancia. En un grupo, el acontecimiento es principalmente contemporáneo, y cuando se toman en cuenta las causas antecedentes o que están fuera del campo social, el procedimiento terapéutico se complica. El presente se explica por medio del presente, y lo pasado deja de existir, en un sentido operacional.

Hay una 'autonomía funcional' del grupo dentro del campo social. La situación total contiene los factores que influyen en el grupo u organismo en cualquier periodo particular y constituye un

'espacio grupal'. Las relaciones de este espacio topológico pueden definirse en términos tales como partes y todos, figura y fondo, y 'regiones' separadas por barreras y fronteras. Los miembros de un grupo configuran el espacio grupal. De su interior surge un sistema de tensiones con las que dota a los miembros del grupo a través de valencias positivas o negativas. Las valencias muestran la concentración de energía en un canal particular de objeto, en términos psicoanalíticos. Los vectores son corrientes de fuerzas que hay entre sujeto y objeto.

"Este tipo de análisis," dice Foulkes (1964), "trata de evaluar la atmósfera grupal o clima, la extensión de la sensación del nosotros o pertenencia entre los miembros, los valores hacia los que se esfuerza el grupo, el equilibrio de las fuerzas cohesivas y destructivas y el nivel de tensión resultante, la cualidad del liderazgo y su efecto sobre la atmósfera del grupo, las diferencias en las respuestas de campo entre los grupos integrados y los desorganizados y la influencia de la motivación, la frustración y el conflicto en la vida del grupo."

La tensión está determinada por la lucha por el espacio vital adecuado, en el cual maniobrar. Es una tendencia homeostática, pero se difunde según la estructura del grupo. Al aumentar la tensión, disminuye la coerción del grupo. Las actitudes del líder ayudan a crear la atmósfera del grupo, que se observa cuando los miembros empiezan a mostrar consistencia en sus actitudes y sentimientos. En el proceso evolutivo de un grupo, la responsabilidad recae sobre todo en el

lider, cuyo comportamiento autoritario, democrático o analítico creará la correspondiente atmósfera de grupo. Los roles de los miembros del grupo son semejantes a los que éstos desempeñan en la vida real (Foulkes, 1964.).

Con la idea del espacio vital y de los vectores se consideraría que el 'aquí y ahora' es, en la observación dinámica de un grupo, lo que cuenta para definir la situación social, ya que lo histórico cuenta sólo como un tacto implícito en el juego que las 'fuerzas' sostienen en ese espacio vital, y que producen acercamientos o alejamientos, y que representan partes o el todo, figuras o escenario, barreras o límites (Rolla, ).

Como se puede apreciar, esta escuela utiliza los mismos principios técnicos que el psicoanálisis en la psicoterapia de grupo: análisis e interpretación de sueños, transferencia, asociación libre, catarsis, consciente e inconsciente. Sin embargo, refieren que la psicoterapia de grupo aumenta la tolerancia a la ansiedad por el apoyo grupal y disminuye la dependencia del terapeuta. Además la transferencia es multilateral.

La característica de esta escuela es que considera a la psicoterapia grupal como una serie de situaciones interactuantes cuya suma equivale a un psicoanálisis de grupo. Las interpretaciones son dirigidas a un individuo tendiendo a que adquieran significado para todos. Lo importante es el individuo dentro del marco grupal.

b) La Escuela Inglesa.

Joshua Bierer

Durante los 30s, en el 'Runwell Hospital for Nervous and Mental Diseases', trabajó en el 'tratamiento situacional' cuya meta no era la adquisición de conocimientos acerca del subconsciente, sino el adquirir una experiencia vital de la que resultara un cambio en la actitud de los pacientes. En 1940, Bierer reclama el privilegio de haber sido el introductor de la psicoterapia grupal en Gran Bretaña. Las actividades de este tipo de terapia consistían en proporcionar espectáculos, deportes, literatura, pintura y discusiones a los pacientes, una vez por semana. El terapeuta permanecía pasivo. Se discutían problemas de un paciente, ignorándolo éste, hasta que se daba cuenta, y entonces los podía resolver. Las ventajas de la terapia situacional son: 1) salva el abismo entre el 'insight' y la curación; 2) los pacientes se hacen más independientes, activos y decididos, lo que acelera el proceso de curación, y 3) se facilita al paciente la resolución de problemas sociales que le ocasionan conflictos en el mundo exterior (Kadis, 1969).

S. H. Foulkes

Fundó la 'Group Analytic Society' y redactó un programa de psicoterapia de grupo en el Hospital Maudsley de Londres. En 1940 practicó la psicoterapia de grupo con fundamento psicoanalítico. Ha recalcado la importancia de los procedimientos de conducción de sesiones de psicoterapia de grupos. Refiere que se debe usar un método

estrictamente definido para el propósito de intercambio de experiencias y también para la investigación, aunque en la práctica pugna por la flexibilidad y la variación que las situaciones particulares pueden requerir (Kadis, 1969).

Foulkes y otros clínicos de la 'Tavistock Clinic' usan la denominación de 'psicoanálisis de grupo' para su técnica; prescriben la utilización del material histórico, las conformaciones de la transferencia y de la contratransferencia, así como de los fenómenos emocionales y de intelectualización que se produzcan, y de las modalidades de las defensas y resistencias; indican la necesidad de tener en cuenta que todos esos fenómenos pueden recaer en cualquiera de los miembros y no sólo en el líder terapeuta. Propugna que la comunicación no verbal sea traducida a verbal.

Empieza a desarrollar la técnica grupal de interpretar el inconsciente interaccional de varias personas reunidas en un grupo, con base en concepciones netamente psicoanalíticas. Para la construcción de las interpretaciones se usan los fenómenos de transferencia y contratransferencia, que se juzgan posibles entre todos los miembros del grupo. Se hace consciente lo inconsciente.

Grinberg (1974) dice que Foulkes considera al grupo como un todo social. La transferencia no es tan intensa en el grupo, y es horizontal. Los fenómenos de transferencia están distribuidos entre un número de personas y no concentrados en el terapeuta. La situación grupal se opone al desarrollo de una neurosis de transferencia



(Foulkes, 1964).

El conjunto de individuos y el medio donde se desarrollan las reuniones constituyen la situación social, que es un campo dinámico de experiencia y un agrupado de factores interactivos e interdependientes de la personalidad y la circunstancia. La situación psicoterapéutica se analiza en términos de estructura, proceso y contenido.

Estructura son pautas de relación relativamente estables y continuas.

Proceso es el componente dinámico de la situación y puede definirse como la interacción de los elementos de la situación, en sus relaciones y comunicaciones recíprocas, verbales y no verbales. Es el segmento actuante de toda experiencia humana y es, con su propio análisis, como la situación terapéutica adquiere su más completa y significativa definición.

Estructura y proceso son los canales a través de los cuales se transmite el contenido y el análisis del contenido.-las actitudes, ideas, valores, sentimientos y sensaciones. La estructura y el proceso también determinan de qué modo ocurre la comunicación del contenido.

Foulkes marca seis principios para regir a un grupo:

- 1) Se debe componer de 7 u 8 personas (fluctuación óptima) durante hora y media y sentados en círculo. El sentarse en círculo significa ya un compromiso estático, un equilibrio del movimiento periférico y contra el centro. La libre selección de asientos es signi-

ficativa. Los pacientes, después de varias sesiones, caen dentro de un molde característico, lo cual puede anticipar alteraciones dinámicas en las relaciones interpersonales. Este molde indica roles funcionales desempeñados por los miembros del grupo. El terapeuta permanece pasivo y apartado; es un observador participante para alentar la integración grupal.

2) No hay instrucciones; por lo que las contribuciones de los miembros del grupo surgen espontáneamente. El procedimiento brota naturalmente de la experiencia del grupo y está implícito en la situación grupal. Es una atmósfera de fácil permisividad y de libre discusión flotante.

3) Las comunicaciones del grupo son equivalentes a las asociaciones libres. Las líneas de comunicación tienden a acortarse con el aumento de la integración del grupo. La discusión es más libre, y se dirige a la reunión abierta. Los miembros son capaces de comunicarse directamente con la técnica de interferencia mínima por parte del terapeuta.

4) El terapeuta es objeto transaccional e interpreta contenidos, procesos, actitudes y relaciones.

5) Todas las comunicaciones y relaciones son vistas como parte de un campo total de interacción: el grupo matriz.

6) Todos los miembros del grupo toman una parte activa en el proceso terapéutico total.

Foulkes (1964) dice que en el proceso terapéutico hay

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

dos clases de factores de funcionamiento:

a) Factor de apoyo: cada miembro tiene la sensación de estar apoyado, de ser aceptado, de poder hablar y de que se lo escuche, de compartir con otros, de ser capaz de enfrentar el aislamiento y la soledad.

b) Factor analítico: se analizan defensas, conflictos y se alcanza la comprensión de pautas de comportamiento e interacción aparentemente irracionales. Cada paciente experimenta y observa al mismo tiempo el proceso dinámico y las perturbaciones que se generan en el grupo. Esta llamada experiencia correctiva emocional es la piedra angular de toda estructura terapéutica.

### Henri Ezriel

Cumple el rol interpretativo del analista en el plano de 'aquí y ahora'. Prescinde de interpretaciones genético-históricas. Toda persona intenta imponer a los demás un papel para establecer la relación objetiva que desea; podrá hacerlo si su fantasía concuerda con la de los demás miembros del grupo en ese momento. Esto constituye el denominador común que causa la tensión del grupo. El sujeto es interpretado con respecto a sí mismo y a los demás. La interpretación actúa como un test de realidad para el paciente, demostrándole la falta de fundamentos en sus fantasías y temores inconscientes. Los otros participantes del grupo asumen, para el paciente, el papel de objetos internos (Grinberg, 1974).

W. R. Bion

Bion es otro de los terapeutas de la Tavistock Clinic (1948). Para Bion el término de terapia de grupo tiene dos significados: puede referirse al tratamiento de un número de individuos reunidos para realizar sesiones terapéuticas especiales o a un esfuerzo planeado para descubrir las fuerzas que en un grupo llevan a una fácil actividad cooperativa. La terapia de grupo depende de la adquisición del conocimiento y de la experiencia de los factores que condicionan un buen espíritu de grupo.

Bion (1974) dice que hay una mentalidad grupal que se caracteriza por la uniformidad y que contrasta con la diversidad de pensamiento de las mentalidades individuales que contribuyeron a su formación; esta mentalidad grupal puede oponerse a los objetivos de los miembros individuales. Es a través de la mentalidad grupal como el individuo comunica sus aportaciones de una manera anónima. La mentalidad grupal plantea un desafío a la capacidad del grupo para realizar las necesidades individuales. El grupo enfrenta este desafío mediante la elaboración de una 'cultura de grupo', que incluye la estructura que el grupo logra en un momento dado, las tareas que se propone y la organización que adopta. La cultura de grupo son los aspectos del comportamiento que surgen del conflicto entre la mentalidad grupal y los deseos del individuo. El grupo puede ser considerado como un interjuego entre las necesidades individuales, la mentalidad del grupo y la cultura.

Bion postula una serie de principios derivados de la situación interpersonal, psicoanalíticamente considerada, que tienen casi características de leyes en cuanto a lo estructural y a lo procesal (evolución en el tiempo). Estos son los supuestos básicos que son creencias emocionales de las que participan todos los miembros del grupo y que los impulsa al unísono a 'tener determinado tipo de fantasmas y deseos'. En la medida en que ésta es una producción emocional colectiva organizada y unitaria, se puede hablar de mentalidad colectiva. Para Bion la emergencia del líder no está determinada por la tarea del grupo, sino por el clima emocional subyacente (Grinberg, 1974). La mentalidad grupal es un mecanismo de intercomunicación diseñado para asegurar que la vida del grupo marche de acuerdo con los supuestos básicos. La interpretación del supuesto básico es una afirmación que da sentido al comportamiento del grupo como un todo. El problema que el líder tiene parece ser siempre el cómo movilizar las emociones asociadas con los supuestos básicos, sin poner en peligro la estructura que asegura la libertad del individuo para ser individuo, sin dejar de ser miembro del grupo.

Hay tres supuestos básicos:

a) De ataque-fuga.- El grupo parece conocer dos técnicas de autodefensa: el ataque y la fuga. Es la reproducción, dentro del proceso grupal, de la preservación del grupo. La seguridad resulta moderada por la exigencia de coraje y autosacrificio del grupo. El grupo se reúne para luchar por algo o para huir de algo. La clase de líder

razgo que se reconoce como apropiado es el del hombre que lo conduce a la fuga o que lo moviliza para atacar a alguien.

b) De dependencia.- consiste en que el grupo se reúne a fin de lograr el sostén de un líder de quien depende para nutrirse material y espiritualmente y para obtener protección. Las características de este grupo son la falta de madurez en las relaciones individuales, y la ineficacia, excepto en el grupo básico, en las relaciones de grupo. La virtud del individuo en este grupo es el temor. Siempre existe un objeto externo cuya función es la de proveer seguridad al organismo inmaduro y de él depende. El sentimiento de seguridad que deriva del grupo de dependencia está indisolublemente ligado con sentimientos de inadecuación y frustración, y depende de la atribución de omnipotencia y omnisapientia a uno de los miembros del grupo.

El sentimiento de seguridad experimentado en el grupo de dependencia es realmente un sentimiento en combinación indisoluble con los restantes sentimientos e ideas que componen el supuesto básico del grupo de dependencia, y consecuentemente, difiere del sentimiento de seguridad tanto del grupo de ataque-fuga, como del grupo de emparejamiento, que están ligados en forma similar a las otras emociones e ideas propias de los respectivos grupos.

c) De apareamiento.- Muestra un sentimiento de esperanza; es precursor de la sexualidad. La atención del grupo se encuentra puesta en una pareja de miembros, sea del mismo o de diferente sexo. No hay líder, no ha nacido. Se espera un mesías que guíe al grupo.

Bion llama valencia a la capacidad de una cooperación espontánea e instintiva dentro de los supuestos básicos. Es la disposición del individuo para combinarse en el grupo al hacer y actuar de acuerdo con los supuestos básicos. Hay valencias elevadas y bajas.

En comparación con la escuela americana, la escuela inglesa toma al grupo terapéutico como un todo. La situación social es un campo dinámico de experiencia y un agrupado de factores interactivos e interdependientes de la personalidad y la circunstancia. El grupo es un interjuego entre las necesidades individuales, la mentalidad del grupo y la cultura grupal.

Para esta escuela las interpretaciones van dirigidas al inconsciente interaccional de varias personas. No hay interpretaciones genético-históricas. La transferencia es actual y multipersonal. Generalmente el terapeuta permanece pasivo.

#### 4) Grupos Operativos.

Las finalidades y propósitos de los grupos operativos pueden resumirse diciendo que su actividad está centrada en la movilización de estructuras estereotipadas a causa del monto de ansiedad que despierta todo cambio (ansiedad depresiva por abandonar el vínculo anterior y ansiedad paranoide creada por el vínculo nuevo y la inseguridad consiguiente). En el grupo operativo coinciden el esclarecimiento, la comunicación, el aprendizaje y la resolución de tareas con la curación, creándose así un nuevo esquema referencial (Pichón-Riviere, -

1960).

Mediante la tarea realizada en los grupos operativos el sujeto adquiere o recupera un pensamiento discriminativo social, por lo que, progresivamente y a través del aprendizaje se produce la experiencia correctiva: el paciente logra conciencia de su propia identidad y de la de los demás, a un nivel real. En la medida en que un grupo operativo se centra en la ruptura de estereotipos de la comunicación y de los mecanismos de adjudicación y asunción de roles, se permite a los pacientes una modificación de los vínculos internos y externos.

El grupo operativo tiene por finalidad aprender a pensar en términos de resolución de las dificultades creadas y manifestadas en el campo grupal y no en el de cada uno de los integrantes, lo que sería un psicoanálisis individual en grupo. Tampoco está centrado exclusivamente en el grupo como en las concepciones gestálticas, sino que en cada aquí-ahora-conmigo en la tarea se opera en dos dimensiones. El enfermo que enuncia un acontecimiento es el portavoz de sí mismo y de las fantasías inconscientes del grupo (Pichón-Rivière, 1960).

La tarea que adquiere prioridad en un grupo es la elaboración de un esquema de referencia común, condición básica para el establecimiento de la comunicación; esto se dará en la medida en que los mensajes puedan ser decodificados por una afinidad o coincidencia de los esquemas de referencia del emisor y el receptor. Cuando la tarea que se propone a los integrantes del grupo es la de la 'curación', éstos al compartir un esquema referencial, pueden reiniciar su reaprendizaje, la



refacción de sus redes de comunicación averiadas durante el proceso de enfermedad, fortalecer su Yo para ahondar y destruir la resistencia del cambio y reorganizar una nueva etapa, cuya evaluación efectuamos sobre la base de los criterios de adaptación activa a la realidad, modificación de sí y operación en el medio; la tarea determina a un grupo quién redefine la tarea.

Cuando se habla o se interpreta a un grupo, el discurso apunta a la instancia construida por el grupo real, por los sujetos que están enfrente al coordinador u observador, pero que se halla a otro nivel de esas presencias. La instancia construida es un espacio estructurado imaginario, en el cual se desenvuelve una serie de escenas, de diálogos, de movimientos, que aunque provocados o armados por el grupo real, no tienen con éste una relación inmediata ni puntual.

La función de un coordinador es la de integrante que constituye estructuras que permitan el desarrollo del movimiento general. Los integrantes deben llevar a cabo una labor y para la realización de su trabajo utilizan la interpretación (Bauleo, 1974). Las interpretaciones que da el coordinador son sus propios emergentes, en relación directa a la contratransferencia, que despiertan las comunicaciones intermiembros relacionadas con pulsiones instintivas profundas. Equivalen al esclarecimiento que es una labor de elaboración que realizan los miembros del grupo, equivale a 'insight' (Rolla, ). Se interpreta la fantasía inconsciente en sus múltiples manifestaciones y a tres niveles: lo que supone ser la actitud del grupo hacia el analista, la acti-

tud que el individuo cree que el grupo tiene hacia él y la actitud que el grupo adopta hacia el individuo. Se interpreta en función del 'aquí y ahora', cuyo campo está configurado por la interacción y la sobreposición de las creencias y las actitudes de cada uno de los integrantes hacia el grupo como una totalidad, hacia los otros miembros y hacia el terapeuta (Grinberg, 1974). Es importante el análisis de la acción recíproca de roles.

De esta manera podemos observar que dentro de las técnicas psicoanalíticas de grupo hay tres diferentes enfoques:

1) Como comportamiento del grupo como un todo.- El grupo es una entidad, una totalidad con características estructurales y funcionales propias. La situación transferencial en el grupo está dada por la interacción de la totalidad de sus participantes. El terapeuta es el objeto transferencial del grupo, pues es el receptor de las fantasmas inconscientes del grupo. La interpretación se dirige al grupo como un todo, y en un momento dado, las intervenciones de los pacientes se pueden tomar como las distintas partes del mundo interno común del organismo grupal, simbolizadas por los distintos integrantes.

