



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS "IZTACALA"

400282



61060

PSICOTERAPIA DE GRUPO INFANTIL  
EN MEXICO: REVISION HISTORICA

T E S I S I N A

Que para obtener el Título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a:

MARIA ESTHER ROMERO GONZALEZ

Tlalnepantla, Edo. de Méx.

1996



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.



U.N.A.M. CAMPUS  
TÁCALA

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Campus “ IZTACALA ”**



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

**Psicoterapia de grupo infantil en  
México: revisión histórica.**

## Agradecimientos

A mis padres : Ricardo y Esther por su amor incondicional y por estar ahí en los momentos más importantes de mi vida.

A mis hermanos: Jaime, Héctor, Ricardo, Rita e Israel, por su ejemplo y por compartir conmigo los fracasos y los triunfos.

A todos mis amigos por ser siempre solidarios en todo momento.

A Celia, Alejandro y a mi grupo de AMPAG por su motivación, su apoyo y por hacer surgir de mi lo mejor.

A Lourdes Jacobo, mi asesora por su apoyo incondicional, por corregir y mejorar esta tesina, ayudándome de esta manera a alcanzar otra meta más.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por formar grandes hombres y mujeres profesionistas, contribuyendo de esta manera al desarrollo de nuestro país.

Al Campus Iztacala por haberme formado dentro de sus aulas.

A todos ¡GRACIAS! Ma. Esther.

## Resumen

Esta tesina es una revisión bibliográfica de toda la trayectoria de la psicoterapia de grupo infantil iniciando en el capítulo I con los inicios de la psicoterapia de grupo como surgió y se desarrolló, pasando después al desarrollo de la misma pero ahora trabajando con niños, exponiendo los trabajos realizados primero con niños individualmente y posteriormente con aquellos que dieron paso a la psicoterapia de grupo infantil, haciendo un bosquejo de todos aquellos trabajos que tuvieron como base el psicoanálisis desde Europa hasta Latinoamérica teniendo mayor información y trabajos realizados en Argentina, haciendo énfasis en las técnicas y la evolución de la psicoterapia de grupo, para finalizar en el capítulo III con los trabajos realizados en nuestro país mencionando los pocos trabajos realizados con la terapia de grupo en niños con marco teórico psicoanalítico, teniendo una propuesta teórico-técnica diferente a las expuestas anteriormente: el Grupo Natural Infantil, en donde ya no hay juguetes mediadores. Partiendo de dos bases de conocimiento: la teoría psicoanalítica y la de grupos, privilegiando en la práctica el manejo de la transferencia, el juego y la interpretación, para hacer emerger las fantasías inconscientes. Incluyendo recursos terapéuticos siendo los principales el cuerpo, a través de la dramatización. Son tres momentos terapéuticos los que se manejan en el GIN : el de la acción en el que se rompen los esquemas tradicionales entre niños y adultos. En este momento se promueve el contacto, de manera que aparezcan series de actuaciones que son motivo de señalamiento, comentarios e interpretaciones. Después con el material brindado por la hora de la acción, se trabaja en la hora de pensar, cuando los niños y los terapeutas elaboran verbalmente los contenidos del juego. La sesión termina en la hora de poner las cosas en su lugar, donde se propone estimular la actitud reparadora tras las frecuentes catarsis agresivas constituyendo de esta manera el adentro y el afuera.

Estos tres momentos varían en su duración e intensidad a lo largo del proceso terapéutico.

Se trabaja colateralmente con los padres de los niños, de esta manera, el niño y sus padres se convierten en agentes de salud mental a través del cambio de la dinámica familiar.

La metodología del GIN ha sido utilizada en tareas marginales a la psicoterapia, como la enseñanza y entrenamiento de psicoterapeutas, en los sismos de 1985, en la capacitación de voluntarios para auxilio de damnificados.

## INDICE



Paginas

Introducción

Capitulo I      Antecedentes Histórico Conceptuales      1

Capitulo II      Revisión bibliográfica de los precursores  
de la terapia de grupo infantil      28

Capitulo III      Trayectoria de la psicoterapia de grupo  
infantil en nuestro país      49

Conclusiones

Bibliografía.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad se vive una época de cambios en donde se observa que la mayoría de las ciencias están en constante desarrollo, la psicología no puede ser la excepción, en el campo particular de la psicoterapia de grupo infantil. En los consultorios se analizan todos los días niños y ello no implica, que el campo sobre el que se opera esta claramente definido. Por lo que se esta constituyendo una modalidad y una alternativa diferente de abordar los conflictos infantiles.

Así este método de tratamiento es importante por que nuestra concepción de hombre es que de un ser social y gregario por naturaleza; Desde el momento de nacer ya pertenece a un grupo: la familia, amistades, escuela etc. son algunos ejemplos de grupo. El grupo es parte de él mismo y un instrumento para lograr sus fines..

Esto me ha conducido a definir y retomar los inicios de la constitución de la psicoterapia misma y posteriormente la psicoterapia de grupo.

la psicoterapia de grupo con niños cada vez gana más terreno porque esta psicoterapia representa varias ventajas con respecto a los tratamientos individuales, ya que es mucho más aplicable en instituciones así como hospitales y escuelas donde no existe una cantidad suficiente de profesionales que puedan atender las demandas de atención psicológica en la población infantil.

Desde mi punto de vista, algunas de las ventajas que implica establecer grupos de psicoterapia son:

1. Se puede atender a más niños en menos tiempo
2. Se les permite por medio del grupo compartir sus preocupaciones con otros
3. Es la oportunidad para aprender a relacionarse de otra manera con los demás
4. Les brinda a los niños la seguridad de contar con un espacio propio para hablar de sus problemas.

Existen un sinnúmero de diferencias en cuanto al método y la técnica en la terapia de grupo infantil, basadas en una gran variedad de premisas teóricas.

A raíz de este panorama, surgen varias interrogantes tales como: ¿De donde surge la psicoterapia de grupo infantil? ¿quiénes son sus precursores? ¿Cuándo aparece en México?

Para lograr contestar estas dudas se planteó el siguiente objetivo: Realizar una reseña del proceso histórico del surgimiento de la psicoterapia de grupo infantil en México, ya que siendo relativamente “nuevo” esto en nuestro país es indispensable que tanto terapeutas, psicólogos, médicos y todos los interesados en esta disciplina conozcan de donde surge o se deriva epistemológicamente, para que se comprenda y se apoye ésta misma. Y así poder intervenir precozmente en la psicopatología del niño y del grupo infantil.

Para lo anterior, se plantearon los siguientes objetivos específicos:

1. Conocer las raíces epistemológicas de la psicoterapia de grupo infantil.
2. Dar a conocer lo que se hace en otros países ( Estados Unidos, Argentina, etc.) en lo que respecta a la psicoterapia de grupo infantil
3. Conocer las Instituciones que imparten Terapia de grupo infantil en la actualidad en nuestro país, para lograr plantear tales objetivos, la tesina dividió en los siguientes capítulos:



- En el capítulo I, se retoman los antecedentes epistemológicos que dieron pauta a la psicoterapia de grupo describiendo algunos aspectos importantes de la evolución de la psicoterapia de grupo: sus orígenes y su evolución histórica, desarrollando una revisión bibliográfica de los principales precursores de la terapia de grupo; de esta manera podemos observar la influencia que tuvieron los trabajos posteriores en esta área.
- Teniendo un esquema referencial dividido en la psicoterapia de grupo no analítica, presentando una visión general de los primeros trabajos con orientaciones terapéuticas que actúan por las emociones del grupo, sin tratar de comprender su naturaleza ni modificar sus estructuras.