2) Como comportamiento del individuo dentro de un agregado de sujetos donde se expresan situaciones autónomas. Se trae a un individuo a un grupo.

3) Como comportamientos que surgen y adquieren sentido y significado interpersonalmente, dentro de un espacio particular que constituye el campo del grupo. Es una unidad de producción en cuan-

to a la obtención de un aprendizaje de la realidad y del conocimiento de sí mismo. Presupone dos tipos de actividades básicas: por un lado, las tareas de armado y de mantenimiento del grupo mismo, y las destinadas a la indagación y resolución del problema. (Castillo, 1973).

#### 5) Contribuciones Recientes a la Terapia de Grupo.

Después de la Segunda Guerra Mundial, adquirió importancia la dinámica de grupo (término acuñado por Lewin). Los procesos y funcionamiento de los grupos empezaron a ser estudiados en diversas instituciones. El grupo comenzó a utilizarse como unidad de trabajo con fines didácticos y de entrenamiento.

Bradford, Benne y Lippit (1946) condujeron grupos de personas que tenían problemas en la institución a la que pertenecían. La participación era activa tanto entre estas personas como con el terapeuta. Este fué el grupo T, en el que se buscaba que los participantes comprendieran y cambiaran su conducta; al mismo tiempo, proporcionaba material de investigación sobre la dinámica de grupos. El grupo T es descrito como un "grupo de entrenamiento de habilidades básicas" (Cappon, 1978).

En la década de 1950, el grupo T adquirió una orientación clínica con objetivos psicoterapéuticos y con el fin de lograr cambios de personalidad en los participantes. Los asistentes eran personas 'normales' que, a través del grupo, podían descargar tensiones y desarrollar su máximo potencial de crecimiento.

Así nace el movimiento de los grupos de encuentro.

Este movimiento está basado en las escuelas culturalista y existencialista de la psicoterapia de grupo.

La escuela culturalista hace énfasis en los aspectos culturales del individuo, marcando la importancia de la sociedad en la vida del sujeto. También se menciona, en esta escuela, el carácter social que es el núcleo de las experiencias y los modelos de vida comunes del grupo mismo. Esta escuela recalca que la relación paciente-terapeuta debe ser real y no sólo transferencial. Sus principales exponentes son Fromm, Horney y Sullivan.

Para los representantes de la escuela existencialista, la neurosis es el resultado de una existencia inauténtica. La meta del tratamiento es el vencer el miedo que lleva al paciente a no vivir auténticamente. Busca que el paciente 'sea' en el grupo. De ahí que en la relación terapéutica, paciente y terapeuta deben involucrar sus emociones y examinar sus fantasías mutuamente. Como representantes de esta escuela tenemos a Durkin, Mullan, Sangulliano y Hora (Cappon, 1978).

El movimiento de las terapias de encuentro supone que el cambio de personalidad y de conducta se debe a un encuentro mutuo entre el paciente y el terapeuta en el 'aquí y ahora'.

El sujeto de los grupos de encuentro es, entonces, un individuo "normal" enfermado por la sociedad moderna, la cual le impide ser auténtico y lo inhibe en el desarrollo. La meta de los exponentes del movimiento de encuentro es la de ayudar a los participantes de los grupos a ser auténticos, a relacionarse adecuadamente y a realizar-

se en su crecimiento. El individuo deberá desarrollar plenamente su potencial positivo, obstruido por la sociedad y la cultura.

La relación que se establece entre los miembros y el líder es una relación honesta y profunda en contraste con las relaciones superficiales de nuestra sociedad. El terapeuta se involucra emocionalmente para que su actitud facilite la expresión de autenticidad de sus pacientes.

Las características y requisitos de los grupos de encuentro son (Ceppon, 1978):

- 1) Espontaneidad, creatividad e imaginación del líder.
- 2) Establecimiento de una atmósfera de apoyo y aceptación que facilite la expresión abierta y honesta.
- 3) Uso de técnicas no verbales.
- 4) Incorporación de técnicas y ejercicios del psicodrama de Moreno.
- 5) Lograr la integración mente-cuerpo.
- 6) Expresar honesta y abiertamente el afecto.
- 7) Empleo de técnicas catárticas.
- 8) Funcionamiento en el aquí y el ahora.
- 9) Obtención de resultados rápidos.

Como ejemplo de las técnicas utilizadas dentro del movimiento de los grupos de encuentro tenemos:

- a) El enfoque gestáltico de Perls, (con orientación

existencialista). Uno de sus objetivos es que el individuo asimile sus sentimientos plena y realmente (continuum de concientización). Se enfatiza el 'aquí y ahora', Se habla en primera persona, y en presente para que el individuo asuma la responsabilidad por sus actos, sentimientos y palabras. En los grupos gestálticos se despiertan los sentidos para experimentar lo real; se deben expresar los sentimientos y vivir tanto el dolor como el placer. Se intenta que el individuo "sea como es".

b) Maratón. Los cambios se producen rápida y drásticamente. Su duración es prolongada (12 a 16 horas por sesión). La presión rompe la resistencia al cambio. Se utilizan técnicas no verbales.

c) Terapia bioenergética de Lowen. Se basa en la idea que el trastorno emocional tiene su contraparte corporal y que se manifiesta a través de la energía corporal o bioenergía. En las sesiones se utilizan ejercicios y masajes para facilitar la expresión de sentimientos. Se busca que los pacientes aprendan el lenguaje del cuerpo a través de la reacción que éste provoca en los demás.

d) Grupos tipo Synanon. Se emplea básicamente con farmacodependientes y es una técnica de ataque. Se confronta directamente y con hostilidad al individuo a sus responsabilidades, evitando las evasiones, enfrentándole con la realidad.

e) Terapias nudistas. El desnudarse implica el exponerse psicológicamente y establece una relación más íntima. Se intenta lograr una sensación de libertad, compartiendo los sentimientos de ais-

lamento.

De esta manera hemos realizado la exposición de la evolución histórica de la psicoterapia grupal. Como ya analizamos el desarrollo de la terapia infantil y los conceptos psicoanalíticos básicos en que ella se fundamenta, pasaremos ahora a enunciar cuáles son los principales autores que se han abocado a la psicoterapia de grupo infantil, para que podamos, después, enmarcar sus teorías en cuanto a esta técnica.

## SEGUNDA PARTE. La Psicoterapia de Grupo en Niños.

### V. Orientaciones Teóricas.

#### a) S. R. Slavson.

En los años 40s S. R. Slavson creó grupos de juego para niños pequeños y grupos de actividad para los niños de cinco a trece años. Refiere (Sirlin y Glasserman, 1974) que el grupo terapéutico es un agrupado de individuos que se tratan al mismo tiempo, pero cuyos problemas deben investigarse y esclarecerse separadamente. El grupo es el medio de actuación individual y sirve para proporcionar una experiencia que ayuda a modificar sentimientos y actitudes.

Hartley (1965) en su libro "Cómo Comprender los Juegos Infantiles" anota de Slavson:

"Cuando varios niños juegan juntos, su interacción y su apoyo mutuo los ayuda a ampliar los materiales en forma progresiva, en lugar de quedarse fijados a un sólo nivel de autoexpresión. En los grupos de juego, y en gran medida esto resulta válido para otros grupos, los niños se asignan papeles que constituyen una expresión a la extensión a sus problemas básicos. En tales roles cada niño juega su percepción de lo que es, o una fantasía esperanzada de lo que quisiera ser. En un grupo esas fantasías se ven reforzadas y encuentran medio fáciles y naturales para manifestarse en una variedad de formas lúdicas y canales de actividad."

Slavson piensa en los niños mayormente en términos motores. La actividad es el factor clave, y puede usarse en una forma de trabajo analítico o de apoyo. El lenguaje más eficiente y efectivo que tiene un niño es la acción. Por lo tanto, el 'acting out' de los niños



debe considerarse la manera más conveniente de catarsis (Foulkes, 1964).

Los tipos analíticos de grupos de actividad difieren de sus contrapartidas de apoyo, en que la actividad se interpreta al niño cuando se observa que es su medio de comunicación. Cuando el niño está inactivo se considera que está en un estado de resistencia. Por lo tanto, el 'acting-out' es tratamiento en el niño.

Slavson menciona la terapia de grupos de juego en una forma analítica para niños de edad preescolar, y propone el análisis del juego en un marco grupal, usando el material de juego estándar. En estos grupos el terapeuta asume su posición al mismo nivel que los otros miembros del grupo. Al principio el juego de los niños es individual, pero después los juegos individuales se entrecruzan formando una fantasía colectiva. El niño dirige sus impulsos placenteros y destructivos contra los materiales o los participantes. Las interpretaciones concuerdan con los temas de juego.

En los grupos de actividad, Slavson crea un ambiente permisivo para balancear las presiones restrictivas de experiencias pasadas. Con este ambiente el niño puede actuar sus impulsos infantiles, ya que el terapeuta no será una representación del Superyó y no habrá miedo al castigo, al rechazo o al abandono, y libera de este modo la ansiedad. Se busca construir, entonces, un Superyo en el grupo que provenga del amor y de identificaciones positivas. Es importante desarrollar una estructura yoica. Así el deseo de ser aceptado puede modificar tendencias egocéntricas del niño.

En el grupo la necesidad individual de 'status' y éxito se satisface, según Slavson, a través de (Sirlin y Glasserman, 1974):

- 1) Del reconocimiento de todo esfuerzo constructivo, elogio y estímulo;
- 2) De la aceptación del niño, por parte del adulto;
- 3) De la aceptación del grupo;
- 4) De la amistad que surge en el grupo;
- 5) Del sentimiento de pertenencia, el hecho de que la actividad manual implica reconocimiento en casa y en la escuela, y
- 6) Del hecho de que la conducta destructiva, dentro del grupo, no es castigada por el adulto.

El grupo de actividad es un centro de trabajo que permite desarrollar las posibilidades creativas y reeducar en determinadas pautas que provocan situaciones de conflicto en el niño. El grupo de actividad bien equilibrado se divide en dos fases:

- a) Fase de Discusión, donde en una atmósfera natural, se discuten las personalidades y relaciones de grupo;
- b) Fase de actividad, se brinda a los niños una actividad sedentaria: coser, dibujar, pintar o modelar. La actividad espontánea aumenta, y los niños se unen contra el terapeuta con la fantasía de que es él quien impide o frena la actividad espontánea. En el grupo los niños se defienden contra las ansiedades con hilaridad y bullicio y hacen tabúes de sus conflictos.

El propósito en los grupos de Slavson es dar satisfac-

ciones substitutivas mediante la actuación libre de impulsos, oportunidad para sublimar actividades, brindar experiencias gratas, 'status' en el grupo, reconocimiento de logros y amor incondicional por parte del adulto. El grupo de actividad proporciona descarga espontánea de los impulsos, alivia la tensión y reduce la ansiedad, libera bloqueos y genera restricciones positivas a través de la interacción.

Los principales instrumentos terapéuticos de Slavson son la atmósfera permisiva, la neutralidad del terapeuta, la aceptación, la ausencia de actitudes vengativas, la posibilidad de expresar libremente sus impulsos, de hacer regresiones a situaciones traumáticas. La expresión simbólica en estos grupos surge menos espontáneamente. Las interpretaciones transferenciales no tienen repercusión aparente en el grupo, o tienden a provocar demasiada ansiedad y regresión. La interpretación del aquí y ahora es inadecuada en el grupo, si el terapeuta se basa sólo en la acción, desconociendo, o no teniendo en cuenta, la motivación personal (Speler, 1970).

Slavson y Ginnot conceden especial importancia a la composición del grupo, al equilibrio entre personalidades activas y pasivas. Los factores que actúan en el intercambio de personalidades en el grupo son el apoyo, el estímulo, la maduración y transmisión de valores y la necesidad de aceptación, factores que conducen, por un lado, a la maduración de los individuos con rasgos excesivamente dominantes, y por otro a la capacidad de autoafirmación y desarrollo de seguridad interior de los más débiles.

b) M. Schiffer.

Trabajó a partir de 1950 con niños de seis a nueve años. Para Schiffer el grupo terapéutico de juego es una práctica especializada que se emplea con niños emocionalmente perturbados que se encuentran en el período temprano y medio de latencia. El proceso es reexperiencial, ya que los niños reviven períodos durante los cuales fue afectado el desarrollo del Yo (Sirlin y Glasserman, 1974). El terapeuta sólo interviene cuando la tolerancia a la frustración de cualquier niño o del grupo está amenazada, o para protegerla de daño.

La permisividad es, para Schiffer, una técnica en un proceso planeado, y su empleo está controlado por determinantes psicológicas precisas. Conduce al aflojamiento de las defensas del Yo y a aliviar el exceso de culpa y de ansiedad. Por lo tanto, aparece la regresión, importante en el proceso terapéutico, porque sin ella el niño no tiene oportunidad para hacer una experiencia correctiva a nivel evolutivo donde se desarrolló el conflicto. El montante de regresión que concurre en el niño está determinado por factores tales como su edad, naturaleza de su temprana experiencia, reacción de otros miembros, cualidad y cantidad de la actitud permisiva y grado de transferencia entre él y el terapeuta.

Las consideraciones que para Schiffer más inciden en el desarrollo de una experiencia no rehabilitativa son:

a) Permisividad usada de manera indiferenciada, que induce a una conducta de actuaciones que puede llevar a los niños a

mostrarse intolerables, maníacos.

b) Un balance grupal pobre por contener demasiados niños con pautas impulsivas de conducta.

Durante el proceso, el terapeuta crece con los niños a medida que éstos son menos dependientes y más capaces de responder a fuerzas educacionales, algunas promovidas por el terapeuta. En este momento, su permisividad es de una cualidad diferente: si al principio se emplea para lograr que los niños se expresen sin bloqueos, después se torna más discriminada, posibilitando al grupo funcionar con autonomía en la resolución de sus conflictos y aprovechando las fuerzas adquiridas por sus miembros; de este modo, los niños pueden obtener beneficios de su maduración social. Cuando un niño no quiere regresar al grupo porque ha sido expuesto a un grado excesivo de frustración o de mortificación, no necesariamente está expresando resistencias en el sentido clínico del término, sino simplemente comunicando que algo falla en el grupo, en su balance o en el manejo del terapeuta (Sirlin y Glasserman, 1974).

El terapeuta no hace interpretaciones en el grupo, pero debe estar informado de todas las comunicaciones verbales y no verbales para comprender el contenido latente y manifiesto de la interacción. Lo que determina si un grupo tiene un balance psicológico adecuado son las diferencias cualitativas en la naturaleza de las personalidades agresivas y pasivas, más las modificaciones que pueden surgir en ellas como resultado de la interacción del grupo. La eficacia del grupo terapéu-

tico también está influida por el grado de consistencia que mantiene el terapeuta en su rol permisivo.

c) Haim G. Ginnot.

Ginnot (1961) nos dice que el objetivo de toda terapia, incluyendo la de grupo, es el efectuar cambios básicos en el equilibrio intrapsíquico de cada paciente. A través de la relación terapéutica, catarsis, 'insight', prueba de la realidad y sublimación, la terapia logra un nuevo balance en la estructura de la personalidad, y consigue que el Yo se fortalezca, el Superyo se modifique y se logre una imagen personal mejorada.

Para Ginnot el foco del tratamiento es el niño; no busca adhesión del grupo u objetivos grupales. Sin embargo, da gran importancia a la interrelación grupal. Los niños deben tener una experiencia correctiva simultánea y mutua por lo que síntomas y personalidades deben ser diferentes. Los grupos deben constituirse de tal forma que puedan soportar la tensión y la ansiedad transitorias.

Ginnot nos dice que la terapia de juego en grupo:

1) Facilita la relación terapéutica.- Al entrar a un grupo por primera vez se reduce el miedo y la tensión y se estimula la actividad y participación. El grupo induce a la espontaneidad y confianza del terapeuta. El proceso terapéutico implica el hecho de que cada uno de los miembros del grupo puede ayudar y no sólo recibir ayuda.

2) Acelera la catarsis.- El juego es equivalente a li-

bertad de actuar y reaccionar, suprimir y expresar, sospechar y respetar dentro del marco terapéutico. El grupo proporciona dos medios para la evocación de la catarsis: el juego y la verbalización. El grupo aparte de la catarsis verbalizada produce catarsis vicaria e inducida. Se acelera el que el niño se percate de la permisividad del encuadre. La catarsis sólo ocurre cuando hay confianza entre el niño y el terapeuta, en una atmósfera segura.

3) Ayuda al establecimiento de 'insight'.- A través de la seguridad interna, los niños adquieren mayor 'insight' de sí mismos y de sus relaciones con las personas significativas de sus vidas. Frecuentemente este 'insight' es derivado y no verbal y se adquiere sin la ayuda de interpretaciones y explicaciones. La estimulación mutua de ideas y sentimientos trae a la superficie 'insights' profundos.

4) Aumenta la prueba de la realidad.- El grupo une la experiencia terapéutica con el mundo de la realidad. Se desenmascaran sentimientos infantiles de magia y omnipotencia que interfieren con el ajuste adecuado. El grupo ofrece motivación y apoyo para el cambio y una prueba para nuevas conductas.

5) Abre canales para la sublimación.- El grupo brinda más actividades para la sublimación; evita la propensión a la repetición. Cada niño enseña a los demás a usar materiales de diferente manera, y aumenta la sublimación.

Ginnot concede gran importancia al mantenimiento del encuadre, a través de precisos límites que deben aclararse y estable-

corse desde un principio, para evitar las dificultades que, con frecuencia, aparecen durante el proceso. El terapeuta interpreta para reflejar los sentimientos del niño, y los traslada a palabras cuando son expresados en actos. Esta es la técnica del espejo, y en su aplicación el especialista deberá evitar adelantarse a lo que el niño experimenta en ese momento, haciendo hincapié en que debe tener una exacta comprensión del significado latente y manifiesto del juego o del diálogo. No deben señalarse motivaciones, fantasías o conflictos inconscientes mientras el niño no los manifieste expresamente.

d) Virginia Axline.

Axline supone que el individuo no sólo es capaz de resolver sus propios problemas, sino que es ese impulso lo que hace a la conducta madura más satisfactoria que la inmadura. Es necesario reconocer los sentimientos de los niños y no se debe, según Axline, trasladar a palabras el juego simbólico, pues ella no acepta las interpretaciones. Los niños conducen la terapia con sus aportes lúdicos o verbales espontáneos. El terapeuta de grupo se ajusta a reflejar los sentimientos individualmente, para no descuidar las necesidades de un niño cuando refleja lo que dice otro. Axline basa la terapia de grupo en ocho principios (Axline, 1975):

- 1) El terapeuta debe desarrollar una relación tierna y amigable con el niño mediante la cual se establece una armonía lo antes posible.
- 2) El terapeuta acepta al niño tal como es. Su relación es tranquila y segura.
- 3) El terapeuta crea un sentimiento de actitud permisiva.



va en la relación, de tal forma que el niño se siente en libertad para expresar sus sentimientos por completo.

4) El terapeuta está alerta a reconocer los sentimientos que el niño está expresando y los refleja de nuevo hacia él, de tal forma que el niño logra profundizar más en su comportamiento. La respuesta del terapeuta deberá incluir el símbolo que el niño ha utilizado.