Y las psicoterapias analíticas de grupo que abarcan desde la terapia interpretativa individual

“en el grupo” hasta las técnicas interpretativas “del grupo”, en las que se concibe a éste como una totalidad. La situación que se crea en el grupo está dada por la interacción de todos sus participantes, es decir se toma al grupo como fenómeno central y como punto de partida de toda interpretación.

Dentro de la evolución de las terapias analíticamente orientadas, se registran actualmente aquellas que se manejan exclusivamente con una concepción verbal del grupo, y aquellas otras que introducen las “técnicas dramáticas”, dentro de un manejo verbal.

Asiendo mención de la psicoterapia analítica de grupo en México, sus antecedentes y su situación actual.

En el capítulo II, se exponen aquellas ideas y trabajos fundamentales para comprender a los grupos terapéuticos de niños, haciendo referencia a los trabajos “clásicos” en el tema, donde se pueden ver los puntos de coincidencia y divergencia de los diferentes autores interesados en el trabajo terapéutico con niños.

Desarrollando una breve revisión bibliográfica de los principales precursores de la psicoterapia con niños en primera instancia, y posteriormente aquellos autores que trabajaron la psicoterapia de grupo con niños.

Este recorrido histórico nos hace reconocer cómo se enriquecieron las psicoterapias de grupo infantiles conociendo como se amplió el campo de aplicación del análisis terapéutico.

Esta historia de la psicoterapia de grupo está marcada por las diferentes perspectivas científicas y posiciones ideológicas de aquellos que contribuyen a sus constitución.

En el capítulo III se abordará el principal interés de esta tesina ya que señalaremos la trayectoria de la psicoterapia de grupo infantil en nuestro país. Es importante mencionar que los trabajos con grupos terapéuticos con niños en México son escasos. Así que esta tesina hace un reconocimiento a todos aquellos que trabajaron y trabajan en la psicoterapia de grupo infantil.

Esto lo haremos una descripción primero un breve bosquejo histórico de la psicoterapia de grupo infantil en México y así llegar a la época actual en donde se describen los datos más importantes de los terapeutas nacionales.

De los que se tiene mas información son los realizados por Marco Antonio Dupont y Adela Junish, quienes abordan la psicoterapia de grupo con niños con un doble desarrollo metodológico: por un lado, de los principios básicos en los que sustenta la psicoterapia analítica de niños; y por otro los de la psicoterapia analítica grupal, propiamente dicha.

Implementando una técnica que permite el acceso a la psicopatología de los niños de manera grupal directa, sin la intermediación de artefactos y juguetes que mediatizan los conflictos, si no propiciando su expresión en y mediante el grupo.

Ya que si la psicopatología infantil se gestó en el contexto social de la familia que es la célula, la reproducción de tal célula en un marco terapéutico, propiciara así la proyección del conflicto infantil sobre el grupo-familia: los terapeutas hombre-mujer, y los pares niños y niñas.

La experiencia original, se llevo a cabo en la consulta privada y se denominó "cero", el Grupo Infantil Natural (GIN) fue llevado al ámbito institucional. El GIN I se implementó en el Centro de Integración Juvenil (CIJ) de Naucalpan; el GIN II y el GIN IV en la clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG); El GIN II en la clínica del Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia (IMPPA): En algunas de estas instituciones acogieron la propuesta del GIN para brindar servicio a comunidades de bajos recursos. En los diferentes modelos que se diseñaron se buscó mejorar los dispositivos técnicos hasta llegar al diseño que reportó mejores resultados, el GIN IV.

La evolución del trabajo con el GIN descubrió que las sesiones se dividían en tres etapas, tres momentos diferentes que constituyen las partes de un todo. El primer momento es el de la acción, en el que se rompen los esquemas tradicionales entre niños y adultos. Después con el material brindado por la "hora de la acción", se trabaja en la "hora de pensar", cuando los niños y los terapeutas elaboran verbalmente los contenidos del juego. La sesión termina en la "hora de poner las cosas en su lugar", que se propone en esta estimular la actitud reparadora tras las frecuentes catarsis agresivas y así constituir un marco del adentro y el afuera de la sesión.

La metodología del GIN como propuesta técnica se ha sido utilizada en tareas marginales a la psicoterapia, como la enseñanza y entrenamiento de psicoterapeutas, en los sismos de 1985, en la capacitación de voluntarios para el auxilio de damnificados. Más cerca de la psicoterapia, el GIN se ha utilizado como un procedimiento de emergencia en la elaboración de situaciones traumáticas en niños después de los sismos.

Ha demostrado ser una forma de terapia de grupo exitosa en el tratamiento de niños en etapa de latencia y de otros tipos de pacientes..

## CAPITULO I ANTECEDENTES HISTORICO CONCEPTUALES

### 1. Etimología.

Antes de abordar los antecedentes históricos de la psicoterapia de grupo es importante tener una concepción de lo que se entiende por grupo y como pueden ser conformados.

El término francés *groupe* (grupo) es reciente menciona Aziey y Jaques (1).

Proviene del italiano *gropo* o *gruppo*, término técnico de las bellas artes que designa a varios individuos, pintados o esculpidos, que componen un tema. Fueron los artistas franceses, como Mansard, quienes lo importaron hacia la mitad del siglo XVII, después de sus viajes por Italia.

La primera aparición escrita de *groupe* se encuentra en la traducción (1668) que hizo R. de Piles, del *De arte graphica* de Du Fresnoy. es un vocablo de taller (atelier).

La primera aparición literaria del término se debe a Molière, en un texto poco conocido, el *Poème du Val-de-Grâce* (1669), en el que el autor cómico define a su difunto amigo el arquitecto Mansard y describe el fresco de la cúpula realizado por el pintor Magnard, haciendo una cuestión de honor utilizar nociones técnicas.

El vocablo se extiende pronto al lenguaje corriente y designa un conjunto de elementos, una categoría de seres o de objetos.

Sólo hacia mediados del siglo XVIII, grupo, designa, en francés, una reunión de personas. Simultáneamente, se imponen en alemán y en inglés vocablos análogos (*Grupp*, *group*). Debe señalarse que las lenguas antiguas no disponen de ningún término para designar una asociación de pocas personas, que persiguen objetivos comunes.

Los hombres piensan espontáneamente en función de grupo, aunque su vida y sus actividades se desarrollan siempre en el seno de conglomerados restringidos.

Es importante aclarar el origen del vocablo sobre las significaciones latentes de este. El sentido primero del italiano *gropo* era "nudo", antes de llegar a ser "reunión", "conjunto". Los lingüistas lo relacionan con el antiguo provenzal *grop*= nudo, suponen que deriva del germano occidental *Kruppa*= masa redondeada. Parece, además que *groupe* y *croupe* (grupa) se originaron en la idea de círculo.

La etimología proporciona, así dos líneas de fuerza: el nudo y el círculo. El sentido primero de nudo poco a poco se reproduce en grupo hasta connotar el grado de cohesión entre los miembros. En cuanto a círculo. designó muy tempranamente, en el francés moderno, una reunión (este vocablo, más tardío, aparece en el siglo XVI) de personas o, para conservar la misma imagen, en círculo de gente.

El vocablo *groupe* es uno de los más confusos de la lengua francesa; el inglés y el alemán no presentan una situación mejor

En el castellano, el diccionario de la Academia dice: "Grupo (Del ant. alto al., *Kropf*;) m. Pluralidad de seres o cosas que forman un conjunto, material o mentalmente considerado.

·2 Pint. y esc. Conjunto de figuras pintadas o esculpidas".

Es decir que el concepto objetivo de grupo, fundamento de una ciencia de las asociaciones, de los comités y de los equipos, ha surgido lentamente en el curso de la historia del pensamiento,(2).

Comenzamos apenas a saber definirlo y caracterizarlo. Así es que la etimología es muy nueva ya que en la antigüedad no existía la designación al agrupamiento de personas, cosas, etc. aunque estos ya existieran.

Su definición es importante pues éste es la unidad básica de la organización de los seres humanos desde el punto de vista psico-socio-antropológico.

Los hechos del grupo se distinguen de los hechos psíquicos individuales porque se relacionan con una pluralidad o con un conglomerado de individuos. Son necesarios dos individuos, por lo menos, para componer un grupo, dice el sentido común.

En esta realidad, dice González (3) “ No existe ninguna personalidad normal que esté psicológicamente aislada de las otras ”.

Una vez que hemos visto lo que es un grupo y su forma de conformarse pasemos a la historia de la terapia grupal.

## 2. Inicios de Psicoterapia.

Al hablar de los inicios de toda psicoterapia es necesario remontarnos a los inicios de toda psicoterapia: el psicoanálisis, pues es sabido de todos que Sigmund Freud (1905) abrió las puertas del psicoanálisis de niños al analizar al “pequeño Juanito” de cinco años.

Freud no manejo 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 (4) logró:

1. Confirmar sus afirmaciones sentadas en tres ensayos para una teoría sexual 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 la misma.

A través del psicoanálisis de adultos, Freud descubrió la sexualidad infantil, sus manifestaciones y estableció los estadios de desarrollo psicosexual.

Freud también se encargó de explicar al grupo.

El año de 1922 es significativo en la historia del psicoanálisis, porque durante ese año se publicó por primera vez el trabajo de Freud “ Psicología de las masas y análisis del yo”; Freud siendo ya una figura fundamental en la psicología individual, basándose en los trabajos de Le Bon (1895) y Mc Dougall (1921), aplicó su teoría psicoanalítica al estudio de los grupos. Se propuso a si mismo dar respuesta a tres preguntas: 1) ¿ Qué es un grupo?

2) ¿Cómo llega el grupo a ejercer una influencia activa sobre la función mental del individuo?

3) ¿ Qué cambios produce el grupo en la vida mental del individuo?.

A Freud le interesaba definir algunos principios de la psicología de grupo; no trabajo con el tema de la psicoterapia de grupo o del tratamiento de grupo.

Al desplazar el foco de su interés del estudio del individuo al estudio del grupo. Freud señaló que esto no era un signo de incoherencia por su parte. Al señalar que las diferencias entre la psicología individual y la de grupo son superficiales y que es más útil el estudio de ambas áreas.

Las ideas de Freud sobre la psicología grupal destacaban los siguientes puntos:

1. La importancia del desarrollo del yo en los grupos

2. La importancia del "líder" en el grupo

3. La reconstrucción de la unidad familiar por medio de los miembros del grupo.

En el artículo sobre "Psicología de las masas y análisis del yo", se sugieren tres posibles tipos de identificación refiere Hansen (5) : "Primero... la forma original de vínculo emocional con un objeto; segundo... La introyección del objeto en el yo; y tercero... la percepción de una cualidad común compartida con otra persona " .

La primera tesis sobre la conducta de los grupos, de Freud (6) se basa en la aplicación de la teoría de la libido a la conducta de grupo. Considera que la sugestibilidad, que es una de las características del grupo, se debe a los impulsos libidinales hacia el líder y a la identificación entre los miembros de grupo que se unen por esta liga hacia el líder. Más adelante presenta otra hipótesis y es que el líder viene a sustituir el ideal del Yo de sus miembros, y esto se vuelven más sugestionables por abandonar su propio Yo ideal y adaptar el del líder identificándose unos con otros en el Yo del líder.

Explica la dinámica del grupo, basándose en la horda primitiva, a la que considera como primer grupo y como la forma original de la organización social. Los grupos humanos reviven la escena de la horda primitiva en la que gobierna un individuo de fuerza superior (el líder) que una tropa de compañeros (los miembros del grupo).

El padre de la horda primitiva impide a sus hijos la satisfacción sexual, forzándolos a la abstinencia y por consiguiente a la formación de ligas emocionales hacia él y entre ellos. Son los celos sexuales y la intolerancia del padre lo que forzó las relaciones grupales entre los hijos. Los sentimientos agresivos dice Freud, se neutralizan en el grupo por las ligas libidinales ;los celos se transforman en espíritu de grupo por la formación reactiva de la hostilidad.

Los temas neuróticos y narcisistas decrecen también en el grupo teniendo éstos efectos desintegradores en el grupo dice Antony(7): " La intolerancia se desvanece, temporal o permanentemente, como resultado de la formación de un grupo, y en un grupo. Mientras la formación de grupo persista, o hasta donde ésta se extienda, los individuos se comportan uniformemente, toleran las peculiaridades de los demás, poniéndose en el mismo nivel, sin haber sentimientos de aversión. Tal limitación del narcisismo puede, según nuestro punto de vista teórico, solo ser producida por un factor, una liga libidinal con otra gente. El amor por uno mismo solo conoce una barrera -el amor por otros, amor por los objetos" .

Freud habla también del inmenso poder del grupo y el líder ejercen sobre el individuo, comparando este poder con el del padre de la horda primitiva.

El valor adjudicado a la contribución de Freud en el campo de la psicoterapia de grupo varia. Antony ( 8) dice: En 1921, Freud delineó una psicología de grupos que fue y sigue siendo significativa para el psicoterapeuta de grupo.

Kanzser (9) por otro lado, considera a Freud como "el primer líder psicoanalítico de grupo", describe las reuniones de la Asociación Psicoanalítica de Viena como un ejemplo de terapia psicoanalítica de grupo.

Por otro lado, Maré .(10)por ejemplo dice "Freud y Jung parecen haber tenido una antipatía hacia la psicología de grupo como tal, adoptando actitudes que reflejan ironía y suspicacia. Ambos veían al grupo como un fenómeno unificador y masificante, no haciendo una clara distinción entre grupos reducidos y grandes; su punto de vista debe haberse visto oscurecido por su admisión de considerar al grupo reducido como tal".

Considero, que la contribución de Freud debe verse en una doble perspectiva. Por un lado, es innegable que el legado psicoanalítico de Freud como teoría general del psiquismo y como metodología clínica es completamente esencial y básica de la psicoterapia de grupo psicoanalítica.

La injerencia histórica del psicoanálisis en los grupos es significativa por dos razones:

1) Como un marco de referencia para entender los acontecimientos y pensamientos que condujeron hacia lo que puede denominarse con cierta laxitud, el modelo psicoanalítico de grupo, y 2) Como una forma mediante la cual se pueden examinar las controversias actuales acerca de la aplicabilidad del psicoanálisis a los grupos.

Sin embargo, cuando se habla de los inicios de toda psicoterapia de grupo, es común empezar con la mención de que dicho campo tiene sus orígenes en épocas remotas de la humanidad

### 3. Primeras experiencias de terapia de grupo.

El ser humano desde que nace entra a formar parte de grupos, los que cumplen con el proceso de socialización de normas y significaciones culturales; familia, amistades, escuela etc. son algunos ejemplos de grupos.

Edgar Rolla (11) menciona que la psicoterapia grupal, de hecho es la más antigua de las psicologías.

Se dice que desde hace varios siglos antes de Cristo existen noticias de terapia de grupo efectuadas en el templo Epidaurus en Grecia, tal tratamiento estaba dirigido a personas con perturbaciones físicas y/o mentales. Rolla también cita diversas reuniones religiosas y reuniones un tanto “científicas” como las de Mesmer que datan del siglo XVIII

Es importante señalar que todas éstas reuniones terapéuticas estaban rodeadas de misticismo y magia. Todo lo anterior es considerado por Edgar Rolla como “la prehistoria del movimiento psicoterapéutico grupal”.