5) El terapeuta observa un gran respeto por la habilidad del niño para solucionar sus problemas si a éste se le ha brindado la oportunidad para hacerlo. Es responsabilidad del niño decidir y realizar cambios.

6) El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversación del niño en forma alguna. El niño guía el camino, el terapeuta lo sigue. El terapeuta es el reflejo sonoro contra el cual el niño prueba su personalidad.

7) El terapeuta no pretende apresurar el curso de la terapia.

8) El terapeuta sólo establece aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacerle patente al niño su responsabilidad en la relación."

e) Didier Anzieu.

Trata de unir psicodrama y psicoanálisis en grupos de niños y adolescentes. Refiere (1961) que repitiendo voluntariamente, dentro de condiciones favorablemente creadas, lo que el hombre ha sufrido o aquello de lo que escapa, logra superarlo y dominarlo. Dice que gracias a la improvisación dramática, el pasado es restituido al pasado y cesa de determinar al individuo, a quien por experiencia misma le es restituida la libertad creadora.

Anzieu dice que el psicodrama explora la verdad con métodos dramáticos. El psicodrama psicoterapéutico proporciona, a la producción dramática, los datos procedentes de la entrevista clínica que dan la clave de los conflictos. No basta que el sujeto se exprese, es

preciso que se descentre: una actividad expresiva proporciona una liberación; sólo el descentrarse permite la transformación de sí mismo (Anzieu, 1961).

El psicodrama es un adiestramiento de la espontaneidad; su campo de acción son los casos de inadaptación a la vida social que se han fijado en roles estereotipados y que es conveniente 'desconsecrar', readiestrar. Es una catarsis o integración en la que el sujeto, al representar, toma posesión de los roles insospechados que vivían en él en el estado de posibles. La catarsis es más que una identificación inconsciente del sujeto con los personajes que viven los acontecimientos dramáticos. Es un retorno a la matriz primitiva.

En el psicodrama el sujeto dramatiza sus conflictos, lo que le procura una relajación afectiva y le permite adquirir, sobre sí y sobre sus relaciones interpersonales, intuiciones vividas y vivaces. El sujeto representa lo más espontáneamente posible las escenas que pertenecen en general a la vida real, que han pertenecido a ella o podrían pertenecerle. Aprende, así, a percibir correctamente la relación de los papeles que lo vinculan a sus compañeros en una misma situación. El psicodramatista, sin embargo, no es activo a la manera en que lo son los padres, educadores u otras personas: no ejerce dirección o consejos.

Hay varias técnicas psicodramáticas: de presentación personal, de roles colectivos, de soliloquio, de inversión de roles, de espejo y de doble, que se pueden usar en diferentes planos:

- 1) Pasado-presente-futuro.

- 2) Imaginario-simbólico-real.
- 3) Acción directa-indirecta.
- 4) Explicación-acción (contactos corporales).

El psicodrama tiene cuatro aspectos esenciales:

- a) Dramatización de conflictos.
- b) Comunicación simbólica.
- c) Efecto catártico.
- d) Naturaleza lúdica.

f) Foulkes y Anthony.

Señalan (Sirlin y Glasserman, 1974) la importancia de la situación grupal como la de un acontecimiento total cuyas partes suman algo menos que un todo que se halla constantemente en un estado de fluencia, que es un sistema de relaciones, que despliega una pauta flexible de configuración y que se organiza alrededor de uno o varios puntos focales relacionados recíprocamente entre sí.

En la terapia grupal de estos autores:

- 1) el grupo se apoya en la comunicación verbal;
- 2) el miembro individual es el sujeto de tratamiento, y
- 3) el grupo actúa como principal instrumento terapéutico.

co.

g) Eduardo Pavlovsky.

Refiere (1968) que en un niño que está elaborando sus problemas en el juego, con su actividad lúdica, la defensa y el con-

flicto suelen aparecer juntos, a veces confundidos, y a veces no discriminados; está tratando de hallar una mejor defensa adaptativa, a la vez que resolver el conflicto. Dice que en toda actividad lúdica hay que descubrir dos niveles: el juego como expresión de la potencia creadora de la parte del Yo libre de conflicto y el juego como intento de elaborar situaciones traumáticas. El juego es el primer paso de la elaboración del conflicto en el niño y puede facilitar incluso una apertura a la verbalización que estaba reprimida, es decir, en pugna, y que sólo entonces, en el juego, toma cuerpo y se hace extrovertida.

La técnica de Pavlovsky trata de descubrir la corriente de motivos inconscientes que determinan la conducta del grupo en el "aquí y ahora" y de hacerlos conscientes, y en esta forma, permitir una prueba de la realidad. Las interpretaciones se dirigen a la tensión común del grupo. Se hace referencia a la conducta individual sólo cuando es obvio que ésta representa una forma específica de afrontar la corriente de tensión del grupo; entonces se señalan las razones de conducirse en esta forma. Tratar problemas individuales, independientemente de la tensión grupal común, significa abandonar al grupo, salir de la corriente emocional grupal, y por consiguiente, volverse terapéuticamente menos efectivo.

Antes de interpretar a los niños hay:

- 1) Que conocerlos, observándolos.
- 2) Que saber hablar su idioma.

El rol del terapeuta es de apoyo y neutralidad. En el curso del tratamiento el niño establece controles internos que ayudan a reprimir los impulsos instintivos. La interpretación y el 'insight' son esenciales en el tratamiento.

Las ventajas del manejo instrumental de las técnicas psicodramáticas son (Pavlovsky, 1968):

1) La posibilidad de objetivar en la representación o dramatización las imágenes arcaicas de los pacientes. El hecho de que los objetos internos de los niños se hagan objetivables durante la sesión psicodramática les permite elaborar situaciones traumáticas con más rapidez que con las técnicas verbales.

2) La capacidad simbólica del psicodrama es de gran utilidad terapéutica, pues los niños reparan simbólicamente situaciones pasadas.

3) Que en las sesiones de psicodrama se reconstruyen los orígenes de la perturbación emocional que han provocado los conflictos de los niños. El psicodrama permite una mayor exploración del contexto extraverbal. La reconstrucción es simbólica, y la liberación durante la sesión es catártica.

4) La intensidad afectiva de las sesiones facilita la elaboración de los conflictos en el aquí y ahora.

5) La dramatización de los conflictos y su reparación simbólica facilitan la catarsis de integración, que tiene sentido mucho más amplio y terapéutico que el que suele darse corrientemente.

6) El Yo de los niños elabora sus creaciones dramáticas sirviéndose de sus mecanismos de defensa contra las pulsiones y los efectos inaguantables -elaboración que llega a la negación parcial de la realidad-, lo que a su vez permite, en la situación de representación, la realización de esas pulsiones o afectos, y al mismo tiempo, ofrece una magnífica oportunidad para investigar y elaborar esas pulsiones con sus respectivas defensas.

h) Anny Speier.

Dice (1970) que un grupo es una reunión de individuos que interactúan en determinadas condiciones. Debe existir un sentimiento o un propósito comunes y una consciencia de pertenencia, aunque de distinto grado, pudiendo haber o no consciencia de los sentimientos y propósitos.

La psicoterapia de grupo es un procedimiento ideado para solucionar en grupo problemas emocionales mediante recursos psicoterapéuticos. Toma en cuenta al individuo reunido en grupo, y aplica, en forma más o menos explícita o modificada, métodos y conceptos de la psicoterapia en general. Dice Speier que considerar al grupo como foco del tratamiento en lugar de herramienta del mismo, confunde acerca de los verdaderos fines y sentido de la terapia. El proceso del grupo se produce no sólo a través del terapeuta sino también en el grupo y por él, al mismo tiempo, en grados distintos de intensidad.

La necesidad de contacto, la necesidad de expansión ha-

cia el otro, son los elementos motores originarios del proceso de socialización. Sin esto no podrían tener lugar procesos de importancia, como los de reconocimiento del otro como igual a uno mismo y de ensanchamiento del Yo, que permiten el surgir del sentimiento de 'pertenencia' y del sentimiento de 'nosotros'.

A través de reconocimiento y asimilación, competencia y cooperación, desinhibición y control, se cumple en forma longitudinal progresiva el proceso de socialización humano, que implica al mismo tiempo diferenciación e individuación. En los grupos infantiles naturales ello ocurre en una interrelación dinámica progresiva, en la cual se llega al equilibrio espontáneo. La formación de un grupo surge cuando los individuos están en una relación prolongada, asociados con una determinada finalidad del grupo en la que surge una organización. La finalidad de los grupos psicoterapéuticos se centra por esta definición en los individuos y no en el grupo.

Los procesos propios de la psicoterapia son: la disminución de la ansiedad, la catarsis de sentimientos conflictivos inconscientes, la solución de problemas de personalidad, la maduración, desarrollo y fortalecimiento del Yo.

1.- La catarsis tiene importancia fundamental para todos los aspectos de ansiedad relacionados con sentimientos de culpabilidad.

2.- Cuando se trata de experiencias atemorizantes, o de confusión, el proceso de disminución de la ansiedad se cumple a través de la adquisición de conceptos correctivos nuevos.

3.- Debe destacarse que, para las personalidades inmaduras y dependientes, el fortalecimiento del Yo y la maduración de la personalidad total desempeñan un papel preponderante en la disminución de la ansiedad.

El grupo acarrea tres consecuencias:

- a) Permite la desinhibición mas rápida.
- b) La catarsis adquiere un valor mayor por la intensificación de la emoción.
- c) Los conflictos se elaboran más eficazmente, ya que la vivencia emocional que acompaña a las fantasmas es más intensa.

Hay tres procesos que son propios de la psicoterapia de grupo y surgen específicamente de la relación grupal y en ella:

1) Vivencia común.- El enterarse de los problemas de otros ofrece la posibilidad de la vivencia de la generalidad, que es utilizada en forma conceptual en la interpretación generalizada del terapeuta.

2) Proceso de socialización y maduración de la personalidad.- Se realiza en su medio natural y a través de él: la interrelación personal ampliada con el terapeuta y con los otros miembros del grupo, quienes ofrecen estímulo para la relación social y para el desarrollo de sentimientos positivos. El grupo lleva a la maduración y



al 'insight' a través de la percepción que los otros tienen del propio problema y actitudes. Los grupos de psicoterapia ofrecen seguridad afectiva, física y externa (sin consecuencias sociales).

3) Proceso de diferenciación e individuación.- Se cumple la realización del potencial individual. Contribuyen el estímulo de la expresión y la posibilidad de la sinceridad consigo mismo; la clarificación interior; la búsqueda de motivaciones auténticas y de soluciones personales (Speler, 1970).

El enfoque de Speler se fundamenta:

- 1) En la expresión simbólica;
- 2) En la no universalidad de todos los símbolos;
- 3) En la relación terapéutica que no es transferencial, ya que se evita la interpretación transferencial, pues prolonga el proceso de solución de conflictos y maduración de la personalidad;
- 4) En la interpretación, que es individual;
- 5) En el tomar en cuenta el proceso de maduración y desarrollo de la personalidad.

Estos elementos se alcanzan a través de la derivación de la transferencia al conflicto subyacente; de un estímulo activo a la expresión simbólica; de una acción terapéutica centrada en el material conflictivo y no en la conducta, y de un estímulo permanente a la maduración.

Los objetivos de la terapia de grupo, según Speler son (1970):

1) Poder llegar en el grupo a la base y solución de los conflictos individuales más profundos;

2) Aprovechar siempre la influencia de los factores del grupo sobre el proceso de la psicoterapia y la experiencia grupal, aún cuando no se centran estos aspectos en el proceso terapéutico.

Este enfoque favorece la expresión y la elaboración personales espontáneas considerando que las fuerzas progresivas y constructivas son las que contribuyen al éxito terapéutico. El 'insight' debe ser resultado de la maduración, y no ser utilizado previo a ésta. El mantener la interpretación en el plano simbólico, sin hacer consciente la relación de la fantasía con los problemas, permite el libre flujo del material y su adecuada elaboración.

Speler favorece la expresión profunda de los conflictos a nivel simbólico, estimulando la elaboración de fantasías en el juego, o en la actividad pictórica, a través de sueños y material proyectivo obtenido con el CAT y TAT. Se introduce el estímulo activo en la participación grupal en la misma fantasía. La elaboración grupal es fluida, y se observa en el grupo el desarrollo espontáneo de las fantasías en dirección a soluciones positivas.

La expresión simbólica ofrece las siguientes ventajas:

- 1) Favorece el aflorar de elementos inconscientes.
- 2) A través de fantasías e imágenes, permite la expresión de sentimientos que sería difícil expresar a nivel consciente.
- 3) Permite una elaboración emocional, lo que favorece

la integración.

4) Permite una vivencia emocional más intensa.

5) Contribuye a la clarificación de elementos internos confusos.

6) Hay producción espontánea en el desarrollo de las fantasías, lo cual lleva a un 'insight' progresivo y natural.

En los grupos de Speler se tienen dos sentidos fundamentales:

1) Se utilizan el enfoque centrado en la elaboración grupal, la participación circular, el estímulo activo a la participación y la generalización.

2) Se favorecen la cooperación y el intercambio recíproco y se estimula el proceso de socialización.

1) María E. Sirlin y María Rosa Glasserman.

El objetivo de Sirlin y Glasserman (1974), al manejar un grupo, es lograr que el paciente madure emocionalmente, tenga un mejor conocimiento de sí, adquiera 'insight', pueda aceptarse como es y reduzca las defensas patológicas; que haga consciente lo inconsciente o sea que repare objetos internos para llegar a actividades sublimadas.

El funcionamiento del Yo es un índice de las posibilidades reparatorias que se están dando al niño. Uno de los objetivos de la psicoterapia de grupo es la adquisición de un Yo maduro, que se percibe en la capacidad de comprenderse a sí mismo, de comprender y com-

partir con los demás, de dar y recibir, de tener un aceptable nivel de tolerancia a las frustraciones. En el grupo se resuelven los conflictos infantiles primitivos, sean o no reactivos a situaciones familiares. Es importante que las ansiedades no invadan las posibilidades yoicas y que las situaciones frustrantes no superen lo que el niño no puede tolerar.

El interpretar a un miembro del grupo significa abarcar aspectos de él y de los miembros restantes, tanto por las proyecciones e identificaciones, como por el simple hecho de que existe una reacción determinada del grupo a la interpretación hecha a un individuo. Estas autoras interpretan fantasmas inconscientes, actitudes, roles, formas de comunicación y expresión. La consideración de un grupo como un todo que se expresa en una fantasía o sentimiento se convierte, a veces, en un abstracto que tiene escaso valor para un acercamiento real a los niños. La capacidad expresiva del niño va acompañada de soltura en la movilidad física y de espontaneidad en la verbalización; las palabras son explicativas de los juegos entre los miembros del grupo.

Las autoras aclaran que al niño no se le debe interpretar todo lo que uno comprende sobre él, sino aquello que sabe uno que puede aceptar. Se debe ser cuidadoso con el tiempo ('timing') de la interpretación. Primero, se intenta discriminar roles, mostrar tipos de conducta, modalidades defensivas, diversos aspectos en las funciones yoicas, grado de tolerancia a la frustración, y gradualmente, se integra la interpretación de ansiedades regresivas. La actividad reglada, es decir, las normas, el orden que impera en el juego, actúa como fac-

tor estructurante frente a situaciones regresivas.

Otras intervenciones realizadas por Sirlin y Glasserman (1974) son: limitar, decidir la remoción de un miembro del grupo, ayudar a planear una actividad que detiene el proceso terapéutico.

## VI. Aspectos Metodológicos.

En este capítulo nos proponemos mostrar los principios técnicos básicos de la terapia de grupo de niños, según los diferentes puntos de vista de los autores ya mencionados. No nos parece justo, sin embargo, describir la técnica sin considerar alguno de los elementos que integran la situación que el niño vive para evolucionar.

Sabemos que el desarrollo puede, en sí, ser terapéutico; sin embargo, debemos tomar en cuenta a los padres y al medio que rodea al niño y que pueden ser tanto patógenos como curativos. Para empezar, hablaremos de la influencia de los padres y el medio escolar en la situación terapéutica, luego de la entrevista inicial con el niño, para después describir los aspectos técnicos requeridos para un proceso terapéutico adecuado desde ambos puntos de vista: humanos e instrumentales.

### 1.- El Encuentro con los Padres.

Los niños no buscan ayuda psicológica por su propio gusto; los padres son los que acuden a los especialistas porque les preocupa o molesta la conducta de sus hijos.

Generalmente se puede apreciar que el síntoma o conflicto que el niño presenta es lo que los padres han deseado, temen, o sus anhelos frustrados que han sido reprimidos y que por los mecanismos de introyección - identificación son adquiridos por los hijos. Esto signi-

fica que los conflictos reprimidos de los padres son transmitidos a la persona más débil, y la estigmatiza con su patología y le adjudica el rol de 'chivo expiatorio'.

Cuando los padres se percatan de los síntomas del niño se angustian al ver vivificados sus temores y conflictos, y llevan al niño al técnico especializado. De ahí la importancia de la entrevista con los padres, indagando su historia personal, la dinámica familiar y sus anhelos y temores. Telma Reca (1976) nos indica que la personalidad del padre o la madre, o su actitud ante el problema del hijo, pueden conducir a fracasos en la terapia, por lo cual es de suma importancia evaluarlos antes de incluir al niño en un tratamiento.

Si se descubre que alguno de los padres, o ambos, presentan patología severa, es aconsejable, como dice Reca (1976), que ingresen a un tratamiento profundo, siempre y cuando no se realice dentro de la clínica donde es atendido el niño. Como ejemplo de esta situación tenemos los casos de niños que presentan simbiosis con sus madres (Mahler, 1976). Debemos evaluar si la madre no ha permitido la realización del proceso de separación-individuación por causas intrínsecas a su personalidad. Esta madre, por supuesto, deberá ingresar a una terapia para facilitar dicho proceso al elaborar su propia patología.

Sin embargo, en otros casos encontramos que el ingreso de los padres a un tratamiento terapéutico puede desequilibrar la dinámica familiar al producir demasiados cambios de conducta en el seno de

la familia. La terapia o puede producir cambios favorables o crear situaciones desagradables y en ocasiones hasta funestas (divorcio). Los cambios favorables conducen a que haya mayor comunicación y unión en la familia, lo que redundará en seguridad y estabilidad en los hijos. Cuando los resultados son nocivos, es porque la terapia ha logrado conscientizar a los padres de sus deseos o temores reprimidos, lo que conduce a la desintegración familiar, al tener un nuevo marco de realidad.

Es también importante considerar que cuando el niño, que ha sido estigmatizado con la patología paterna, ingresa a un tratamiento terapéutico, se habrán de producir cambios en él, lo que puede llevar también al desequilibrio familiar cuando se le despoja del rol de 'chivo expiatorio' que tenía adjudicado. Aquí se deberá evaluar el beneficio que daría una terapia a los padres o un tratamiento conyugal o familiar.

En los casos en que se observa que el conflicto del niño es producto de la ignorancia de los padres, de la incomprensión de éstos o de información equivocada, el procedimiento a seguir deberá consistir en brindar orientación a los progenitores en cuanto a su propia actuación. También se procurará que cambien sus pautas de conducta con la guía que se les otorgue (Reca, 1976).

Cuando el niño ha sido aceptado en una terapia cualquiera que sea el caso, debemos responsabilizar a los padres para que ellos



mismos no bloqueen la terapia de su hijo. Si los cambios afectan a los padres, éstos tratarán de 'boicotear' el tratamiento: dejarán de llevar al niño a las sesiones, no cubrirán los honorarios del terapeuta o asumirán en casa actitudes opuestas a la terapia. Una de las formas de responsabilizar a los padres es haciéndoles ver cómo será dentro de algún tiempo el problema actual del niño; esto es, 'futurizando' el conflicto. También se les debe motivar, haciendo conscientes el desplacer y la culpa que ellos presentan ante el problema y estimulándoles el deseo de curación de su hijo. El terapeuta debe ser honesto con los padres y pedirles la misma honestidad que él presenta en cuanto al respeto del tratamiento.

Antes de que el niño acuda a su primera sesión terapéutica deberá celebrarse un 'contrato' tanto con los padres como con el niño. En este contrato se estipularán el horario y la frecuencia de las sesiones, los honorarios del terapeuta y los períodos vacacionales del mismo. Los padres deberán aceptar su obligación de llevar al niño a las sesiones. Se les explica a los padres el tipo de tratamiento al que se verá sometido el niño y la duración aproximada del mismo. Al niño se le puede enseñar la sala de juegos e informarle de la actividad a realizar.

Otro aspecto importante en la evaluación es la cooperación que puedan tener el maestro y la escuela en el tratamiento. En ocasiones los profesores temen y rechazan los trastornos mentales o perturbaciones emocionales en sus alumnos. Si a ellos se les comunica del pa-

decimiento y tratamiento del niño, es posible que lo aislen de sus compañeros de clase o que éstos comiencen a agredirlo, lo que aumentaría el conflicto y crearía burlas de los demás niños hacia el niño perturbado. También es posible que el maestro sobreproteja a este niño y así propicie la dependencia. Sin embargo, se debe establecer una comunicación con las autoridades escolares informando que el niño está en tratamiento y que se agradecería la cooperación que se brindara al mismo, 'explicitando' cómo se deberá proceder, sin entrar en explicaciones detalladas.

## 2.- Abordando al niño.

Es muy importante realizar una entrevista inicial con el niño. Esta entrevista se puede llevar a cabo el mismo día y a la misma hora en que se recibe a los padres pero debe ser privada, solos el niño y el terapeuta.

En esta sesión se habrá de investigar la sintomatología del niño con preguntas directas a éste, y proveerlo con algunos juguetes para apreciar cómo los maneja. Si lo que el niño menciona no coincide con lo expuesto por los padres, se deberá proceder a aplicar un estudio psicológico con el fin de aclarar los datos presentados. Durante la entrevista se deberá observar la capacidad que el niño tiene para relacionarse y sus intereses y fantasmas. Asimismo se descubrirá cuáles son los mecanismos de defensa que utiliza y el grado de fuerza yólica que posee.

Dentro de la investigación de síntomas se debe aclarar si la sintomatología es de carácter reactivo o si es estructural. En el primer caso, el niño podrá ser incluido en terapia de grupo o recibir tratamiento individual pero siempre se deberán realizar cambios ambientales para no continuar propiciando los síntomas. Si se aprecia que el conflicto es de tipo estructural (neurótico, prepsicótico o psicótico) es más conveniente brindar al niño un tratamiento psicoanalítico individual.

Conociendo al niño y a su conflicto se debe establecer un contrato con él, intentando hacer conscientes los problemas que presenta. En este contrato tanto el niño como el terapeuta se comprometen a trabajar juntos para resolver el conflicto.

Pasemos ahora a la situación terapéutica.

### 3.- Estructura del Grupo.

#### 3.1.) Selección y Agrupamiento.

Todos los autores que han sido revisados para la elaboración de este trabajo coinciden en que la selección de niños para la psicoterapia de grupo es muy importante, tanto en el aspecto de curación como para el adecuado funcionamiento del grupo en cuanto a su dinámica.

##### 3.1.1.) Instrumentos y Criterios de Selección.

Los criterios de selección de Slavson son los siguientes (Speier, 1970):

- Edad que depende del desarrollo físico, social, y emocional.
- Diagnóstico, que se hace con base en las pautas de conducta del paciente.
- Grado de adaptación social, que se debe evaluar si es en el hogar, la escuela o el juego, donde el niño está incapacitado. Deben analizarse factores intrapsíquicos y sociopatológicos por los que ya el niño fue objeto de burla.
- Tipo de personalidad.

Ginnot (1961) selecciona a los niños de un grupo mediante diversos métodos: estudios completos que deben contener la descripción de las quejas y los síntomas, de su estado físico, de su nivel de madurez o inmadurez, de sus modelos típicos de reacción a la frustración y del ajuste que tiene hacia la escuela y sus compañeros. También realiza esta selección por medio de la observación del juego de los niños.

Ginnot aprecia que el niño normal muestra facilidad para formar relaciones interpersonales, goza en el uso del material de juego, evita extremos afectivos y tiene cierta habilidad para sustituir la salida de sus impulsos. Acepta al terapeuta contándole sentimientos y angustias y exterioriza sus problemas con calma. Sin embargo, el niño mal ajustado hará un uso inadecuado de los juguetes, maltratándolos, rompiéndolos y usándolos para expresar agresión. Algunos niños (con da-

ño cerebral) perseveran en juegos sin significado, no enfocan su atención y su control motor es pobre. Los niños con conflictos se relacionan de diversas maneras: algunos buscan el apoyo del terapeuta, son sumisos, llorones y dependientes; otros se relacionan con agresión y atacan a los demás o al terapeuta, sin aceptar límites; otros más (psicóticos) no se relacionan en lo absoluto, no muestran cambios emocionales, se desconectan del mundo circundante y dirigen su conducta a sí mismos.

Eduardo Pavlovsky (1968) selecciona a los niños de sus grupos según los siguientes criterios:

- 1) Historia familiar, quejas y síntomas e historia individual del niño;
- 2) Tamaño y aspecto del niño;
- 3) Grado de madurez;
- 4) Reacción del niño frente a la frustración;
- 5) Adaptación en el medio familiar, en la escuela; analiza el problema de la disociación de conducta en estos campos;
- 6) Cómo emplea el niño habitualmente su tiempo libre.

Para seleccionar a los niños, Pavlovsky forma grupos abiertos de diagnóstico.

Para la selección, Anny Speier (1970) realiza una entrevista específica individual aparte de la historia clínica y las pruebas psicológicas.

Sirlin y Glasserman (1974) incluyen a los niños en los grupos, según el diagnóstico de personalidad y los trastornos generales. La admisión de un niño está condicionada por el diagnóstico de él mismo y del grupo a donde ingresará. También entrevistan a los padres para saber si podrán actuar eficazmente para sustentar el tratamiento y tolerar cambios en el niño. Para la selección consideran que se debe contar con la historia familiar, la historia evolutiva y el estudio psicológico, donde pueda ubicarse el síntoma o la patología caracterológica dentro de un cuadro en el que emerja claramente el nivel de profundidad del conflicto, grado de regresión, predominio de las ansiedades, desarrollo del Yo y del grado de estereotipia en el empleo de las defensas. Seleccionan a los niños mediante cuatro sesiones de diagnóstico.

### 3.1.2.) Edad.

Slavson indica que para tener buenos resultados terapéuticos es necesario que los niños no sobrepasen los 13 años.

Foulkes y Anthony (Sirlin y Glasserman, 1974) clasifican a los grupos de acuerdo con la edad: pequeños, latentes menores y mayores, y adolescentes menores y mayores.

Ginnot (1961) indica que las edades de los niños de un grupo no deben diferir en más de 12 meses, pero que hay que tomar en cuenta la madurez emocional. No toma en consideración al coeficiente

Intelectual, puesto que la expresión y elaboración de conflictos se hace a través del juego.

Pavlovsky (1968) clasifica a los grupos según la edad de los niños en:

- a) de 5 a 8 años (principio de latencia)
- b) de 8 a 11 años (fin de la latencia)
- c) de 11 a 13 años (preadolescencia)
- d) de 13 a 16 años (adolescencia)

Amey Spaler indica (1970) que en los escolares la edad no debe sobrepasar los dos años de diferencia (7 a 9 y 9 a 11 años), y que en preescolares la diferencia no debe ser de más de un año. Procura que el desarrollo físico, el nivel intelectual y el cultural sean homogéneos, en lo cual basa su criterio de selección con relación al diagnóstico y los rasgos de personalidad, sin contar con la diversa sintomatología.

### 3.1.3.) Sexo.

En la situación grupal Slavson sólo acepta niños de un mismo sexo en cada grupo. No acepta que haya hermanos en el mismo grupo, y las visitas son ocasionales.

Ginnot (1961) indica que en preescolares, los grupos son mixtos, y en escolares los niños se agrupan de acuerdo con su sexo. Ginnot dice que cuando en un grupo de varones se incluyen niñas, no hay

tantas peleas y aumenta el juego simbólico. En los grupos de escolares la identificación sexual debe aumentarse a través de modelos, intereses y actividades que son diferenciadas culturalmente como masculinas o femeninas.

Virginia Axline (Sirlin y Glasserman, 1974) forma grupos heterogéneos en sexo y edad.

Los grupos de Pavlovsky son mixtos y abiertos, aunque se deben interpretar las ansiedades causadas por la desertión de algún miembro. No admite niños amigos en un mismo grupo.

#### 3.1.4.) Diagnóstico.

Para Slavson (Sirlin y Glasserman, 1974) son aptos para psicoterapia de grupo aquellos niños que tienen 'hambre social' y que sientan deseos de compartir en grupo y establecer relaciones con sus pares: sus contactos sociales son inadecuados. Acepta niños neuróticos o con rasgos neuróticos, que tengan dificultades para manejarse con otros niños o que necesiten expresar agresión.

Según el tipo de personalidad, Slavson acepta en un grupo a niños sumisos, inhibidos, sugestionables, hiperquinéticos o hiperactivos, niños imaginativos y creativos, autistas; al egocéntrico, al afeminado, a los niños infantiles, dependientes, con rivalidad o simbiosis con hermanos.

Utilizando el juego como instrumento de selección,



Ginnot (1961) acepta para un grupo terapéutico:

1) A niños con hambre social, que se define como el deseo de una persona de ganar la aceptación de sus semejantes y de adquirir y mantener un 'status' en su grupo. Proviene de la necesidad de reconocimiento y aprobación de otros.

2) A niños aislados; inhibidos, esquizoides, sumisos, miedosos, no comunicativos y que necesitan una expresión libre y segura.

3) A niños inmaduros: egoístas, sobreprotegidos con poca tolerancia a la frustración, que no postponen gratificaciones o que no afrontan las realidades de la vida fuera del hogar. Necesitan al grupo para aprender a compartir y a cooperar; ajustan sus valores y llegan a comprometerse.

4) A niños con reacciones fóbicas.

5) A niños afeminados: sumisos, débiles y que participan en juegos masculinos.

6) A niños con pseudo-ventajas: parecen buenos, pero esto es porque convierten su agresión en conducta adecuada.

7) A niños con desórdenes en los hábitos: chupateo, onjofagia, berrinches. En el grupo se les estimula su independencia con la permisividad del terapeuta.

8) A niños con desórdenes conductuales: peleas, crueldad, destructividad cuando son reactivas ante la conducta paterna. El grupo

diluye su tensión y con las intervenciones terapéuticas gana mayor control.

Axline (1975) admite niños agresivos, inquietos, ruidosos, nerviosos, infantiles; con onicofagia, terrores nocturnos, enuresis, tics, anorexia, ansiosos; con impedimentos físicos, niños reprimidos, apartados, inhibidos, tartamudos; niños inseguros al hablar, con lenguaje repetitivo y confuso y aquellos que presentan problemas de lectura.

Houstakas (1974) refiere que la terapia lúdica contrada en el cliente ha sido usada en niños con disturbios emocionales, débiles mentales y físicamente dañados, con problemas situacionales, y con niños normales.

Didier Anzieu (1961) refiere que en la terapia de grupo se benefician los niños introvertidos, esquizoides, sumisos, asustadizos, tímidos, aislados o no comunicativos. El grupo permite a estos niños hacer una prueba de realidad y lograr una rectificación de sus fantasías, al comprobar que las fantasías de venganza tan temidas no tenían relación con la realidad.

Pavlovsky también admite a los niños inmaduros, sobreprotegidos, que muestran poca tolerancia a la frustración. Los niños con reacciones fóbicas ponen de manifiesto en el grupo sus ansiedades, detectadas en sus defensas y en sus temores básicos; en el grupo se favorece la elaboración de los conflictos por la influencia recíproca de

las relaciones transferenciales. Se benefician los niños afeminados que no tuvieron una figura masculina de identificación, y los niños obsesivos con formaciones reactivas (niños buenos que se portan 'correctamente') pero que tienen dificultades para relacionarse con otros. También se tratan en grupo desórdenes de conducta, con la previa averiguación de dónde se producen.

A los niños muy agresivos los incluye en grupos donde se impone una autoridad muy severa para establecer en los niños una autoridad interna o un Superyo que no fue adquirido con anticipación. Se formará entonces un Superyo grupal.

Anny Speier (1970) acepta a neuróticos medios, niños con trastornos psicossomáticos o de personalidad neurótica, con rasgos de inhibición, Inmadurez y timidez.

Sirlin y Glasserman (1974) aceptan a aquellos niños que tienen personalidad esquizoide, los fóbicos no muy agudos, los obsesivos, depresivos e histéricos, los que presentan onicofagia, trastornos del sueño, sumisión, desafío, dificultades sexuales, ansiedad, Inmadurez, los competitivos, los que recurren a la masturbación excesiva, a la autoagresión, los que acarrear problemas escolares y síntomas psicossomáticos.

Para que el pronóstico sea favorable se debe tener en cuenta que el niño:

- 1) No presente trastornos del pensamiento.

2) Tenga un predominio de las tendencias a la maduración y el crecimiento sobre factores regresivos.

3) Las funciones del Yo se mantengan relativamente intactas y que los mecanismos de defensa actúen más al servicio de la maduración que del conflicto.

4) Haya alcanzado la posición depresiva (Klein) y que los puntos de fijación en etapas primitivas no sean demasiado intensos.

5) El Yo Instrumente cierto grado de adaptabilidad y cierta tolerancia a la frustración.

6) Tenga capacidad de sublimar, de compartir, y tendencia a la maduración.

7) No presente culpa intensa, envidia ni ansiedad propias de la posición esquizoparanoide (Klein).

### 3.1.5.) Contraindicaciones.

Slavson excluye a niños egocéntricos e impulsivos, a quienes falta la capacidad para responder a la influencia del grupo, y que interrumpirían la atmósfera terapéutica y el equilibrio del grupo, con su conducta agresiva, que sólo puede controlarse mediante un manejo autoritario. También se excluyen los problemas extremos de neurosis de conducta (agresión), personalidades psicopáticas y psicosis, y la forma de adaptación que no logra tener un control social. Se rechazan los narcisistas; los activos, los niños muy agresivos y sádicos, y los niños con daño orgánico cerebral.

Los niños que según Ginnot (1961) no deben ser incluidos en terapia grupal son los siguientes:

- 1) Los niños con intensa rivalidad fraternal;
- 2) Los sociopáticos, muy crueles sin sentir culpa y que no tienen capacidad de empatía, y no respetan límites;
- 3) Los niños con impulsos sexuales acelerados;
- 4) Los niños expuestos a experiencias sexuales perversas y que pueden ellos mismos iniciar prácticas no deseables;
- 5) Los niños que roban;
- 6) Los niños extremadamente agresivos, y
- 7) Los niños con reacciones severas de angustia.

Las contraindicaciones para la terapia grupal según Pavlovsky (1968) son:

- 1) Los niños con actividades sexuales prematuras o con aceleradas desviaciones sexuales;
- 2) Cleptómanos;
- 3) Los esquizofrénicos;
- 4) Los niños con autismo precoz;
- 5) Los niños muy agresivos;
- 6) Los débiles mentales.

Sirlin y Glasserman (1974) excluyen del grupo a niños psicopáticos, con trastornos psicóticos, a los débiles mentales, a los fóbicos y muy dependientes, a los muy agresivos y a los que presentan

crisis severas.

### 3.1.6.) Balance del Grupo.

Slavson da mucho énfasis a la selección de los sujetos, para obtener una dinámica grupal adecuada. En un grupo se deben incluir igual número de niños activos, agresivos, retraídos y normales. Se deben prevenir conductas inadecuadas por lo que se reduce el número de agresivos, aunque los niños aislados y retraídos deben ser pocos para que no bloqueen la dinámica grupal. Refiere que los grupos más duraderos están determinados por necesidades emocionales más profundas, pero que hay que evitar que los niños revivan en el grupo la misma situación traumática o la misma atmósfera productora de problemas y que hay que cambiar al niño de grupo para probar su adaptabilidad.

Ginnot (1961) explica que ya que los grupos deben ser una experiencia correctiva de unos niños con otros, también deben constituirse con niños de diferentes síndromes, para que cada niño tenga la oportunidad de tratar con personalidades diferentes y complementarias de su propia personalidad. Debe haber diversos modelos de identificación que animen a los niños hacia relaciones correctivas que fomenten el derecho a no tener miedo al mundo externo. Por lo tanto, se debe prevenir que los niños antisociales se conviertan en las figuras dominantes en el grupo. Se recomienda que en el grupo se incluya a un niño más controlado que sirva de 'calmante' e inhiba la conducta inadecuada.

Ginnot acepta grupos abiertos, pero aclara que se debe informar al grupo con anticipación de las entradas o salidas de los otros miembros. Sus grupos no constan de más de cinco niños.

Axline indica que ya que el niño asiste voluntariamente puede elegir el grupo en el cual le gustaría ingresar. Acepta la asistencia de hermanos en sus grupos.

Los grupos dramáticos de Anzieu (1961) están formados por dos o tres psicodramatistas y de uno a cuatro niños en grupos homogéneos de edad y sexo, sin más de dos años de diferencia entre ellos. Anzieu toma en cuenta el coeficiente intelectual.

En los grupos de Pavlovsky (1968) se incluyen entre siete y nueve niños con un límite diferencial de dos años en la edad.

Para Anny Speler (1970) los grupos son de siete a nueve niños, mixtos en escolares y de un solo sexo en púberes. Se debe informar al niño de su inclusión en el grupo y explicarle la función del observador.

En la agrupación Sirlin y Glassemann (1971) toman en cuenta:

- 1) Inteligencia,
- 2) Edad,
- 3) Cantidad de integrantes,
- 4) Aspecto físico,
- 5) Grado escolar,

- 6) Sexo,
- 7) Nivel de patología y
- 8) Tipo de personalidad.