### 4. Corriente Didáctica

En cambio, su uso técnico dentro del ámbito médico o psicológico es una historia reciente, propia de nuestra época. La psicoterapia de grupo es, invención contemporánea.

La historia “formal” de la psicoterapia de grupo comienza, mencionando los trabajos de Pratt con pacientes tuberculosos. En 1905 Pratt (12) inaugura la Clínica de Control del pensamiento para pacientes tuberculosos en Boston, en el Hospital General de Massachusetts.

El método usado por Pratt (13) es conocido como “El método de Clase”. Lo empieza utilizándolo con pacientes tuberculosos y más tarde lo extiende al tratamiento de pacientes diabéticos y cardiacos. En 1930, utiliza su método en el tratamiento de pacientes psiquiátricos.

El método de Clase de Pratt consistía en reunir a los pacientes en grupos e impartir una conferencia acerca de su padecimiento y medidas higiénicas necesarias para su recuperación. Daba a los pacientes indicaciones específicas que estos debían seguir cada clase se “clasificaba” a los pacientes según su acatamiento a las indicaciones médicas.

El resultado positivo de esta experiencia fue alentar a los psiquiatras de los hospitales a seguir investigando las ventajas que este método ofrecía.

Otros investigadores aplicaron el método de Pratt a diversos padecimientos: Emerson a niños desnutridos, Busk a pacientes con hipertensión arterial y Chappel en casos de úlceras gastroduodenal. Este trabajo se basó en el control de preocupaciones, de la alimentación, en la sugestión inducida y en la autosugestión.

Su difusión en el tratamiento de pacientes psiquiátricos está ligado al nombre de Marsh (14) que desde 1909 lo utilizará con psicóticos agregando al mismo un tinte religioso y llamándole “el equivalente religioso de la resurrección”. Reúne a pacientes, familiares de los pacientes, religiosos y personal del hospital en clases en las que todos eran considerados como estudiantes, los que debían firmar un “pacto psiquiátrico” en el que se comprometían a ser puntuales en su asistencia y colaborar en clase. Su idea de la psicoterapia de grupo se basaba en que “la masa había hecho que el individuo enfermara y las masas lo curarían”.

En 1921, Lasell empezó a tratar a un grupo de esquizofrénicos, a los que leía diversos materiales o se les daba 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 espectro impersonal de la comunicación, que permitía una aceptación mayor 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 hospitalaria.

El método de Snowden (15) 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, terapeuta tomaba aparte, durante unos minutos, a cada paciente, para indicarle cómo se relacionaba la conferencia con su problema particular.

Low (16) y Klapman (17) trataron pacientes con un método modificado, que daba mayor importancia a las entrevistas de grupo que a las conferencias y pláticas.

Hasta aquí, el trabajo realizado con grupos, tanto con afecciones somáticas como psiquiátricas tiene un carácter didáctico. El trabajo en esta fase inicial de la psicoterapia de grupo se basa en ideas sobre el funcionamiento de los grupos tales como cohesión, imitación, sugestibilidad e idealización que se encauzaban al logro de los fines terapéuticos, funcionando estos grupos bajo el liderazgo del médico que mostraba un genuino interés en la recuperación de sus pacientes.

A estas prácticas tempranas Antony (18) las califica de “psicológicamente ingenuas” y realizadas “con poco o ningún uso de la dinámica grupal”, Grinberg, Langer y Rodríguez (19), señalan: “a los métodos que surgen las directivas de Pratt los denominamos genéricamente terapias exhortativas paternas que actúan “por” el grupo. Decimos que actúan “por” el grupo ya que incitan y se valen de las emociones colectivas sin tratar de comprenderlas. El grupo es empleado como un medio expeditivo y económico de influir a numerosas personas. Por ello generalmente se ha empleado no como terapia central, sino como medio auxiliar para reforzar cierto plan terapéutico en el caso de Pratt para imponer normas de higiene en el tuberculoso”.

Es importante resaltar que estas corrientes no tenían un sustento teórico de donde sustentan sus resultados.

Después aparecieron las terapias que actúan por el grupo como estructura fraterna, 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 están los grupos de Alcohólicos Anónimos, que aún funcionan en nuestros días. (20). García de la Hoz (21) menciona que a partir de los 10s a la de los 20s surgen técnicas y autores muy diversos dándose como resultado una gran gama de terapias grupales.

## 5. Corriente psicodramática.

Jacob Levy Moreno (22), que realizara estudios de medicina y psiquiatría en Viena, Austria, crea en 1921 el teatro de la improvisación, de la espontaneidad, en local sin decorados, con participación de los espectadores, donde se representan algunos hechos importantes del día "diario Vivo". Dos años después de su apertura, en 1923, aparecía cómo el efecto catártico de la representación de ciertos papeles influye en la conducta conyugal de una de sus actrices, lo cual utiliza propositivamente para ayudar a resolver los problemas de relación de esta pareja. Nace así el teatro terapéutico, el psicodrama, que posteriormente utilizará en otros casos.

El psicodrama surgió a partir del juego, como principio de 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 (23) liberó poco a poco, el juego de sus vínculos

metafísicos, metabiológicos y sistemáticos. 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 de las personas que 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 presentación, 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 recordarlos, tiene sentimientos de vergüenza y culpabilidad, por haberles comunicado sus conflictos. Paulatinamente los miembros del grupo empiezan a comunicarse unos con otros sus sentimientos y experiencias en conflictos análogos. Consiguen, entonces, una "Catarsis grupal".

Moreno (24) 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.



El psicodrama se lograría más fácilmente en una situación similar, en la que el grupo terapéutico sería una familia, en donde los viejos conflictos saldrían a relucir y podrían corregirse con la interacción correctiva en el grupo y la adquisición del insight

El psicodrama representa el punto decisivo en el pasaje del tratamiento del individuo aislado hacia el tratamiento del individuo en grupo, del tratamiento del individuo con métodos verbales hacia el tratamiento con métodos de acción.

Hay cuatro puntos importantes en los métodos dramáticos:

1. El criterio para continuación y el análisis del tratamiento de la totalidad de la producción de una sesión. La producción de una sesión 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.

En 1925 Moreno emigra a EE. UU. y, sobre todo a partir de 1931, trabaja intensamente en el campo terapéutico con sus técnicas de psicodrama, sociometría y "role-playin".

Moreno se adjudica el haber acuñado el término "psicoterapia de grupo" en 1931, ser el primero en utilizar el término "Act- Out", que utiliza para describir la actuación de los pacientes en el psicodrama y haber empezado a utilizar métodos de grupo desde 1911.

El método de Moreno se desarrolla utilizando a un grupo de pacientes que interactúan en las dramatizaciones, desempeñando diferentes roles; Sin embargo, más que utilizar al grupo como entidad y campo de acción terapéutica, se enfatiza la interacción de los componentes del grupo en las actuaciones, en las que, según Moreno, se beneficia tanto el que "actúa" como el "espectador".

Las técnicas y procedimientos Morenianos, Psicodrama, Teatro de la calle auto expresión creativa, aplicados primero a niños y posteriormente a adolescentes, influyeron a varios psicólogos refiere Avila (25).

La década de los treinta, escenario de la gran depresión económica, hace que se incremente en Estados Unidos, la práctica de la psicoterapia de grupo, sobre todo en clínicas y agencias sociales, la presión económica y la falta de personal para atender a un número creciente de pacientes

### 5.1 Psicodrama Psicoanalítico.

En los años inmediatos aparecieron varios trabajos, fundamentalmente de Anzieu (26) y Lebovici (27), acerca de "cómo el psicodrama podría ser comprendido y utilizado por los psicoanalistas freudianos". Posteriormente, también en Francia, Paul y Genie Lemeine (28), intentan integrar las teorías psicoanalíticas lacanianas con su práctica del psicodrama.