Se debe, según estas autoras, integrar a miembros que individualmente ejerzan una influencia beneficiosa sobre cada uno de los restantes. El grupo debe proveer distintos modelos de identificación de aspectos que no se poseen. A los niños, se les debe informar, con anticipación, del ingreso de un nuevo miembro al grupo y se deben fijar horas para las reuniones y un ambiente estable en tiempo.

### 3.2.) Cuarto de Juegos y Material.

Básicamente todos los autores coinciden en el tipo de material de juego y la sala de terapia, pues para ellos el juego es el lenguaje simbólico que el niño usa para expresarse, es su plática, y los juguetes son sus palabras. Ya que la relación terapéutica se establece y mantiene sólo si el terapeuta entiende las comunicaciones del niño, hay que proporcionarle su muy particular material de comunicación: los juguetes. Algunos materiales son más adecuados porque dan al terapeuta instrumentos para entender al niño sin disminuir el flujo de su juego y comunicación.

Algunos juguetes provocan la expresión de las necesidades y problemas de los niños, y otros los limitan. Otros juguetes evocan recuerdos y deseos, según la naturaleza del estímulo así como de las



necesidades latentes. A algunos terapeutas parece ser más sencillo el estructurar la terapia cuando los materiales muestran permisividad, tolerancia del adulto; pero si el terapeuta no toma en cuenta las potencialidades del material que da a los niños, corre el riesgo de no poder controlar la situación. Ginnot (1961) explica que las decisiones en cuanto al material dependerán de las necesidades de cada niño y del intento terapéutico para ayudarlo a mantener un equilibrio entre el 'acting-out' y la represión. Los juguetes deben ser escogidos para que provoquen el 'acting-out' del niño en cuanto a sus problemas fundamentales y no hacia una actividad difusa.

Los juguetes no contribuyen a la adquisición de 'insight' sino que facilitan interpretaciones que hacen que los niños tomen mayor consciencia de sí y de sus relaciones con otros. El material es parte de la realidad contra la cual se prueba el niño. Las frustraciones y satisfacciones y el sentimiento del poder que el niño tiene al manejar sus juguetes causan un efecto directo en su fuerza yoica e imagen personal, lo que puede marcar el principio del mejoramiento terapéutico. También se deben proporcionar material para la exploración personal y de otros y la oportunidad para disfrutar de placeres prohibidos en formas sustitutas aceptables, expresando sus necesidades simbólicamente (Ginnot, 1961).

Schiffer (Sirlin y Glasserman, 1974) opina que el material debe consistir:

- 1) De objetos que representan personas y animales significativos;
- 2) De objetos que puedan identificarse con personas y actividades significativas (ropa, casa de muñecas, etc.);
- 3) De dactilopintura, arcilla, agua y pinturas de agua;
- 4) De trabajos manuales y de taller;
- 5) De juguetes y juegos creativos.

Ginnot (1961) establece que el salón de juegos debe ser amplio y a prueba de sonidos para mantener la confidencialidad y evitar el ruido a otras personas. El salón debe estar bien ventilado y alumbrado y con rejillas en vidrios y espejos. Las paredes deben ser fáciles de lavar y los pisos a prueba de agua y sin encerar. Dice que los muebles deben ser resistentes e irrompibles. Para Ginnot es necesario tener un pizarrón adherido a la pared y pizarrones de pie con suficiente cantidad de gis. En el cuarto de juegos debe haber agua corriente y equipos para que el niño pueda tropear.

En cuanto a los juguetes, Ginnot (1961) refiere que se necesita una casa de muñecas grande, amueblada, y ocupada por muñecos que simulen una familia. Los muñecos deben poseer mamilas y tener la capacidad de 'orinarse'. También es oportuno tener animales de juguete, sobre todo salvajes, para que los niños expresen agresión. Se usan carros, camiones, barcos y aviones de diferentes tamaños que puedan ser símbolos de la familia.

La pintura de caballete y la de agua son medios adecuados para la expresión emocional de los niños inhibidos. La pintura digital provee un medio para la satisfacción de ensuciarse y de estimular el flujo libre de fantasía.

La arcilla brinda salidas para la creatividad y para los impulsos destructivos, estimula la comunicación de la curiosidad del cuerpo, los genitales y los productos corporales. El juego con agua tiene la ventaja terapéutica de que, al jugar con ella, hasta el niño más tímido experimenta un sentido de logro. Los cubos permiten la construcción y destrucción sin consecuencias, lo que hace al niño aprender que su agresión no es catastrófica. Los títeres dan un canal seguro de comunicación por su anonimato, ya que lo que dice el títere no lo dice el niño. Para niños muy agresivos Ginnot proporciona máquinas de juego.

Didier Anzieu (1961) explica que el psicodrama analítico en grupo busca un espacio de representación lo más neutral posible. Debe ser de 12 a 19 mts.<sup>2</sup> para que los niños se muevan por todas partes y den la sensación de libertad. Como material sólo pide sillas y una o dos mesas.

Sirlin y Glasseman (1974) exigen un cuarto de juego de 12 a 15 mts.<sup>2</sup> que tenga baño contiguo. Como material refieren que debe haber una mesa y sillas, un cajón de juguetes para cada grupo, pizarrón, pinturas y trabajos manuales. Se debe reducir el material que

pueda obligar a prohibiciones o que signifique peligro físico.

Dupont y Jinič (1979) no utilizan juguetes en sus grupos terapéuticos ya que reflejen, que de esta manera, el niño cambia su necesidad de los juguetes, en el sentido de objetos transicionales de Winnicott, por objetos reales en la transferencia.

#### 4) Relaciones Emocionales.

##### 4.1.) El Terapeuta.

Así como es sumamente importante lograr una adecuada selección y agrupamiento preciso de los niños, es también de tomarse en consideración la figura del terapeuta, pues es éste quien estará en mayor contacto con los niños, será una imagen para la identificación y la figura depositaria de la transferencia del grupo de niños.

##### 4.1.1.) Su personalidad.

Para Ginnot (1961) el terapeuta debe tener un entrenamiento específico en terapia infantil y debe ser constantemente supervisado. Las cualidades terapéuticas dependen de la capacidad de juicio, de 'insight' y de empatía. El terapeuta no debe ser demasiado viejo o maduro como para no poder llevarse bien con los niños. No debe tener prejuicios hacia la juventud. Al terapeuta deben gustarle los niños, pero sin que esto llegue a ser una necesidad, pues los niños explotan esta necesidad y no pueden adquirir fuerza de alguien débil ni identificarse con él. El terapeuta debe tratar al niño de persona a persona. Un

terapeuta pasivo pero interesado hace que el niño establezca una relación de confianza a su propio paso. La empatía madura es el resultado de la fe del terapeuta en el proceso de desarrollo.

Ginnot indica que las satisfacciones de ser terapeuta infantil consisten en el revivir las propias experiencias infantiles, soportar y controlar los miedos y aversiones infantiles, obtener estimulación intelectual, probar hipótesis sobre la conducta humana, entender los principios del desarrollo, aprender a ser mejor padre, el sentirse necesitado y ganar dinero, prestigio y poder dando a su trabajo un sentido en la vida.

Eduardo Pavlovsky (1968) postula que las condiciones ideales para ser terapeuta de grupo de niños son:

- 1) Entrenamiento psicoanalítico.
- 2) Observación directa de grupos de niños.
- 3) Supervisión de su trabajo por otro terapeuta.

El entrenamiento para el terapeuta es muy importante, pues está dispuesto a que, por identificación proyectiva, los niños se conviertan en objetos internos y que él, olvidando que cada niño es un ser independiente y separado de los otros integrantes del grupo y de él mismo, intente manejarlos en forma omnipotente.

Los componentes ideales de la actitud terapéutica del grupo de niños son (Pavlovsky, 1968):

- a) Plástico, para poder identificarse con los juegos de

los niños, comprendiendo la actividad lúdica y manteniendo al mismo tiempo una disociación instrumental para poder interpretar y ser también lo suficientemente permisivo con los niños en los juegos.

b) Receptivo. Hay una actitud interpretativa que sería algo así como el corolario de la serie de actitudes que el terapeuta toma durante la sesión; el conjunto de reacciones, emociones, sensaciones y sentimientos frente al estímulo que le despierta el juego de los niños. Sería parte de la personalidad lo que le permite intervenir terapéuticamente aun sin estar interpretando.

c) Sensible, tanto en el trato con los niños como en la comprensión de sus juegos y en la verbalización de su interpretación, estableciendo una especie de secuencia entre la actividad lúdica, el juego del grupo y la adjudicación de los roles.

d) Armónico, tanto consigo mismo como con el mundo infantil. No debe tomar al grupo como un modelo de satisfacción porque al transformarse en eje de todas las ansiedades del grupo se produce una especie de dependencia.

e) Estable. Se necesita mantener una relación o vínculo lo suficientemente estable con el grupo para no mostrar actitudes irregulares en el trato con los niños que necesitan un terapeuta estable, para no sentirse culpables ni atacados por los climas agresivos que suelen darse.

f) Paciente. Es importante en cuanto al papel de los l

mites sin sentir demasiada culpa del grupo transferido al terapeuta por identificación proyectiva. Cuando un terapeuta se siente culpable ha de pensar, antes que nada, en la contraidentificación proyectiva y no actuar en forma reparativa.

Speler (1970) dice que se comprobó que las personas con mayor capacidad de comunicación, de coordinación y de agrado en la participación grupal infantil; con un mayor umbral de tolerancia a la frustración y mayor capacidad para una relación afectiva en general, son aquellas que funcionan adecuadamente como terapeutas de grupo infantil. El adulto permisivo y aceptante favorece con su actitud, y sin necesidad de explicitar, la superación de problemas en el proceso de desarrollo.

Para Sirlin y Glasserman (1971) la personalidad de cada niño tiene una particular resonancia en el terapeuta, provocando una modalidad contratransferencial que le permite sentir y actuar de acuerdo con las necesidades del paciente dentro del grupo.

#### 4.1.2.) Su Tarea.

Slavson (Sirlin y Glasserman, 1974) exige que el terapeuta debe mantener una actitud permisiva, neutral; no interpreta ni participa verbalmente sino cuando se le solicitan. Para Slavson, el terapeuta debe mantenerse al margen del flujo emocional, con el objeto de lograr la máxima interrelación entre los niños, admitidos porque necesitaban relacionarse con sus pares y no con los adultos.

Ginnot (1961) indica que el rol del terapeuta es crear una atmósfera en la cual los niños sean motivados a aprender acerca de sí y de su mundo. Debe dar seguridad para que los niños exploren y expresen su Yo más interno, sus miedos, sus culpas y sus odios, así como su lucha por obtener reconocimiento, independencia y 'status'. El terapeuta debe comunicar su aceptación al niño; la actitud consistente y no crítica del terapeuta hace que el niño exprese sus sentimientos abiertamente. El terapeuta debe escuchar con sensibilidad, pues así podrá responder con habilidad a los sentimientos latentes y manifiestos de las expresiones lúdicas del niño.

La aceptación del terapeuta proporciona al niño un sentido de autovalor, y así se siente más adecuado con respecto a eventos y relaciones. El terapeuta no debe alabar ni censurar, premiar ni castigar, aprobar ni desaprobar, pero sí mostrar interés vital y preocupación sincera. También debe marcar límites sin sentirse culpable ni ansioso de su papel.

Axlinc (1975) aclara que la presencia de un terapeuta aceptante, amigable y comprensivo da un sentimiento de seguridad y los límites que impone, por pocos que sean, así como su participación, contribuyen a este sentimiento de seguridad y realidad.

La actitud del terapeuta, según Axline, requiere toda su atención, sensibilidad y una excelente apreciación de lo que hace o



o dice el niño. Es necesario un genuino interés en el niño; se le debe respetar. Su postura es recta y tranquila. No dirige al niño, no traiciona la confianza del niño, no debe hacerle sugerencias. Permanece alerta para captar y analizar con precisión los sentimientos que el niño está expresando en su juego o en su conversación; requiere una total participación durante todo el tiempo que dure la sesión de terapia de juego. Axline refiere que se debe evitar una relación emocional con el niño.

Clark Moustakas (1974) opina que el terapeuta debe escuchar los sentimientos del niño para 'empatizar' con él, llegando a la médula de éstos y observando su esencia. Debe comunicar al niño que se entienden sus sentimientos, y mostrarle que hay interés en él para que gane mayor percepción de sí mismo. El terapeuta no debe presionar a que los niños hablen o expresen sus sentimientos.

Didier Anzieu (1961) refiere que en el psicodrama psicoanalítico de grupo se necesita un director de escenas y varios terapeutas o Yos auxiliares. La función del director es comenzar la sesión para que surjan actos y palabras espontáneos. El no representa y sólo interrumpe la sesión cuando ésta decae, y le da fin, ya que la improvisación dramática debe ser espontánea.

Los Yos auxiliares alimentan el nivel espontáneo de la representación, y descifran el lenguaje y asumen los papeles que se

ajusten al universo de la misma. Tiene tres papeles posibles: el de un personaje real del contorno de los sujetos, el de un personaje ficticio imaginado por éstos y el de una parte de la propia personalidad de los sujetos. El Yo auxiliar debe desprenderse de su vida privada e identificarse con el sujeto lo más profundamente posible. La función terapéutica del Yo auxiliar es hacer intervenir las resistencias a la actuación del paciente, oponer retos con tacto y oportunidad y ser consistente como ser humano. El Yo auxiliar gana el tener una catarsis personal casi continua en su oficio.

La interpretación en el psicodrama se basa siempre en los sentimientos y las relaciones interpersonales expresadas en la sesión, y desprende la significación con respecto a ésta o a una serie de sesiones. La interpretación, entonces, se hace en el aquí y ahora y se lleva a cabo de dos maneras: hablada o actuada, y realizada desde un papel como una explicación del comportamiento. La interpretación actuada es la adopción de una determinada actitud en la representación, diferente de la deseada por el niño y mantenida con persistencia hasta que éste modifique la suya. Ello reorganiza actitudes del sujeto.

El psicodramatista interviene ayudando al niño a encontrar su tema y a comenzar la representación, además de interpretar el papel elegido. Si el sujeto se paraliza en la representación está mostrando una resistencia.

Foulkes y Anthony indican que el terapeuta participa

en los temas de juego sólo pasivamente, sin agregar nada de sí. La principal actividad del terapeuta es la interpretación de defensas que concuerdan con los temas de juego. Estos autores permiten y aceptan el desarrollo de una transferencia negativa.

El equipo terapéutico de Pavlovsky (1968) debe estar constituido por el director y los Yos auxiliares. Este es el encargado de dirigir la sesión y debe tener una doble formación: psicodramática y psicoanalítica. Una de sus funciones más importantes es la de encontrar el punto de urgencia de la problemática del grupo y llevarlo a la dramatización. Los Yos auxiliares son terapeutas con formación psicológica adiestrados psicodramáticamente. Deben ser más de dos, preferentemente de diferente sexo, para poder integrar la pareja paterna.

La interpretación del terapeuta tendiente a resolver las tensiones comunes del grupo, tiene que ser posterior al establecimiento de comunicación o clima entre los niños y el terapeuta. De lo contrario la intervención terapéutica es difícilmente aceptada o escuchada. Antes de interpretar hay que aprender a hablar. Esto se logra con un diálogo natural y espontáneo de parte del terapeuta sobre el tema de la sesión, interviniendo con dudas y preguntas como lo haría cualquier otro integrante del grupo.

Todas las intervenciones verbales del terapeuta no son necesariamente interpretaciones, sino algo que ante cualquier material

aportado por el niño, le permitan aclarar su correspondencia con una situación anterior, en virtud del automatismo de repetición.

Hay tres tipos de interpretaciones durante la dramatización:

1) Antes de la dramatización, se interpretan las ansiedades del grupo.

2) Durante la dramatización:

a) Desde el rol vivencial.- Se formula en pleno proceso dramático y se refiere a la situación presente (aquí y ahora).

b) A través de la modificación de la actitud. El terapeuta adopta una actitud diferente de la indicada por el niño y la mantiene persistentemente hasta que el niño modifica la suya.

3) Interpretaciones posteriores. - Buscan la relación con el pasado histórico individual que se ha dramatizado y su relación con el pasado de los otros integrantes del grupo.

Speler (1970) dice que las conductas de los niños pueden ser resueltas por medio de conductas o actitudes adecuadas del terapeuta. Junto con la solución de los conflictos neuróticos, el terapeuta debe proveer los elementos que el adulto maduro y amigo brinda al niño en la vida diaria, para favorecer el desarrollo y la maduración de su personalidad, sea en el aspecto de su expresión afectiva, sea en el de su autoafirmación en un sentido constructivo.

El papel del terapeuta debe ser activo, introduciendo

estímulos que sirven de punto de partida para el juego dramático y el desarrollo de las fantasías. La estimulación lleva a la elaboración espontánea de los problemas y se llega a la superación y a soluciones positivas sin intervención del terapeuta.

Frente a conductas dependientes conviene, según Speler, que el terapeuta calme el hambre de afecto, en lugar de interpretar la necesidad de placer. Las conductas pueden ser derivadas en forma que se solucione su motivación más profunda por medio de la proyección en el juego. Speler dice que debe tenerse presente que las conductas agresivas al terapeuta surgen por dar demasiada permisividad al grupo y son una reacción de éste a la ansiedad que esta situación muy permisiva le causa, contra la persona que la permite. Omisiones en interpretar o aclarar material importante, interpretaciones erróneas o formuladas en forma que resulten ansiógenas pueden ser la causa inmediata de actitudes desafiantes u hostiles. La atmósfera del grupo depende del terapeuta.

Para Speler, la generalización es el fundamento común para el grupo. El terapeuta debe establecer una relación general apelando a los elementos en el grupo y usando el 'nosotros'. Así, se satisfarán y compensarán necesidades afectivas dentro de una vivencia compartida. El sentimiento de unión en el grupo no se establece sobre la base de identificación grupal. El factor de unión es el reencuentro con el otro, fundamento de todas las interrelaciones sociales. La cohesión en

el grupo se origina en este sentimiento de vivencia común. Su grado depende del proceso de maduración y de socialización.

Sirlin y Glasserman (1974) consideran que el terapeuta debe tener una participación activa, una conversación familiar, hablar del exterior, formular preguntas o dar respuestas, permitirse la plasticidad interna de transportarse a un papel que no tiene nada en común con el terapeuta.

Para que el terapeuta participe es necesario:

- 1) que lo que sucede sea comprendido e interpretado para esclarecer lo ocurrido, y
- 2) que la acción emprendida no sea el resultado de un compromiso emotivo producido por conflictos personales del terapeuta que lleva a proteger, defender o 'sancionar' a un integrante del grupo.

#### 4.1.3.) La Transferencia.

Slavson opina que la transferencia en los grupos reside en la espontánea interacción de varias personas, donde se produce una multiplicidad de relaciones de modo que deben considerarse relaciones multilaterales, bilaterales y unilaterales. La multiplicidad de relaciones modifica la transferencia por la relación que se produce entre los miembros del grupo. La transferencia es interpretada como vivencia de las relaciones tempranas en el grupo, en forma de rivalidad de hermanos. Hay transferencia por identificación, extendiendo la capacidad de rela-

ciones hacia otras relaciones de objeto, lo que da posibilidad de generalización y fundamento para la unidad del grupo durante las fases negativas de la transferencia hacia el terapeuta (Speier, 1970).

Anzieu (1961) refiere que el despliegue de la transferencia se hace más espacial que temporal, y en lugar de que sus fases sucedan en un solo psicoanalista puede implicar simultáneamente a varios.

Para Pavlovsky (1968) el eje de la terapia grupal infantil es la interpretación transferencial permanente; aunque muchas veces la conducta de los niños parezca alejada del contexto transferencial, hay que intentar descubrir cuál es el papel que el grupo le adjudica al terapeuta. En toda terapia lúdica es indispensable captar e interpretar mensajes transferenciales.

La psicoterapia de grupo no puede dejar de referirse a la noción de papel, sea o no asumido, oponiendo las respuestas del terapeuta y las de los pacientes, las que son, en la base de las relaciones interpersonales, modalidades de la transferencia establecida.

Los fenómenos transferenciales en el tratamiento psicodramático de grupo requieren interpretaciones específicas, para evitar el 'acting-out' o el 'acting-in', y provocar los efectos dinámicos que busca toda psicoterapia. La transferencia sobre el director de escena recuerda mucho lo que se observa en psicoanálisis, sobre todo porque

las relaciones entre el director y el paciente son esencialmente verbales, además de muy particulares en razón de la técnica de tratamiento.

La transferencia sobre los psicoterapeutas auxiliares se manifiesta según las múltiples modalidades de cada caso. El grupo de terapeutas debe evitar las reacciones contratransferenciales entre ellos.

Los fenómenos transferenciales de grupo requieren interpretaciones específicas que deben ser precisas, oportunas, destinadas a las partes relativamente poco defendidas de la organización psíquica y expresadas delante de todo el grupo, porque el comportamiento del paciente está ligado al equilibrio del grupo mismo.

Speier (1970) opina que la transferencia aún no está desarrollada en el niño. Su medio de comunicación es la acción. Dice que la interpretación transferencial y del aquí y ahora, por el carácter de la transferencia en el grupo y la tendencia al 'acting-out', lleva a la regresión y a la desorganización con rasgos masivos que dificultan la elaboración e integración. La interpretación transferencial proporciona un sentido restringido a la terapia; se debe mantener en los sentimientos y relaciones primarios elementales a que ella se refiere. El aquí y ahora debe ser entendido como experiencia vivida emocionalmente en la que se vuelcan todos los elementos afectivos del sujeto.

Sirlin y Glasserman (1974) opinan que las relaciones de transferencia en un grupo son menos intensas pero más amplias porque se extienden a todos sus miembros, incluido el terapeuta. Se emplea la in-



interpretación de la transferencia como instrumento para adquirir 'insight'. Las autoras no interpretan las resistencias del niño como tales porque se tiene en cuenta el momento evolutivo del niño, el momento de desarrollo del proceso terapéutico y el despliegue de las posibilidades yolas que muestra. Las resistencias se reducen cuando se encuentra el modo de establecer una alianza terapéutica con los aspectos maduros del Yo que presenta el niño desde el comienzo del tratamiento y con la aceptación de sus dificultades.

#### 4.2.) Proceso Terapéutico.

Schiffer (Sirlin y Glasserman, 1974) marca cuatro fases del proceso terapéutico grupal:

1) Preparatoria, introducción del grupo y prueba de su realidad.

2) Terapéutica, desarrollo de la transferencia a múltiples niveles, regresión, agresión, disminución de la ansiedad y culpa y catarsis.

3) Reeducacional. Esta fase es integrante, madurativa; aumenta la tolerancia a la frustración y la capacidad de espera. Se desarrolla la habilidad personal, mejora la autoimagen, hay más sublimación, se reconoce al grupo, se diluye la transferencia y las identificaciones están más cercanas a la realidad.

4) De terminación, regresión temporal de la conducta por

la ansiedad de separación, aceptación de la misma y conclusión del tratamiento.

Ginnot (1961) refiere que el significado de la terapia se adquiere a través de la experiencia y no de comunicaciones verbales. La estructuración de la relación terapéutica es un proceso continuo que debe ser construido por el niño y esperado por el terapeuta. En la primera sesión se dice al niño: "Puedes jugar con estos juguetes como quieras." Se le lleva al salón de juegos, a pesar de que lllore o haga berrinches, y después de una plática informativa con los padres para que no transmitan angustia al niño y para que conozcan el uso del juego en los niños. En el salón de juegos, se hará sentir al niño que es aceptado tal cual es.

Los niños reaccionan al salón de juegos y al nuevo terapeuta de la misma manera que reaccionan a sus patrones típicos antiguos de relación. El terapeuta debe estar pendiente de las necesidades de cada niño y dejar que él solo descubra sus propios gustos y marque sus propias metas. Los niños tienen sus propias técnicas para conocer al terapeuta con las que establecen la relación. Por lo tanto, el terapeuta, al proyectar los sentimientos de los niños, debe usar el mismo lenguaje y los mismos símbolos que el niño usó, dejándole que la responsabilidad de nombrar los objetos y sus sentimientos sea de él.

Ginnot opina que el terapeuta no debe jugar con los niños, pues esto retrasa la terapia y estimula al niño a explotar al adu]

to. Para Ginnot la terapia efectiva debe basarse en el respeto mutuo entre el niño y el terapeuta, sin que éste abandone su papel de adulto terapéutico.

Para Axlina (1975) el pasado del niño pertenece a la historia, por lo cual las interpretaciones se deben evitar hasta donde sea posible. Cualquier cosa que trate de impedir el crecimiento constituye una experiencia bloqueante. El dirigir la terapia hacia el pasado del individuo descarta la posibilidad de que éste haya podido crecer en el interín. Por esta misma razón el hacer preguntas indagatorias a los niños también queda descartado. El individuo seleccionará lo que es más importante para él cuando esté preparado para hacerlo. El cliente dirige el crecimiento dentro de sí mismo.

Cuando los niños logran alcanzar una relajación emocional, empiezan a darse cuenta del poder interno que tienen para sí mismos y a tomar sus propias decisiones, de lograr una mayor madurez psicológica, y al hacerlo llegan a realizarse plenamente. No se encuentran bloqueados por fuerzas externas, y sus impulsos internos de crecimiento ya no tienen barreras que sortear. Las resistencias psicológicas con las que se enfrentaban desaparecen en la terapia.

Houstakas (1974) refiere que las emociones de los niños perturbados son al principio difusas e indiferenciadas. Los sentimientos son generalmente negativos. Los niños han perdido aparentemente el

contacto con gente y situaciones que originalmente causaron frustración, enojo, miedo y culpa.

En la terapia el niño se deja libre a sus impulsos, y la relación con el terapeuta determina la cantidad y la calidad de emociones expresadas. La ira se va especificando hacia personas y situaciones, conforme avanza la terapia. Si los sentimientos son expresados y aceptados por el terapeuta, se vuelven menos intensos y afectan menos al niño. Después de esta etapa, hay ambivalencia de sentimientos hacia las personas o situaciones conflictivas, pero al ser expresados se hacen menos intensos. Luego comienzan a aparecer los sentimientos positivos. Los problemas emocionales del niño y sus síntomas son reflejos de sus actitudes; al cambiar éstas desaparecen sus problemas y síntomas.

Moustakas programa tres sesiones individuales y una sesión grupal. Las citas son una vez por semana.

La consigna que da Anzieu (1961) en la primera sesión es la siguiente:

"Se trata de representar una comedia, ¿te gusta eso? Pues bien tú nos vas a contar una historia, no importa cuál, una historia que te haya sucedido o que te haya sido contada o a la que hayas asistido; puede ser una historia que tú has leído, un sueño que hayas tenido. La primera historia que se te venga a la cabeza es la mejor. Luego nos dirás qué personaje serás en esa historia. Dirás también qué personajes tendremos nosotros porque nosotros somos también parte de la historia. Y luego, todos juntos representaremos la historia, fingiendo naturalmente."

Los niños eligen su papel y los de los psicodramatistas. Se da al niño libertad de improvisar tanto en la representación como en la elaboración del tema y distribución de los papeles. En la primera sesión los niños expresan de manera más o menos fingida sus problemas personales o exteriorizan la manera en que se representa la readaptación, los sentimientos y los fantasmas que con ella están relacionados.

Los principios del proceso terapéutico son:

1) La sesión comienza cuando el terapeuta busca al sujeto en la sala de espera, y termina al acompañarlo a la puerta. Una sesión de psicodrama puede ser muy corta (12 minutos), si el sujeto ha representado de una vez con intensidad dramática. La duración media de una sesión de psicodrama es de media hora.

2) La sesión conserva su carácter de representación teatral y se limita a la representación.

3) Antes de la sesión, el terapeuta prepara al paciente para la misma, después se la comenta, pero no participa.

4) Las interpretaciones destinadas a los sujetos deben ser integradas a la representación.

5) El sujeto tiene completa libertad en la historia que inventa, en los papeles que elige o distribuye y en su representación. Esto es el equivalente de la asociación libre.

6) Se evita tomar en conjunto a sujetos que se conocen

previamente.

7) Se evita la presencia de público.

El niño puede volver con insistencia sobre el mismo tema, o al menos repetir, a través de distintos temas, la misma estructura de relaciones interpersonales (elaboración). El nexo entre las sesiones puede depender de un procedimiento: la inversión de papeles.

Cuando un niño entra a terapia de grupo, dice Pavlovsky (1968), se vuelve emocionalmente miembro de una unidad ideal de familia. Cada miembro está capacitado para regresar al punto donde puede revivir emocionalmente las experiencias traumáticas de su temprana infancia con relación al grupo de terapia. El terapeuta da por supuesto el rol de la figura paterna, ideal y buena. Una transferencia similar ocurre con relación a los otros miembros del grupo, quienes se convierten en sus hermanos menores. Invariablemente se van a encontrar manifestaciones de celos en el grupo, por las atenciones del terapeuta y el deseo de ser el único. Estos conflictos son eventualmente resueltos por medio del mecanismo de la identificación. Las relaciones entre los miembros del grupo diluyen la relación hacia el terapeuta y los miembros se proporcionan uno al otro el soporte y la seguridad contra la fantasía del adulto amenazador.

El fundamento técnico para el tratamiento de los niños con graves trastornos de conducta (Pavlovsky, 1968) es la interpretación sistemática en el aquí y el ahora de los aspectos disociados y deposita

dos por identificación proyectiva en la figura del terapeuta. Las interpretaciones se centran en la identificación proyectiva de la culpa y de los aspectos destruidos y agresivos. Se dirige a la evitación de la culpa mediante la disociación de los sentimientos afectivos. El comienzo del cambio se produce cuando los niños dramatizan la agresión en lugar de actuarla.

El tiempo de las sesiones de Pavlovsky es de 30 minutos en niños pequeños, a hora y media en adolescentes, una vez por semana.

Anny Speier (1970) marca tres periodos en el proceso terapéutico:

1) Periodo inicial. Se establece la relación inicial de los niños entre sí y con el terapeuta; hay expectativa frente a la finalidad del grupo; las tensiones y las ansiedades iniciales y la actitud e intervención del terapeuta en este periodo deben ser de estímulo activo. El terapeuta impulsa a la acción y estipula reglas limitantes. Debe explicar la finalidad del grupo y estimular activamente la relación entre los miembros del grupo por medio del trabajo y elementos en común.

La aceptación del terapeuta y la participación común de los otros miembros del grupo traen ya una disminución inicial de la ansiedad. Las intervenciones del terapeuta en este período tienden a disminuir tensiones en forma superficial dando apoyo directo o seguridad. Este período dura de tres a cuatro sesiones, que se hacen con el fin de integrar al grupo.

2) **Período de Elaboración.** Es el período central. La expresión de fantasías y el despliegue de juegos es abundante. Hay más actividad, más emoción, intenso interés y gran elaboración en el plano simbólico. El grupo evoluciona hacia observaciones y cambios de conducta que indican maduración.

Se interpreta lo menos posible, dejando que los niños encuentren un equilibrio de la acción grupal. Las intervenciones del terapeuta son con el objeto de estimular la expresión simbólica individual y grupal; dan interpretaciones destinadas a solucionar sentimientos de culpa relacionados con la expresión de conflictos más profundos y esclarecer situaciones y sentimientos. Las intervenciones se centran sobre todo en el material simbólico y se usa la generalización en forma de universalización. El terapeuta debe dar información y favorecer el proceso de maduración, subrayando los sentimientos positivos, de capacidad y los anhelos. El 'insight' y las soluciones positivas surgen casi siempre en el mismo grupo, como consecuencia natural de la maduración.

La satisfacción real y a la vez simbólica pero neutra del terapeuta conduce a la solución de conflictos y despierta anhelos de crecimiento. La maduración se comprueba en el 'insight', en el surgimiento de actitudes más maduras y más adecuadas a la realidad, constructivas y positivas (Speier, 1970).

3) **Período Final.** Se elaboran problemas más actuales,



rasgos de carácter y opiniones personales. Se nota a los niños más tranquilos, integrados en el grupo, amistosos o interesados en organizar juegos sociales.

Los aspectos sobresalientes del proceso de la psicoterapia son la disminución y solución de la ansiedad, la descarga y catarsis de profundas en un plano simbólico, la confesión de sentimientos inaceptables y culposos, la maduración de la personalidad, la adquisición de conceptos nuevos, la solución de la dependencia paterna, la verbalización y descarga de sentimientos y tensiones conscientes, la diferenciación y desarrollo de la propia identidad.

Sirlin y Glasserman (1974) marcan tres fases del proceso terapéutico:

1) Fase introductoria. Comienza a desarrollarse la transferencia: aparecen las ansiedades persecutorias frente a la nueva situación que se manejan con diferentes defensas. Se prueba la realidad y se establece la relación grupal, la cohesión e identidad grupales y las normas del grupo.

En las primeras etapas del proceso, donde el niño está tratando de adquirir una identidad, el interpretar al grupo como un todo dificulta esta adquisición. En etapas posteriores cuando la identidad está lograda o en vías de lograrse, todos los miembros pueden participar de un sentimiento global.

2) Fase intermedia. Se desarrollan al máximo los vínculos transferenciales. El grupo se modela de acuerdo con las fantasías que cada integrante proyecta en él, internalizándolas en el interjuego de sus propias fantasías con las de los demás miembros. Hay regresiones sin mucha culpa, con una sucesión de elementos regresivo-progresivos. El interés se transfiere de los juguetes a las personas. Los vínculos son estables; las actividades, más creativas. Hay un aflojamiento de las resistencias por la proximidad afectiva con el terapeuta. Las defensas son más permeables, menos rígidas; los niños comienzan a adquirir conciencia de enfermedad, haciéndose cargo de sus conflictos. Los aspectos inconscientes reprimidos van haciéndose, lentamente, conscientes.

3) Fase integradora. Hay mayor madurez emocional. Se observa la preocupación por el objeto, los intentos reparatorios y un cambio en la calidad de las defensas. Hay un evidente predominio de las ansiedades depresivas sobre las persecutorias. Surge la capacidad de autocrítica, el respeto de sí mismo y a los demás. Aumenta la tolerancia a la frustración y la capacidad creativa. Se reducen las actuaciones regresivas. Es más constante la transferencia positiva. Se disminuyen la idealización y la persecución. Se asegura la identidad grupal; se homogeneiza la relación entre los niños.

Cuando en la culminación de la fase depresiva, el niño puede introyectar un objeto entero -ya no atacado ni perseguido al que se siente capaz de dar amor, comienzan los procesos de reparación y su-

blimación.

Se realizan dos sesiones semanales, porque esto crea continuidad, un sentido de pertenencia; se intensifican vínculos, papeles, procesos proyectivos y de identidad. La duración de una sesión varía de 45 minutos a una hora.

Los criterios de curación de Sirlin y Glasserman (1974)

son:

- Reemplazo de la negación por la aceptación de la realidad psíquica.

- Aceptación del conflicto.

- Ambivalencia y culpa.

- Reemplazo de la omnipotencia por una actitud realista.

- Disminución de la ansiedad persecutoria y la agresión.

- Acrecentamiento del amor y la confianza en sí mismo

y en los demás.

- Reemplazo del síntoma por la sublimación.

- Reemplazo del 'acting out' por la simbolización.

- Aceptación y uso del pensamiento verbal y de comunicación.

- Capacidad de tolerar frustraciones y privaciones libidinales sin utilizar las defensas represivas y sin ansiedad.

#### 4. 3.) Agresión y Límites.

Sirlin y Galsseman (1974) refieren que la agresión en un grupo se puede manifestar:

- 1) como expresión de las ansiedades persecutorias y sus defensas;
- 2) como defensa maníaca frente a la carencia;
- 3) como actividad de impulsos no controlados por el Yo;
- 4) como modos inadaptados de comunicación;
- 5) como bloqueo para la actividad sublimada;
- 6) como manejo psicopático para no pensar;
- 7) como resistencias para no escuchar ni pensar;
- 8) como reactiva a la ansiedad que provoca la interpretación;
- 9) como reactiva a situaciones frustrantes cuando el Yo no cuenta con elementos para superarlas.

Speler (1970) refiere que la excitación excesiva impide la elaboración de la problemática, y se convierte en causa de desorganización interna y desasosiego por la autopercepción de la misma. No se debe permitir la realización directa de las fantasmas que no implican violencia, pero que constituyen actos de carácter destructivo o finito que no permite la convivencia social. Se deben resolver en el plano simbólico. El terapeuta debe apaciguar los ánimos, explicando la si-

tuación, en lugar de interpretarla; puede recurrir al sentido del humor, ya que de esta manera se disminuye la agresión.

Si el terapeuta permite la agresión extrema del grupo no cumple su función natural limitante y socializante. La agresión se transporta a la vida diaria, de dos formas: a) como 'acting-out' de la ansiedad en conducta agresiva, y b) como forma social de conducirse que ha sido favorecida y aceptada por el terapeuta y que acrecienta los conflictos. Para solucionar conductas agresivas se puede pedir la colaboración del grupo para alguna tarea.

La agresión directa al terapeuta y aun los ataques verbales dependen fundamentalmente, por un lado, de la edad y la estructura de la personalidad del niño, y, por otro, de la técnica de la terapia y de la capacidad y personalidad del terapeuta. Los errores del terapeuta consisten en omisiones, interpretaciones inadecuadas o intentos tardíos de limitaciones, cuando el grupo se halla en plena actuación desorganizada. La agresión directa al terapeuta no se permite, pues carga al niño de culpa, ansiedad y frustración y que al ser interpretada hace sentir al niño como deseo real lo que son fantasías simbólicas ambivalentes.