En Argentina también se desarrolló gran interés por el psicodrama psicoanalítico y sus desarrollos están ligados a los nombres de Martínez (29), Bouquet, Pavlovsky y Moccio (30). Su práctica estuvo también, frecuentemente ejercida como terapia grupal.

La diferencia es que aquí se maneja ya una concepción del grupo como una entidad, como una totalidad, en continua interacción dialéctica (y no dilemática) con el nivel individual. La influencia de Pichon Rivier es clara, influido él, a su vez por autores de la escuela inglesa de psicoanálisis (M: Klein; W. Bion). Y este permite pasar a una capacidad interpretativa que abarca las dos vertientes: la vertical, diacrónica de la historicidad individual y la horizontal sincrónica, de la dramática grupal en el aquí y ahora de la sesión.

Los distintos “momentos” por los cuales atraviesa el proceso grupal son conceptualizados como “escenas” que van a conformar, en su devenir, la “dramática grupal”.

Ginberg y Rodrigue (31), 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.

## 6. Corrientes psicoanalíticas.

Al finalizar los 20s, Burrow, psicoanalista entrenado por Freud y Jung y analizado por este último. Acuña el término de análisis de grupo. Aplicado el mismo al primer tipo de análisis conductual conducido en grupo. Mas tarde Burrow (32) cambia el nombre de su método al de Filoanálisis, que refleja su interés en el proceso evolutivo del hombre.

Burrow relega en segundo término las reminiscencias del pasado, trabaja en los grupos esencialmente con la situación presente. Considera los correlatos fisiológicos del stress y utiliza diversos ejercicios para la concientización de los mismos.

Burrow explicaba que en “ el análisis de grupo, ningún individuo tendrá una posición autoritaria, excepto en la medida en que su sensibilidad o inteligencia, lo califica para actuar con una capacidad responsable.

Su interés fue que cada miembro del grupo intentara descubrir la naturaleza de sus motivaciones y expresiones, y empezara a constatar estos descubrimientos con las reacciones espontáneas de los otros participantes” (33).

Burrow encontró manifestaciones de relaciones transferenciales 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 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 tesina, los diferentes enfoques, dividiremos a los autores según el lugar donde publicaron su trabajo. 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.

Wender (34) y Shilder (35), terapeutas americanos empiezan su trabajo terapéutico con grupos en los primeros años de la década de los 30s, y aunque conservan ciertos patrones didácticos, integran en sus trabajos conceptos psicoanalíticos.

Wender en su función de director del Hospital en New York, organiza el hospital en tal forma que cada paciente colabora para lograr el funcionamiento adecuado del hospital, por lo que también se le considera pionero de la psiquiatría social y la comunidad terapéutica. En el trabajo con sus pacientes convino las sesiones individuales con las de grupo, observando que en el grupo se daba menos resistencias no solo hacia el terapeuta, sino hacia los otros integrantes del grupo.

Wender sostenía que las neurosis resultaban de conflictos familiares que más tarde se manifestarían en la relación del individuo y la sociedad y que por este motivo, la reversibilidad de la neurosis se lograría más fácilmente en una situación similar, en la que el grupo terapéutico sería una mejor familia, en donde los viejos conflictos saldrían a relucir y podrían corregirse con la interacción correctiva en el grupo y la adquisición del insight.

Shilder (36) trabajando en el hospital psiquiátrico Bellevue, en New York, empieza a experimentar en el trabajo terapéutico con grupos de pacientes de consulta externa del hospital .

Las técnicas de Shilder en el trabajo con sus grupos tiene un rasgo didáctico y directivo, pues empezaba las sesiones con discusiones estructuradas y hacia que los pacientes llenaran cuestionarios elaborados (Estos últimos los hacía más bien para corroborar algunas de sus ideas), Sin embargo Shilder da gran importancia a las relaciones e interacciones de los miembros de sus grupos teóricamente su aproximación en la terapia de grupo es definitivamente de orientación psicoanalítica. Da gran importancia a la adquisición del insight, entendiéndose éste por la capacidad de aceptar la estructura del mundo real y de comportarse de acuerdo a dicha realidad .

Shilder anticipó dificultades contratransferenciales determinadas por la situación grupal, por ser el terapeuta el objeto de la admiración, odio y amor sexual de los miembros del grupo, advirtiendo que dichas expresiones simbólicas de experiencias infantiles (transferencia) y que por lo tanto el terapeuta debería responder a ellas solo en su mente, lo que le daría libertad en su tarea de ayuda a los pacientes en la reintegración de dichas experiencias a su experiencia vital total (37).

Shilder (38) 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 de tomar una actitud activa en la sesión; debía revelar su propia ideología y justificarla ante el grupo

Junto con Slavson y Klapan (39) 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. Esta forma de unificación son: homogeneización del grupo, selección de los integrantes, preparación del grupo al

proponérsele un tema. La interpretación va casi siempre dirigida la problema de un determinado individuo del grupo. Por ello esta técnica se denomina "terapia interpretativa individual en el grupo" (40)

Shilder considera a la psicoterapia individual y de grupo como complementarias y sugería utilización de ambas.

Sus pacientes eran tratados individualmente de una a dos veces por semana y además participaban en grupos de siete a ocho personas en una sola sesión semanal que duraba de dos a tres horas. Es el mismo terapeuta el que atiende a los participantes individualmente y a su vez dirige al grupo.

Shilder acepta teóricamente toda la doctrina psicoanalítica, pero no la aplicación práctica mantiene un punto de vista muy personal Shilder centra todo el proceso terapéutico en la obtención del "insight" de la siguiente manera "la habilidad de ver las estructuras del mundo real y actuar de acuerdo con dicho mundo". Obtiene el "insight" por distintos medios: análisis de los sueños, discusión de las ideologías de los pacientes, material obtenido a través de la asociación libre.

Aunque Shilder pide a sus pacientes del grupo que traten de asociar libremente, también introduce temas en forma sistemática y dirigida.

Cada paciente, antes de comenzar su tratamiento, debe escribir un detallado relato de su vida; luego, una vez avanzado el tratamiento, le pide una nueva versión para comprobar el grado de "insight" logrado. También Shilder hace cuestionarios que tratan sobre una gran diversidad de problemas, estando todo esto incluido en el tratamiento. (41)

Shilder anticipó dificultades contratransferenciales determinadas por la situación grupal, por ser el terapeuta el objeto de la admiración, odio y amor sexual de los miembros del grupo, advirtiendo que dichas expresiones simbólicas de experiencias infantiles (transferencia) y que por lo tanto el terapeuta debería responder a ellas solo en su mente, lo que le daría libertad en su tarea de ayuda a los pacientes en la reintegración de dichas experiencias a su experiencia vital total.

Shilder 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 de tomar una actitud activa en la sesión; debía revelar su propia ideología y justificarla ante el grupo, en la sesión se le fomentaba. El terapeuta debía de tomar una actitud activa en la sesión; interpretativa individual en el grupo" (42)

Aquí podríamos criticar a Shilder ya que las interpretaciones son estrictamente individuales, sin llegar jamás a las interpretaciones totalistas del grupo; es como si en un grupo se llevaran a cabo varios análisis individuales conjuntamente, pero no integralmente. Sin embargo sus experiencias como pionero resultan de gran utilidad a la psicoterapia de grupo.

También en la década de los treinta Slavson (43), crea la Actividad Terapéutica de Grupo. Pensaba que a través del trabajo con niños se podría lograr en última instancia un

cambio social, viendo las raíces de los problemas emocionales de los niños en las relaciones familiares y en la característica represiva de la educación en nuestra cultura.

Slavson considera que la psicoterapia de grupo es analítica cuando tanto su contenido como su método son similares a los que derivan del psicoanálisis individual. Utiliza la transferencia, la catarsis, la interpretación de los contenidos latentes y el análisis de los sueños para provocar el “insight” (comprensión) de los pacientes. (44)

Slavson llama a su trabajo en grupo “Entrevista Analítica de Grupo” y vemos a través de sus exposiciones teóricas (45), que aunque consciente del proceso de grupo, considera que es un error hablar del grupo como una entidad en terapia., pues es el individuo y no el grupo como tal, el que debe ser foco de atención terapéutica. Slavson dice que el terapeuta debe conocer a cada paciente, su patología y dinámica y analizarlas individualmente en la situación terapéutica de grupo: el grupo sirve como catalizador de la dinámica individual, acelerando la regresión y debilitando las defensas, y debe considerarse sólo como escenario de las respuestas individuales de cada paciente.

Además que para que un grupo de terapia se cohesionen, los miembros del grupo deben modificar sus funciones del yo. Entonces, una condición implícita del miembro perteneciente al grupo es cierta forma parcial de disminución del yo de cada uno de los participantes. En otras palabras, cada persona deposita una parte de suyo, en lo que moderadamente puede ser llamado “yo del grupo”.

Slavson habla también de la solidez básica de la relación terapéutica (alianza terapéutica), dando gran importancia a la misma y considera que el proceso de transferencia se modifica cuantitativa y cualitativamente en el grupo, en el que ésta no es tan intensa como en psicoanálisis (46). El criterio para continuación y el análisis del tratamiento de la totalidad de la producción de una sesión.

1. La producción de una sesión 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.

La influencia de Slavson en la psicoterapia de grupo en los Estados Unidos ha sido muy importante, no solo por su prolífica literatura sobre el tema, sino también por sus esfuerzos para lograr el desarrollo y aceptación de esta disciplina como profesión. Su meta se vio realizada en 1942, al crearse la American Group Psychotherapy Association. Llamada inicialmente “American Group Therapy Association”.

Slavson, sostiene que la orientación analítica en grupo no puede mantenerse sola como una herramienta o teoría terapéutica separada.

Desde el momento en que es un descendiente directo de la terapia individual, debe basar en esta última sus métodos, técnicas y comprensión.

En consecuencia, en su opinión, la orientación analítica de grupo es sólo una modificación de la orientación individual, y no, al menos por el momento, un método o escuela completamente diferente.

Así que podemos considerar a Slavson como un pionero y representante de toda una escuela.

Para 1942 Wolf trabajaba con grupos (47) empezaba con una breve plática acerca de los procedimientos a usar, utilizando también técnicas de que los pacientes tomaran turnos para hablar.

Una de las contribuciones de Wolf es la “sesión alterna”, que es una sesión a la que asisten todos los miembros del grupo, sin el terapeuta, dando la oportunidad a los pacientes de ventilar sus sentimientos hacia el terapeuta.

Wolf da el nombre de “Psicoanálisis de Grupo” a sus métodos, afirma que las técnicas psicoanalíticas son perfectamente utilizables en el grupo. Wolf usa la interpretación de sueños, trabaja con la resistencia, con la transferencia y la reconstrucción genérica en su trabajo con grupos. Enfatiza la importancia de la individualidad de los miembros del grupo u del contenido latente de las interacciones y comunicaciones permite el análisis intrapsíquico y genético de la conducta del paciente. (48)

Wolf, refiere varias razones del atractivo que los grupos analíticos tenían para la gente durante esta época. Primero, porque la depresión económica de los años treinta había creado una sociedad en que la gente estaba intentando enfrentar, en forma colectiva a los problemas de la pobreza y las tensiones emocionales. En segundo lugar, la mayoría de las personas no podían afrontar un análisis individual a causa de la depresión. En tercer lugar, los individuos podían obtener el apoyo de otros que estaban teniendo presiones similares en la vida.

Así pues, Wolf, sigue la línea de Slavson, en cuanto a considerar que no es al grupo al que se trata, sino que se analiza al individuo en interacción con otros individuos.

Para Wolf y Shwartz (49), la psicoterapia en la situación de grupo puede perfectamente seguir la línea de procedimientos psicoanalíticos. Aunque no niegan la dinámica de grupo, le dan más bien un significado de derivado secundario negativo en la psicoterapia de grupo y consideran que el grupo como tal no puede ser el medio por el cual se resuelvan las dificultades intrapsíquicas.

Además consideran que uno de los aspectos de más valor en el análisis en grupo es que ayuda al paciente a destruir la falsa antítesis del individuo versus la masa, ayudando al paciente a darse cuenta que se podrá realizar en una situación social o interpersonal, y desarrollarse en su pleno potencial como un ser social, viéndolo así mismo como una oportunidad de revivir la situación familiar y elaborar; Sin embargo, conceptualizan al grupo no como una unidad sino mas bien en términos de conjunto de pacientes que interactúan entre sí y conservan su individualidad, siendo esto último enfatizado por dichos autores como requisito básico en el logro de las metas psicoterapéuticas.

Durante la segunda guerra mundial, psicoanalistas de diferentes orientaciones empiezan a utilizar métodos de grupo con los soldados herido o con shock de combate.

b)Escuela Inglesa:

En el campo de Northfield en Inglaterra, Bion y Rickman tratan a los soldados con modalidades civiles, dándoles tanto derechos como responsabilidades, para contrarrestar la dependencia y pasividad que los soldados establecen ante el ejército.

Antony (50) cita la descripción que hace Folkes sobre como se hacia el trabajo en grupo en el campo de Northfield: “Para algunos, Northfield presentaba la oportunidad sin precedente de aplicar sus conocimientos analíticos a un nuevo campo; connotaba una esperanza de agregar capítulos importantes psicopatología.

El trabajo con grupos presentaba la oportunidad de aplicación de nuevo método de exploración de la mente humana. En algunos aspectos, Northfield tenía las características de los primeros tiempos de la sociedad psicoanalítica de Viena, ya que por ser la psicoterapia de grupo un nuevo campo, daba la oportunidad a todos de contribuir en algo". Hablábamos de la teoría del campo, de grupos, sin líder, de dinámica de grupos, tensiones de grupo etc.

Folkes y Anthony (51) consideran el grupo como un todo y no como la simple suma de sus miembros y afirman que la situación grupal modifica el proceso psicoterapéutico, siendo éste diferente al que se da en psicoanálisis.

La técnica de Folkes es llamada por éste Psicoterapia Analítica de Grupo (Group-analytic) y, aun que considera al grupo como a un todo, enfatiza el hecho de que el individuo, no el grupo es el objeto del tratamiento, siendo el grupo el agente terapéutico principal.

Folkes (52) insiste en que se debe buscar la uniformación del método psicoterapéutico del grupo, pues el control de variables y el apego a situaciones definidas en la práctica, nos permitirá apreciar y entender los resultados que obtenemos. La psicoterapia de grupo, según este autor, debe tener las siguientes características:

1. La reunión de 7 u 8 pacientes que se reúnen por 90 minutos: el analista y los pacientes deben sentarse formando un círculo.
2. la comunicación debe ocurrir en forma espontánea
3. las comunicaciones deben verse como equivalentes a la asociación libre en psicoanálisis.
4. El psicoterapeuta de grupo debe conducirse como el psicoanalista, haciendo interpretaciones y siendo objeto de transferencia.
5. Toda comunicación es importante para el proceso de curación y forma parte de la matriz del grupo, o sea, del campo de interacción del mismo.
6. Se requiere que todos los miembros del grupo participen activamente.