Schiffer dice (Sirlin y Glasserman, 1974): "Un grupo para que tenga una influencia terapéutica sobre los niños debe permitir una interacción dinámica: la tensión, frustración, hostilidad, ansiedad y destrucción no deben ser persistentes." Si la conducta agresiva actúa

da no puede controlarse, el conflicto domina todas las experiencias, y no surge una solución terapéutica sino soluciones destructivas. La agresión no sirve a ningún propósito terapéutico cuando su significado latente permanece irreconocible para el terapeuta y cuando sus efectos se vuelven intolerables para el niño o el grupo. Si existen repetidas crisis en el grupo, la tensión generada coloca al terapeuta en la posición de intervenir excesivamente. Las cualidades terapéuticas necesarias en el proceso grupal -permisibilidad, apoyo, ayuda, neutralidad- son suplantadas por consideraciones más prácticas; la necesidad de proteger a los niños de un indebido 'stress'.

Schiffer indica que las intervenciones se efectúan cuando la conducta actuada es excesiva, y se ponen límites de una manera indirecta. El acento está siempre puesto en la reexperiencia que deben hacer los niños con un adulto que expresa aceptación total de sus problemas y modo de relacionarse.

Ginnot (1961) explica que el proceso terapéutico requiere que el terapeuta se adhiera consistentemente a su papel de figura tierna pero firme, donde el niño encuentre un aliado para su Yo. El límite afirma un valor humano deseable.

Ginnot afirma que los límites dentro del grupo deben usarse:

1) Porque dirigen la catarsis a través de canales simbó

ficos. Los actos prohibidos en el mundo se representan simbólicamente y los niños aprenden que sus deseos no son fatales y no deben ser inhibidos rígidamente. Los niños necesitan una clara definición de la conducta aceptable. Se sienten más seguros cuando tienen barreras de acción permisiva.

2) Porque facilitan al terapeuta mantener actitudes de aceptación, de empatía, y de estimación hacia el niño, al no permitir que se exceda su capacidad para la tolerancia ni se rompa el margen de su resistencia para poder servir de modelo de identificación. Los controles terapéuticos se usan en la conducta y no en palabras. Los límites deben marcarse clara pero firmemente de manera amigable. Deben ser totales y no condicionales. El proceso del establecimiento debe conducir a un espíritu de autoridad auxiliadora, no punitiva.

3) Porque aseguran la integridad física de los niños y del terapeuta. El ataque físico entre los niños significa el desplazamiento de la agresión de los hermanos a los sustitutos. Debe sublimarse la agresión. Este límite no debe establecerse hasta que haya una pelea seria. Los ataques físicos al terapeuta deben evitarse, pues se ahorran la culpa, la ansiedad y el miedo a la represalia y porque permite al terapeuta mantenerse emocionalmente aceptante hacia el niño.

4) Porque refuerzan los controles yóicos. El terapeuta se convierte en una figura de autoridad externa cuyos valores son absorbidos por el niño mediante la identificación e introyección; aprende a

distinguir entre deseos y hazañas. Puede sentir pero no actuar. Con los límites se disminuyen las culpas y se orienta al niño a la realidad, donde adquiere mayor capacidad de autoregulación y autocontrol.

5) Por razones de ley, de ética o de aceptación social.

6) Por razones económicas.

Al implantar límites (Ginnot, 1961):

a) Hay que reconocer los sentimientos del niño o sus deseos y ayudarlo a verbalizarlos tal como son.

b) Hay que establecer el límite de un acto específico.

c) Hay que apuntar hacia otros canales a través de los cuales se puedan expresar deseos y sentimientos.

d) Hay que ayudar al niño a sacar los resentimientos que pueden nacer al imponérsele restricciones.

Los límites deben establecerse hasta que se necesiten. A veces es más fácil y efectivo el establecer el límite y después reflejar sentimientos. Los límites no deben ser un desafío al respeto de sí mismo del niño. A veces los límites se marcan conductualmente y no con verbalizaciones. Cuando un niño rompe un límite impuesto, aumenta su ansiedad porque se anticipa al castigo. No debe sacársele del salón de juegos, sino reflejarle sus sentimientos.

Ginnot (1961) impone límites:

a) De tiempo, en cuanto al horario y duración de las se



siones (50 minutos). No se permite a los niños abandonar el salón de juegos antes de tiempo.

b) De material. No se permite a los niños llevarse los juguetes, pues la relación terapéutica debe basarse en compartir emociones y no material. Prohíbe romper juguetes caros, pero los deseos destructivos deben reconocerse, reflejarse y respetarse.

c) De ataques físicos.

Pavlovsky (1968) explica que los límites sirven para fortalecer los controles del Yo. Con límites, la ansiedad y la culpa no llevan al niño a mecanismos disociativos. Los límites funcionan en el grupo como representantes del mundo externo en el que el niño tiene que vivir y donde normalmente existen límites para la conducta. A través de la adaptación paulatina a los límites que el grupo le impone, el niño está haciendo un reaprendizaje emocional para los límites que habrá de imponerle la sociedad en la que va a vivir en lo futuro. Muchas veces las probables actuaciones del niño son impedidas por la fuerza sana o por papeles sanos del grupo, distribuidos entre los demás niños, que actúan como una fuerza neutralizante frente al 'acting-out'.

Los límites que Pavlovsky impone (1968) son:

- 1) No se puede salir del salón de juego sin permiso.
- 2) No se puede arrojar objeto alguno fuera del salón.
- 3) No se puede romper nada irreparable.

4) No se debe lastimar gravemente a un compañero, a sí mismo ni al terapeuta. Se debe evitar toda agresión, para que no aumente la culpa y no quede perturbada la relación transferencial por el miedo a las represalias. Pavlovsky saca al niño que ataca al terapeuta, fuera del salón de juegos después de interpretar los móviles inconscientes.

5) No se puede salir al baño de a dos o más.

6) No se pueden llevar objetos del cajón o sala de juego. Esto implica una actuación que debe ser sistemáticamente interpretada. Expresa el deseo del niño de llevar algo 'concreto' de la sesión, aspectos del vínculo bueno con el terapeuta o con los otros niños, para mantenerlo fuera de la sesión.

7) No se puede llevar acompañante, familiar ni amigo a la sala de juegos, durante la sesión, ni tampoco antes ni después.

8) No se pueden revisar los cajones de juego de otros grupos ni niños.

9) No se puede escribir con lápiz en la pared no destinada para ello.

5) La Orientación a los Padres.

Algunos autores están a favor de los grupos de orientación a los padres; otros no. Anny Speier (1973) refiere que es importante tener un grupo de padres paralelo al de los hijos, para que aquellos

comprendan mejor a sus hijos y vayan aceptándolos al mismo tiempo que los hijos cambian con la terapia. Esto evita que los padres impidan el proceso terapéutico.

Ginnot (1961) dice que parece razonable que a los padres se les enseñe a manejar la problemática de sus hijos y a cambiar sus actitudes. Los grupos de guía mejoran el funcionamiento cotidiano de los padres con respecto a los hijos. El objetivo se alcanza al sensibilizar a los padres hacia los sentimientos de los niños y enseñarles a conocer el significado latente de su conducta. El criterio de selección para los grupos-guía es el de que es para padres que no están muy trastornados ni que no trastornan mucho.

La clave del grupo-guía es:

1) Los temas a discusión son los hijos y la forma como los padres los tratan.

2) Se acepta la participación libre, sin formalidad, rutina ni organización de la discusión.

3) El guía no es un pedagogo (no da explicaciones teóricas), autoridad ni fuente de información. No se deben tratar problemas conyugales ni de la familia original.

Se intenta que los padres entiendan los síntomas de los hijos, haciéndoles saber que los síntomas son lo que el niño no sabe expresar en palabras. Se les debe hacer notar que no basta con manejar con

ducta sino también los sentimientos; se recalca la necesidad de entender las comunicaciones de los hijos.

Ginnot reúne a 10 ó 12 madres en sesiones semanales de 90 minutos durante 15 semanas. Se sientan alrededor de una mesa delante de una tarjeta con el nombre del niño. Si el agrupamiento es homogéneo se analizarán problemas comunes; aumenta la identificación grupal, y el ventilar de sentimientos es más rápido.

En la primera sesión se pide a las madres que expliquen lo más ampliamente posible sus quejas de los niños. Después se pide que expliquen sus métodos de disciplina, y luego el por qué fallan éstos. Las primeras sesiones son para comprender el problema. Se muestra que los sentimientos son la causa, y las acciones el resultado. Se les hace ver que los sentimientos aceptados con comprensión son los mejores.

El guía debe cuidar de que no aumente la culpa y de no rebajar la dignidad de los padres. Con sus actitudes el guía ejemplifica la conducta paterna buena, y hace que ganen 'insight'.

Clark Moustakas (1974) establece una serie de consejos que se deben dar a padres y maestros:

- 1) Se deben proporcionar al niño materiales de juego para que use los que necesite.
- 2) Se debe dar al niño amplia oportunidad para que verbalice sus emociones.

3) Al oír al niño, el adulto debe mostrar su comprensión y su aceptación.

4) El niño debe tomar sus propias decisiones.

5) La expresión, el tono y los modales del adulto deben mostrar al niño que se acepta a éste. El adulto no debe criticar ni aprobar; sólo aceptar.

6) Se debe permitir a los niños su libre expresión y el no estar obligados a seguir un modelo social.

7) No se debe interpretar el simbolismo del juego del niño; los sentimientos expresados son las mejores claves para entender el significado del juego, y deben aceptarse tal como son.

## VII. Ensayo para el Establecimiento de un Marco Teórico Referencial.

Como ya lo hemos mencionado, con la aparición del psicoanálisis se modificó la concepción de la vida psíquica que se tenía a principios del siglo XX. Sigmund Freud, por medio del análisis de adultos, estableció la teoría psicológica de la personalidad y la comprensión de los procesos patológicos; asimismo, desarrolló la metapsicología, una metodología psicoanalítica de investigación centrada en la misma técnica psicoanalítica y en la observación directa. También mediante el análisis de adultos, Freud comprobó su teoría sobre la sexualidad infantil, confirmada en el análisis de Juanito.

También en este siglo se desarrolló el psicoanálisis infantil, aplicando la técnica al niño, lo que promovió que se hicieran nuevas aportaciones a la misma. Desde entonces y hasta nuestros días, toda atención psicológica y todo enfoque terapéutico no puede dejar de considerar los fundamentos psicoanalíticos y de tomar en cuenta las diferentes aportaciones en el trabajo clínico y psicoterapéutico.

Por lo tanto, nuestro interés en el trabajo psicoanalítico con niños y particularmente en la aplicación y la atención terapéutica con grupos de niños tiene que fundamentarse en un marco teórico de orientación psicoanalítica. Esto es el objeto de interés de esta tesis como mencionamos inicialmente, y lo que nos remitió a realizar una re-

visión de este desarrollo teórico y metodológico como ha sido abordado por los diversos especialistas, particularmente aquellos que se han avocado al trabajo de niños y a la psicoterapia grupal.

Vamos a intentar, ahora, integrar algunos aspectos en lo que sería un ensayo de marco teórico para ser utilizado en la práctica que emprenderemos con grupos de niños. Es indudable que la experiencia y trabajo clínicos con grupos de niños nos permitirán corroborar y comprobar estos fundamentos a través de la práctica sistematizada que esperamos desarrollar propositivamente y que será la continuación de esta revisión teórica.

Ante todo se debe señalar que el proceso terapéutico se va a establecer sobre el proceso psíquico que se muestra en la situación grupal. Para esto se debe observar al niño desde diferentes ángulos. Uno de ellos es el de valorar en qué fase del desarrollo psicosexual se encuentra el niño y cuáles son las manifestaciones normales y patológicas de la sexualidad.

Para entender el conflicto psíquico del niño, debemos apreciar las formas en que éste se da a conocer a través del análisis de los contenidos inconscientes de las fantasías y del juego, así como de los recuerdos encubridores que están relacionados con las pulsiones instintivas y con la transición del niño desde el principio del placer al de realidad.

Siguiendo a Anna Freud debemos también tener como objetivo el estudio del Yo, de sus contenidos y funciones; analizar los mecanismos de defensa y conocer si parten del conflicto del Yo con el Superyo, con el Ello o con el mundo externo, sabiendo de antemano que el uso de determinado mecanismo de defensa retorna cada vez que se repite una misma exigencia; el proceso defensivo es activado con la angustia del Yo por lo que deben ser estudiados los mecanismos de defensa y los síntomas, al igual que las manifestaciones de angustia.

Basándonos en los conceptos expuestos por Klein podemos investigar cuales son los mecanismos de defensa más precarios y los más evolucionados (proyección, introyección, identificación). De esta manera tendremos noción de la agresión, envidia, celos, culpa, duelo, reparación y de las defensas maníacas del niño.

En el análisis de las relaciones objetales podemos reconocer el trabajo de Mahler en cuanto a las fases del desarrollo. De esta manera, sabremos si el niño está en una fase simbiótica o si ha logrado superar el proceso de separación-individuación. En este punto deseamos recordar la importancia de la investigación de la historia clínica por el papel que los padres juegan en la vida del niño y nuestra apremiante necesidad de recaudar datos acerca de la comunicación entre los padres; se debe apreciar cómo se manejan el afecto y la agresión y sobretodo si las actitudes de los padres corresponden a los mo-



delos de identificación.

Conociendo el conflicto y los procesos internos podemos pasar a sintetizar los conceptos que se consideran imprescindibles en el propio proceso terapéutico aclarando que éste se debe seguir sesión a sesión para sentir el desarrollo de los niños que están en tratamiento y poderles brindar una ayuda más eficaz. Antes, aún, debemos recordar la importancia que el juego tiene en la vida del niño. El juego es acción que influye directamente en la vida real pero que también expresa los impulsos instintivos que requieren una descarga. A través del juego se expresan fantasmas inconscientes sexuales y agresivos y además una realidad intermedia entre la fantasía y el mundo real.

El grupo terapéutico de niños es un procedimiento ideado para solucionar, en grupo, problemas emocionales mediante ciertos recursos terapéuticos que interactúan en determinadas condiciones. El objetivo del grupo es el de modificar sentimientos y actitudes y reducir pautas conflictivas. Es un proceso reexperiencial que efectúa cambios en el equilibrio intrapsíquico, elaborando situaciones traumáticas al objetivar imágenes arcaicas y al reconstruir simbólicamente los orígenes de las perturbaciones emocionales en el plano de aquí y ahora. El grupo es en sí el instrumento terapéutico determinante, de ahí que se debe tomar como un todo.

Otros recursos terapéuticos son el juego o la dramatiza

ción; la acción de los niños; el apoyo e interacción de unos niños con otros y con el terapeuta; la permisividad y aceptación de este último; la descarga emocional de sentimientos inaceptables, sin temor al castigo de parte del adulto; la ausencia de límites rígidos e inhibidores de conducta; la prueba de realidad en el grupo, y el recambio de impulsos negativos por conductas más satisfactorias y aceptables.

Los niños por medio del grupo resuelven ansiedades y temores primitivos y fortalecen su Yo, lo que se aprecia en el aumento de tolerancia a la frustración y el aprendizaje en el aplazar la satisfacción de impulsos. Canalizan su agresión al apreciar que ésta no es tan destructiva cuando el Superyo se vuelve más flexible y al adquirir formas aceptables de conducta a través de la sublimación de impulsos. Asimismo, por el contacto con otros, aumenta su grado de socialización e individuación, aceptándose a sí mismos y a los demás; aprenden a tener confianza en el adulto permisivo que es el terapeuta y afirman su criterio de realidad.

En cuanto a la selección y al agrupamiento, podemos concluir que debe basarse en la historia clínica y evolutiva del niño, en pruebas diagnósticas, en entrevistas individuales, y en observación del juego en grupo. Se debe evaluar la actitud de los padres hacia el tratamiento y apreciar si no irán a 'boicotearlo'. Si se descubriera patología en los padres se debe procurar que reciban psicoterapia. Es de

suma importancia que los términos contractuales sean claros y firmos.

Coincidimos con los autores estudiados en que son importantes el tipo de personalidad, el nivel de madurez, el aspecto físico, los mecanismos de defensa, las reacciones ante la frustración y el grado de adaptación social que los niños tienen para su inclusión a un grupo determinado. Estamos de acuerdo en que el grupo no debe contar con más de ocho niños cuyas edades no fluctúen más allá de dos años entre sí. Estos grupos deben ser mixtos en preescolares y de un solo sexo en escolares púberes y adolescentes.

Los niños que no deben incluirse son los débiles mentales, los cleptómanos, los niños extremadamente agresivos, los niños con impulsos sexuales acelerados o expuestos a experiencias sexuales perversas, los niños con rasgos psicopáticos o sociopáticos ni aquellos que presenten reacciones severas de angustia.

El material que se debe proporcionar a los niños es el que permite la expresión y la elaboración de conflictos y necesidades; que proporciona un sentimiento de poder en el niño; que lo ayuda a probar su realidad y a explorar el mundo. El material dará la posibilidad de sublimar impulsos a través del juego.

Se aprecia que la transferencia en los grupos es multilateral y aparece como la vivencia temprana de rivalidad fraternal. En el grupo no se realizan interpretaciones simbólicas; son interpretacio-

nes en el aquí y ahora y en beneficio de todo el grupo.

El terapeuta debe, ante todo, mostrar una actitud de aceptación para con el niño, indicando interés y preocupación por él. Sin embargo, no debe influir en el juego de los niños ni presionarlos a que expresen sus sentimientos. Ya desempeñe un rol activo (jugando, interpretando, o estimulando al grupo) o un rol pasivo, el terapeuta debe permanecer estable, armónico, paciente y plástico ante los niños, recordando que es él una figura de identificación, de desplazamiento y de proyección de impulsos tanto agresivos como libidinales. Estas serían las características de una persona que no tiene prejuicios hacia la juventud ni sentimientos de omnipotencia hacia los menores. El terapeuta debe poseer entrenamiento en psicoterapia grupal infantil y ser supervisado por otros terapeutas; necesita tener experiencia en el trabajo clínico y en la técnica de observación directa, y experiencia institucional. Asimismo debe haber recibido análisis personal preferiblemente de grupo.

En cuanto al proceso terapéutico, concluimos que básicamente hay tres períodos del mismo:

1) Período integrativo. Donde se establece la relación con los otros miembros del grupo y con el terapeuta; aparecen la cohesión y la identidad grupales y se marcan límites.

2) Período de elaboración. Hay más actividad, más emoción y gran elaboración simbólica de los conflictos. Los vínculos son

más estables; las defensas son más permeables, menos rígidas. Los niños se dan cuenta de sus conflictos y los hacen conscientes. El grupo evoluciona hacia observaciones y cambios de conducta que indican maduración.

3) Período de culminación. Se nota: más tranquilos, amistosos e interesados en organizar juegos sociales a los niños. Hay mayor madurez emocional, surge la capacidad de autocrítica y el respeto de sí mismo y de los demás. Comienza el proceso de sublimación.

Los límites dirigen la catarsis a través de canales simbólicos; facilitan al terapeuta mantener actitudes de aceptación y de empatía con los niños; aseguran la integridad física de los niños y del terapeuta, y refuerzan los controles volitivos. Los límites que se deben de marcar en el grupo se refieren al tiempo, al material y a ataques físicos.

Estamos de acuerdo en que a pesar de no ser necesario un grupo de padres paralelo al de niños, es conveniente reunirlos para que comprendan mejor los sentimientos de sus hijos, aprendan a comunicarse con ellos y los acepten conforme los niños van cambiando con el proceso terapéutico.

Apreciando el ensayo de marco teórico referencial que hemos descrito nos damos cuenta de que las técnicas estudiadas pueden llegar a adaptarse a nuestro medio institucional. Hay, sin embargo, que

comprobar empíricamente la utilidad de ciertos aspectos como la selección, el agrupamiento, las intervenciones del terapeuta y los límites a imponer. También consideramos importante el papel que los padres juegan en el proceso terapéutico y nos preguntamos acerca de la utilidad de los grupos-guía para éstos.

Queremos recalcar que a pesar de que continuaremos el estudio de la técnica de la psicoterapia de grupo infantil, consideramos que esta investigación bibliográfica nos ha dado instrumentos con los cuales manejar, por lo pronto, a los niños que están, ya, en psicoterapia de grupo. Esperamos que también sirva a otros terapeutas para que unidos llevemos a cabo una labor más completa y difundida a diferentes niveles, ayudando al mayor número de niños.

Sugerimos a las instituciones que se encargan de la salud mental del país que preparen a su personal para brindar un mejor servicio, por lo que deseamos motivarlas a que desarrollen programas de entrenamiento especializado para sus técnicos, específicamente cuando trabajen con niños.

En cuanto a los padres, sobre todo en el medio institucional, deberemos realizar una doble tarea educativa con ellos. Por un lado, deberemos sensibilizarlos con una difusión de la importancia del papel que juegan en la vida de sus hijos; y por otro, debemos enseñarles lo que es un tratamiento psicoterapéutico para, de esta manera contar con su confianza y apoyo.

## VIII. Bibliografía

- ABERASTURY, Arminda, El Niño y sus Juegos, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1968.
- ABERASTURY, Arminda, Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños, Edit. Paidós, Buenos Aires, 1969.
- ANZIEU, Didier, El Psicodrama Analítico en el Niño, Edit. Paidós, Buenos Aires, 1961.
- AXLINE, Virginia, Terapia de Juego, Editorial Diana, México, 1975.
- BAULEO, Armando, Psicología y Sociología de Grupo, Editorial Fundamentos, Buenos Aires, 1974.
- BION, W. R., Experiencias de Grupos, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1974.
- CAPPON, Jorge, El Movimiento de Encuentro en Psicoterapia de Grupo, Editorial Trillas, México, 1978.
- CASTILLO, Beatriz, Las Terapias Psicológicas, Biblioteca Fundamental del Hombre Moderno, Buenos Aires, 1973.
- DUPONT, Marco Antonio y Adela Jinich de Wasongarz, The Natural Children's Group: A Psychoanalytic Experience, Group Therapy, An Overview, Editora Wolberg-Aronson, 1979.
- ERICKSON, Erick, Infancia y Sociedad, Ediciones Hormé, Buenos Aires, 1973.
- FOULKES, S. H., y otros, Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo, Paidós, Buenos Aires, 1964.
- FREUD, Anna, Psicoanálisis del Niño, Ediciones Hormé, Buenos Aires, 1970.
- FREUD, Anna, Normalidad y Patología en la Niñez, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1971.
- FREUD, Anna, El Yo y los Mecanismos de Defensa, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1977.
- FREUD, Sigmund, Tres Ensayos para Una Teoría Sexual, Obras Completas, Tomo II, Biblioteca Nueva, 3ra. ed., Madrid, 1973.

- FREUD, Sigmund, Mis Opiniones Acerca del Rol de la Sexualidad en la Etiología de las Neurosis, en Obras Completas, Tomo II, Biblioteca Nueva, 3ra. ed., Madrid, 1973.
- FREUD, Sigmund, Teoría General de las Neurosis. (1916-1917), Lec. XX. La Vida Sexual Humana, Lec. XXI, Desarrollo de la Libido y Organizaciones Sexuales, Lec. XXII, Puntos de Vista del Desarrollo y de la Regresión; Etiología, en Obras Completas, Tomo II, Biblioteca Nueva, 3era. ed., Madrid, 1973.
- FREUD, Sigmund, El Método Psicoanalítico de Freud. (1903-1904), en Obras Completas, Tomo I, Biblioteca Nueva, 3ra. ed., Madrid, 1973.
- FREUD, Sigmund, Los Caminos de la Terapia Psicoanalítica. (1918-1919), en Obras Completas, Tomo III, Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.
- FREUD, Sigmund, Psicoanálisis y Teoría de la Libido (Dos Artículos de Enciclopedia), (1922-1923), en Obras Completas, Tomo III, Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.
- FREUD, Sigmund, El Yo y el Ello. (1923), en Obras Completas, Tomo III, Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.
- FREUD, Sigmund, Análisis de la Fobia de un Niño de Cinco Años. (1905), en Obras Completas, Tomo II, Biblioteca Nueva, 3ra. ed., Madrid, 1973.
- GINNOT, Haim, Group Psychotherapy with Children, McGraw-Hill, New York, 1961.
- GRINBERG, León, y otros, Psicoterapia de Grupo, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1974.
- KADIS, Asya L., Jack D. Krasner, Charles Wineck y S. H. Foulkes, Manual de Psicoterapia de Grupo, Fondo de Cultura Económica, México, 1969.
- LEBOVICI, Serge y Michel Soulé, El Conocimiento del Niño a Través del Psicoanálisis, Fondo de Cultura Económica, México, 1973.
- MAHLER, Margaret, Simbiosis Humana: Las Vicisitudes de la Individuación y la Psicosis Infantil, Editorial Joaquín Mortiz, México, 1972.
- MAILHOT, Bernard, Dinámica y Génesis de Grupos, Editorial Marova, Madrid, 1973.



- MORENO, J. L., Psicoterapia de Grupo y Psicodrama, Fondo de Cultura Económica, México, 1975.
- MOUSTAKAS, Clark, Children in Play Therapy, Ballantine Books, New York, 1974.
- NARES, Daniel, Psicoterapia en la Infancia, Apuntes, México.
- PAVLOVSKY, Eduardo, Psicoterapia de Grupo en Niños y Adolescentes, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1968.
- PEARSON, Gerald, Manual de Psicoanálisis de Niños y Adolescentes, Editorial Hormé, Buenos Aires, 1972.
- PICHON-RIVIERE, Enrique, Del Psicoanálisis a la Psicología Social, Tomo II, Editorial Galerna, Buenos Aires, 1960.
- RECA, Telma, Psicoterapia en la Infancia, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1976.
- ROGERS, Carl R., Psicoterapia Centrada en el Cliente, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1966.
- ROLLA, Edgardo, Psicoterapia Individual y Grupal, Ediciones 3, Colección Hombre y Sociedad, Buenos Aires.
- SEGAL, Hanna, Introducción a la Obra de Melanie Klein, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1977.
- SIRLIN, María E. y María Rosa Glasserman, Psicoterapia de Grupo en Niños, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1974.
- SLAVSON, S. R., The Practice of Group Therapy, International University Press, New York, 1962.
- SMIRNOFF, Víctor, El Psicoanálisis del Niño, Editorial Planeta Mexicana, S.A., México, 1976.
- SPEIER, Anny, Psicoterapia de Grupo en la Infancia, Editorial Proteo, Buenos Aires, 1970.
- WINNICOT, D. W., Realidad y Juego, Granica Editor, Buenos Aires, 1972.

## APENDICE.

### Antecedentes.

La motivación para realizar la presente investigación bibliográfica nació de la experiencia con un grupo de niños; esta experiencia, a pesar de haber sido rica para nuestro aprendizaje, tuvo resultados algo confusos en cuanto al beneficio que los niños obtuvieron. Nuestra ignorancia en cuanto al manejo de grupos infantiles era grande y nos llevó a cometer múltiples errores. Deseamos comunicar esta experiencia.

El grupo fue formado al apreciar la gran demanda de consultas. Era un grupo mixto de siete u ocho niños cuyo diagnóstico nosológico fue el de enuresis. La mayoría de estos niños presentaban disfunción cerebral mínima y uno de ellos tenía un daño orgánico cerebral de importancia. Todos ellos fueron manejados con medicamentos para el control de la enuresis. Este fue nuestro primer error: el incluir niños con un mismo diagnóstico en un sólo grupo. Los niños no se animaron jamás a comunicar su síntoma, sentían pena que los demás los escucharan y temor a la crítica. A pesar de que había consciencia de enfermedad, ésta permanecía oculta. Dado que todos los niños padecían del mismo sin toma, no podía haber una ayuda mutua entre ellos. No podían apoyarse porque todos 'cojeaban del mismo pie'.

Nuestro segundo error se refiere al encuadre terapéu-

tico y al material que se les brindó a los niños. A pesar de que se les citaba una sola vez a la semana, en día y hora prefijados, el horario no fue respetado. Se ingresaba al salón en momentos diferentes a los programados y se dejaba salir a los niños antes de que terminara el tiempo. En cuanto al material, únicamente se proporcionaban hojas de papel y lápices de colores o gises y pizarrones. La única comunicación que hubo con los niños era a través de sus dibujos, ya que no hablaban durante la sesión y no expresaban fantasías o sueños. Los juegos no ocurrieron por lo que no se pudo apreciar otra dinámica grupal más que la que se refería a identificación entre los niños (copiarse los dibujos) y alguna competencia entre ellos (tratando de dibujar mejor que los otros).

Otro error consistió en la escasa comunicación que hubo entre la terapeuta y la coterapeuta. Generalmente, ante las pocas interpretaciones que hizo la coterapeuta, la terapeuta hacía comentarios contrarios, negando lo dicho. La actitud de la terapeuta consistía en dar a los niños las instrucciones de que dibujasen lo que quisieran. La coterapeuta, al ver que los niños no se comunicaban, se angustiaba y les preguntaba con el fin de conocer sentimientos más profundos. Si se interpretaba alguna cuestión, la terapeuta al parecer, se asustaba y 'componía lo dicho'.

Cada una de las terapeutas intentaba aplicar su muy particular técnica. En una ocasión, se mostraron las láminas del TAT para propiciar la expresión simbólica en los niños. La terapeuta entró al

al salón de juegos y suspendió la sesión, indicando a los niños que dibujaran.

En cuanto a la transferencia, lo que se observó en el grupo, fue que los niños depositaron en ambas terapeutas su temor y obediencia a la autoridad. Respetaban humildemente la conducta de ambas sin oponerse jamás a lo que éstas decían. En la época navideña dos de los niños del grupo llevaron regalos a las terapeutas bajo la indicación de los padres.

La agresión raramente logró expresarse más que de manera pasiva (negándose a dibujar). En una ocasión, el niño que presentaba el daño cerebral importante, agredió verbalmente a una niña. Las terapeutas inmediatamente, y con ansiedad, defendieron a la niña y llamaron la atención al ofensor. El grupo se desintegró con temor y se les dejó salir del salón de juegos, sin mayor interpretación o comentarios.

Nunca se dió orientación a los padres. Solamente se les indicaba en cuanto al uso de los medicamentos.

Los niños fueron dados de alta. Su síntoma, la enuresis, había desaparecido; no consideramos que la mejoría se debiera al proceso terapéutico, sino al medicamento empleado.

De esta experiencia aprendimos que era necesario:

1) Tener entrevistas tanto con los padres como con el niño antes de incluirlo en el grupo, para conocer a fondo el problema. Se considera importante realizar una adecuada selección de los niños y

lograr un balance grupal efectivo para que entre los niños logren ayudarse mutuamente.

2) Mantener un encuadre terapéutico preciso y proporcionar a los niños materiales adecuados para que expresen sus sentimientos íntimos.

3) Adoptar una determinada técnica y seguirla fielmente. Asimismo si el grupo es dirigido por dos personas, ambas deberán estar de común acuerdo en cuanto al empleo de esta técnica.

4) La expresión de agresión, ansiedad o temor, debe ser interpretada, mostrando los sentimientos o causas subyacentes a ellos.

5) Se debe dar orientación a los padres en cuanto al problema de los niños, al proceso terapéutico y al adelanto de los niños para tranquilidad de los mismos.

6) Es importante que antes que los niños sean dados de alta, se revalore el problema y la adaptación que el niño ha logrado. Es también necesario preparar, con tiempo, a los demás miembros del grupo, cuando alguno de ellos será dado de alta, para no propiciar ansiedad de separación.

En base a este aprendizaje se realizó la presente investigación bibliográfica pues necesitábamos conocer las bases del manejo de grupos infantiles. Es importante investigar empíricamente el proceso terapéutico en grupos de niños, por lo que, a continuación, mostramos un proyecto de investigación.

## SUGERENCIAS PARA UN PROYECTO DE INVESTIGACION

En vista del excesivo número de pacientes, consideramos que es necesario aplicar la psicoterapia de grupo infantil dentro del marco institucional; y por lo tanto, nos vemos precisados a investigar los factores de las técnicas ya expuestas que, por nuestra realidad social y cultural, debemos modificar, para de esta manera, otorgar un servicio más eficiente y brindar una ayuda integral a los niños.

A lo largo de la presente revisión bibliográfica hemos observado que todo enfoque psicoterapéutico y toda atención psicológica considera como fundamento al psicoanálisis tomando en cuenta las diferentes aportaciones que a él se han hecho. De igual forma, nosotros tomaremos el marco teórico psicoanalítico para esta investigación, aprovechando diferentes conceptos del mismo, en la selección de los sujetos y a través del proceso terapéutico.

### Objetivo.-

El objetivo básico de esta investigación será el apreciar cómo cambian ciertos aspectos de la personalidad de los niños a través del proceso terapéutico grupal, buscando la desaparición de la sintomatología y una mejor adaptación de los mismos a su medio familiar y social.

**Sujetos.-**

Los sujetos serán derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, canalizados de sus clínicas de adscripción al Centro Comunitario de Salud Mental. La selección se realizará a través de una historia clínica psiquiátrica evolutiva, estudios psicológicos completos (WISC, Machover, HTP, CAT, Bender y Test de la Familia), y un estudio social con objeto de conocer la situación económica y laboral de la familia. También se realizará un estudio de gabinete (REG) para descartar la presencia de daño orgánico cerebral.

Los sujetos seleccionados serán los que no presenten sintomatología causada por trastornos orgánicos o funcionales, sino aquellos cuyos síntomas sean de carácter netamente emocional. No se aceptarán niños con debilidad mental, rasgos psicopáticos o sociopáticos o los que tengan impulsos sexuales exacerbados.

Además, para valorar la personalidad y el conflicto de los niños, se realizarán entrevistas diagnósticas con el niño, con los padres y con ambos a la vez. También se evaluará a los niños a través de dos horas diagnósticas de juego en grupo, investigando los siguientes factores:

- 1) Habilidad para relacionarse con otros.
- 2) Juego.
- 3) Cambios de juego.
- 4) Resistencias.
- 5) Angustia.

- 6) Miedos y temores.
- 7) Funcionamiento del Yo.
- 8) Estado del Superyo.
- 9) Mecanismos de defensa.
- 10) Relaciones objetales.
- 11) Predominio del principio de realidad o el del placer.
- 12) Fantasías.

#### Agrupación.-

Los sujetos se incluirán en dos grupos de seis niños, cuyas edades no difieran más allá de dos años entre sí. Serán grupos mixtos en donde se intentará realizar un equilibrio entre personalidades activas y pasivas, agresivas e inhibidas, con el objeto que haya una influencia recíproca entre los niños. La idea de tener dos grupos es la de comparar el proceso terapéutico en ambos.

#### Cuarto de Juegos y Material.-

El material de selección será las pruebas psicológicas estándar, formas de historia clínica y de estudio social, Además, para la valoración de los factores que investiguen el conflicto y la personalidad de los niños, se considera necesario elaborar una escala con la descripción detallada de cada uno de ellos y una evaluación numérica (ordinaria o en porcentajes).

El material terapéutico se compone de pizarrón, de gises, de lápices de colores, de papel, de juguetes, y de muñecos de dife



rentes clases.

Para las entrevistas y la aplicación de pruebas psicológicas se utilizarán cubículos individuales. El salón de juegos es un cuarto de 16 mts.<sup>2</sup>, alfombrado, con espejo de una sola vista, y otro espejo común de pared a pared. Dispone de equipo de sonido para grabación. Está provisto con un mueble donde se guardan los juguetes, sillas pequeñas, dos o tres sillas grandes y una casa de muñecas.

Procedimiento.-

Al llegar los niños al Centro Comunitario de Salud Mental, se someterán, en varias citas, a los estudios diagnósticos que serán realizados por otros especialistas para que el terapeuta no se prejuzgue con los datos que se obtengan. Los niños se enviarán al Centro Médico Nacional para la aplicación del EEG. Cuando se cuente con todos los datos, el terapeuta junto con un observador, realizarán las entrevistas con los padres y el niño y las sesiones diagnósticas de juego, así como la aplicación del registro de factores de personalidad. Esto lo hará cada uno por separado para que no se contaminen los datos y se obtenga mayor confiabilidad. El equipo de especialistas (psiquiatra, psicólogo, trabajadora social y terapeuta) se reunirá para decidir la inclusión del niño a determinado grupo.

Una vez formado el grupo por tres o cuatro niños, se comenzarán las sesiones terapéuticas aunque después ingresen más niños al grupo. El grupo se reunirá una vez por semana, a una hora prefijada y siempre la misma, durante doce semanas, plazo reglamentado por la ins

titución.

En la primera sesión, se llevará a los miembros del grupo al salón de juegos y se pondrán los juguetes a su disposición. Las instrucciones serán: "Pueden jugar con estos juguetes como ustedes quieran, pueden hacer lo que quieran". El observador tomará notas personales de las sesiones a través del espejo de una sola vista.

Los límites que se impondrán serán los que salvaguarden a los niños y al terapeuta de agresiones. Asimismo se indicará que no pueden romperse los juguetes y que debe respetarse el horario de las sesiones.

El terapeuta deberá mantener una actitud aceptante hacia los niños y sus juegos sin intervenir en ellos más que cuando se le requiera. Interpretará la conducta de los niños sólo cuando la ansiedad o la agresión sean intensas.

Después de las doce sesiones reglamentarias, tanto el terapeuta como el observador, volverán a aplicar el registro de factores de personalidad. Los resultados de la evaluación y el registro de las sesiones se someterán a discusión ante el equipo de especialistas para decidir si se continúa con el tratamiento o se da a los niños de alta.

Para los fines de esta investigación, se revalorará el registro inicial y el realizado a las doce sesiones con el fin de determinar qué cambios han habido en la personalidad de los niños y en la solución del conflicto a través del proceso terapéutico.

**Registro.-**

Además de los estudios diagnósticos, se grabarán y transcribirán las sesiones terapéuticas con el fin de mantener un registro fiel del proceso terapéutico.

**Comentario.-**

Nos damos cuenta que este proyecto de investigación es un tanto burdo y que debe ser afinado, esclareciendo los puntos aquí expuestos y detallando el procedimiento. Para ésto, consideramos necesario contar con la asesoría de una persona dedicada a la investigación en psicoterapia. Sin embargo, pensamos que este proyecto general puede guiarnos hacia la búsqueda de técnicas terapéuticas propias para nuestro medio institucional.