Ambos autores hablan de la situación como el total acontecer del grupo, fenómeno que está en constante movimiento y cambio, y se centra alrededor de un punto básico: las inter-relaciones de los miembros del grupo.

La situación del grupo es interpretada en términos de estructura, proceso y contenido.

La estructura concierne a las relaciones, relativamente estables, basadas en los roles (papeles) de los miembros del grupo.

El proceso es el componente dinámico de la situación y puede ser definido como la interacción de los elementos de ésta en sus relaciones y comunicaciones recíprocas verbales y no-verbales.

El contenido es transmitido a través de la "estructura" y del "proceso"; este consiste en la suma de actitudes, ideas, valoraciones, sentimientos etc.

Tanto la estructura como el proceso y el contenido son tres aspectos de la situación y ofrecen la posibilidad de una descripción total de los sucesos del grupo. Por todo lo dicho, los autores afirman que la situación es más que el simple "medio-ambiente", y que es además un acontecimiento "totalista".(53).

Folkes y Anthony, representando la escuela británica, combinaron la teoría de campo de Lewin con la psicoterapia analítica de grupo. Estos autores destacaron el proceso

grupal, mientras que Slavson destacaba fundamentalmente al individuo en el tratamiento grupal

Bion (54) define al grupo como una función o conjunto de funciones de un agregado de individuos. No es la función de ninguna de las partes por separado ni es un agregado sin ninguna función.

Bion no dirige al grupo, sino que se limita a interpretar los fenómenos que van apareciendo, y esto lo hace como un acontecer global del grupo o de partes de éste en función del todo.

Considera dos aspectos o dos caras del grupo, hablando de funcionamiento del grupo en un nivel manifiesto y otro latente. Cuando el grupo se conduce basado en la realidad, se refiere a él como "grupo de trabajo" y en éste los esfuerzos se dirigen hacia la realización de la tarea y sus miembros cooperan para la realización de la misma de manera racional. Pero el grupo no siempre sigue este modelo de funcionamiento, ni se comporta siempre de manera racional. Por debajo del nivel manifiesto existe otro tipo de funcionamiento del grupo cuya relación con la realidad es casi nula y cuyo comportamiento tiene características definitivamente regresivas y Bion se refiere a éste como "grupo de supuestos básicos". Define los supuestos básicos como creencias emocionales comunes a todos los miembros del grupo las que lo llevan a compartir un determinado tipo de fantasías y deseos inconscientes y que expresan necesidades básicas del grupo como un todo. A este nivel, el grupo se une para satisfacer necesidades básicas buscando un líder que las satisfaga. El tipo de líder que el grupo busca estará determinado por el supuesto básico que opere en un determinado momento.

Los supuestos básicos son tres: a) el de dependencia, b) el de lucha y fuga y c) el de apareamiento (pairing). Cuando el grupo está bajo la influencia del supuesto básico de dependencia, éste depende y se apoya en el líder, al que idealiza; en el supuesto básico de lucha y fuga, el grupo se siente amenazado por un perseguidor, lo cual lo lleva a agredir y defenderse, busca un líder con características de caudillo; en el supuesto básico de apareamiento o acoplamiento, el líder se centra en torno de una pareja creándose emociones de expectativa y esperanza.

Otro concepto importante de Bion es el de "Valencia" la que define como "la capacidad de un individuo de entrar en una combinación instantánea e involuntaria con otro, para compartir y actuar sobre el plano de un supuesto básico". La valencia que actúa en el grupo de supuesto básico corresponde a la cooperación del grupo de trabajo; pero a diferencia de la cooperación en la que se requiere pensamiento, entrenamiento, madurez y un grado de organización en el grupo, la valencia es espontánea e involuntaria. El "grupo de trabajo" y el "grupo de supuestos básicos" son abstracciones que Bion utiliza para explicar aspectos del funcionamiento de los grupos.

Bion, más que interesarse en la psicoterapia de grupo como tal, ha encauzado sus esfuerzos al estudio e investigación de los procesos de grupo y sus contribuciones son de mucho valor tanto para el área psicoterapéutica, como en otras áreas de aplicación del trabajo con grupos. Sin embargo, Bion no se considera a sí mismo psicoterapeuta de grupo limitándose a admitir su experiencia en el estudio de tensiones de grupo, las que ha llevado a cabo incluso en grupos formados por sus propios pacientes.

Ezriel, tanto como Folkes y Bion, proviene de la Tavistock Clinic. Ezriel comparte en general las opiniones de Folkes.



Ezriel (55) postula que la técnica psicoanalítica aplicada al grupo se basa en las dos siguientes premisas, las cuales pertenecen a su vez a un tipo moderno de pensamiento psicoanalítico derivado primordialmente de las ideas de Klein, Fairban y Bion :

- a ) la teoría de las relaciones inconscientes con los objetos.
- b ) El uso continuado de las interpretaciones de la transferencia.

Ezriel sostiene que cada persona intenta imponer a los demás un papel para poder establecer la relación objetal interna (inconsciente) que desea. Podrá hacerlo siempre que su fantasía concuerde en algo con las fantasías inconscientes dominantes de los demás, en ese momento. Esto constituye el “denominador común” que causa la “tensión del grupo”.

Ezriel desarrolla una teoría de la interpretación basada en la hipótesis de que el paciente adopta una actitud determinada para evitar otro que, en su fantasía inconsciente, le podría ocasionar una situación catastrófica.

Ezriel habla de las interpretaciones “mutantes “ (término creado por James Strackey , el cual basándose en los estudios sobre introyección de Melanie Klein, define como única interpretación operante a aquella que tiene un efecto mutativo sobre los objetos arcaicos del sujeto, al permitirle la diferenciación de la figura del analista como un objeto real externo, de la del objeto interno fantaseado. De este modo le sirve de test o prueba de la realidad) como las únicas interpretaciones capaces de producir cambios en la personalidad del paciente.(56)

En síntesis, podemos decir que la técnica de Ezriel se basa fundamentalmente en la continua interpretación de la transferencia.

la psicoterapia de grupo sobre todo en los años treinta en dos polos, en EE. UU (Slavson; Wolf) y otro en Inglaterra (Folkes; Bion; Ezriel)

## 7. Corrientes Psicosociológicas.

Kurt Lewin nació en Prusia en el año de 1890. Realiza estudios universitarios en varias universidades alemanas: Fribourg, Minich, y Berlín. Su interés intelectuales se centran primero en la química y física (Lo que podemos apreciar en su modo de concebir la dinámica de los grupos como campo de fuerzas en interacción, en la terminología que utiliza para describir la dinámica , y en su insistencia en el enfoque en la psicología. En esta disciplina realiza tareas docentes y de investigación en la Universidad de Berlín hasta 1933 en que tiene que emigrar por ser judío, al tomar el poder los nazis.

Emigra a los Estados Unidos, donde continúa sus actividades universitarias. Hasta 1939 su interés se centra en descubrir una teoría de conjunto dl comportamiento individual, una “psicología topológicas. (57)

De 1939 a 1947 en que muere, repentina y prematuramente (tenia 58 años de edad) pasa a ocuparse “de elaborar una psicología de los grupos que sea , a la vez dinámica y gestaltista, es decir articulada y definida en relación constante al medio social en el que se forman, se integran, gravitan o se desintegran los grupos “

Para describir este enfoque introdujo y difundió el término de “Dinámica de grupo”. Lewin elaboro esta psicología social (como antes su psicología individual topológica) en base a postulados gestaltistas, que conforman la guía rectora de su pensamiento científico, y en base a ellos, concluye que los pequeños grupos son las únicas totalidades dinámicas

accesibles a la observación de los fenómenos que ahí suceden “en las múltiples interacciones que se producen entre los elementos de la situación social que en ellos tienen lugar, en el momento de ser observados e interpretados”. Insiste siempre en que “es la relación de reciprocidad entre las actitudes del individuo y el contenido mental del medio la que crea la situación, de la que es función el comportamiento” (58).

También propone, en el lo metodológico, una forma de trabajo (la investigación) que busca integrar ambas tareas a partir de una situación social concreta que hay que modificar.

Estrechamente relacionado a los problemas de la acción, se encuentran, en Lewin, los conceptos relacionados con el cambio y las resistencias al cambio. El de aprendizaje propicia y una facilitación o bloqueo de la sociedad global.

El segundo punto una situación de aprendizaje propicia, se vuelve un punto crítico susceptible de manejar por el investigador-interventor social y esta búsqueda de contexto de aprendizaje adecuados para el cambio de origen a los grupos T (training group), entre 1945 y 1946.

En este último año se efectuó un taller en el colegio de Educación del Estado de New Britain, Connecticut, en relación a problemas de integración interracial, con 30 participantes, divididos en tres subgrupos, que utilizaban fundamentalmente las técnicas de grupo de discusión y de “role playing”. Se habían preparado reuniones nocturnas de los miembros del equipo de entrenamiento y los observadores de la investigación para hacer el análisis de la conducta de los líderes, de los miembros y del grupo. Algunos participantes, al enterarse, solicitaron permiso para asistir a estas reuniones, y se les aceptó.

La discusión franca de sus propias conductas y de las consecuencias observadas -señala Keneth D.Benne, participantes en el equipo organizador de Lewin- tuvo un efecto eléctrico tanto sobre los participantes como sobre los líderes del entrenamiento. Lo que en reuniones previas había sido una conversación entre observadores y líderes de grupo debió abrirse inexorablemente para dar cabida a los participantes que habían intervenido en los hechos que se estaban discutiendo... El equipo de entrenamiento tomó conciencia de que había dado, sin advertirlo, con un medio y un proceso de reeducación potencialmente poderosos (59).

La psicología social, experimental, redescubría a través de sus propias búsquedas lo que la psicología clínica conocía de tiempo atrás: el efecto modificador de la retroalimentación(interpretación en psicoanálisis) sobre la conducta, los sentimientos, pensamientos y/o fantasías. Tal vez por esa toma de conciencia.

En 1949 se trató deliberadamente de invitar a un equipo de orientación más clínico para intensificar “la investigación de la acción” y el trabajo con los modelos “clínicos” de entrenamiento.

Esta mezcla de corrientes aunada a la muerte de Lewin en 1947, y por ende la carencia de su liderazgo, dio al grupo T su perfil particular donde se combinan, de manera desigual, la psicociología y una deslavada ambigua influencia psicoanalítica. (60). Bradford, Benne y Lippit condujeron grupos de personas que tenían problemas en la institución a la que pertenecían. La participación era activa tanto en estas personas como con el terapeuta. Esto fue el grupo T, en el que se buscaban que los participantes comprendieran y cambiaran su conducta; al mismo tiempo, proporcionaba material de

investigación sobre la dinámica de grupo. el grupo T es descrito como un “grupo de entrenamiento de habilidades básicas” (61).

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. grupos a ser auténticos, a relacionarse adecuadamente y a realizarse 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 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:

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 ahora.
9. Obtención de resultados rápidos. Como ejemplo de las técnicas utilizadas dentro del movimiento de los grupo de encuentro tenemos:

a) El enfoque gestáltico de Peris, (con orientación existencialista). Uno de sus objetivos es que el individuo asimile sus sentimientos plenamente y realmente (Continuo de concientización).

Así nace el movimiento de los grupos de encuentro.

Este movimiento está basado en las escuelas culturalistas y existencialistas de la psicoterapia de grupo.

La escuela culturalista hace énfasis en los aspectos culturales del individuo marcándola 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, Honney 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 representante de esta escuela tenemos a Durkin, Mullan, Sanguillano y Mora (62.).

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 “norma” 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 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 sentimientos 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 aprenden el lenguaje del cuerpo a través de la reacción que éste provoca en los demás.

d) Grupo 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 que el exponerse psicológicamente y establece una relación más íntima. Se intenta lograr una sensación de libertad, compartiendo los sentimientos de aislamiento. establece una relación más íntima. Se intenta lograr una sensación de libertad, compartiendo los sentimientos de aislamiento.

Una de las valiosas contribuciones recientes a la psicoterapia de grupo es la Kassef (63), el cual hace un intento de integrar a la misma teoría de Relaciones Objetos de la cual los principales exponentes en Inglaterra son Klein, Winnicott, Bion y Wiskom. En E.U.: la teoría de Relaciones de objeto en la actualidad, es el gran número de pacientes borderline en psicoterapia, los cuales no parecen responder a las técnicas psicoanalíticas tradicionales.

En esencia, la teoría de Relaciones de Objeto de acuerdo con Kerneberg (64), es el enfoque psicoanalítico la internalización de las relaciones interpersonales, el cómo estas estructuras preservan, modifican y reactivan relaciones internalizadas con otros en el pasado en el contexto actual de las relaciones interpersonales. La teoría de Relaciones de Objeto trata las interacciones entre el mundo de objetos internos y la actual relación interpersonal del individuo.

De acuerdo con Laing, es un modo de entender la conducta humana en términos de lo que el sujeto da y toma desde el objeto más primitivo de la infancia (la madre), hasta las relaciones más interdependientes del adulto.

Se ha hecho intentos también de incorporar los conceptos de la teoría de sistemas a la psicoterapia de grupo.

La teoría General de Sistemas ha sido extensamente aceptada por representantes de diversas disciplinas científicas, entre otras cosas, porque parece ofrecer un factor unificador en una época en la que el incremento en la especialización ha hecho que científicamente en diferentes campos no pudieran comunicarse. La teoría General de Sistemas presenta la posibilidad de un lenguaje común en la ciencia.

La teoría General de Sistemas postula que un “sistema es el producto de las relaciones dinámicas entre sus partes y no la suma de sus características absolutas. El

TODO resultante y sus nuevas características no pueden ser explicados por la naturaleza de sus partes; solo pueden entenderse como función entre estas partes. Hall y Fagan definen un sistema como un conjunto de objetos, junto con las propiedades de los objetos y las relaciones unen al sistema. Comentada ampliamente, la teoría de los sistemas o proceso. Desde este enfoque, la conducta de una persona puede ser mejor entendida como una parte integrante de la matiz social o del sistema dinámico más amplio.

Durkin (65), dice que la teoría de sistemas quizá provea al campo de la psicoterapia de grupo un marco teórico más amplio en el que todos los enfoques teóricos "puedan vivir más en paz", lo que es indispensable en la actualidad; ya que el campo de la Psicoterapia de Grupo sufre de fragmentación teórica y la confusión prevalece en detrimento de nuestros pacientes, imposibilitando la comunicación no solo entre diversas aproximaciones en el campo de la psicoterapia de grupo, sino entre este campo y el de otras disciplinas.

Durkin, ha tratado de conciliar la diferencia entre los terapeutas analíticos de grupo y aquellos grupos científicos sociales conocidos como dinamicistas de grupos. Los dinamicistas de grupo usan generalmente la teoría de los sistemas conceptúa al individuo como un sistema o proceso del grupo. Comentada ampliamente, la teoría de los sistemas

Los dinamicistas de grupo conducen la terapia de grupo sobre la premisa de que lo que potencialmente ocurre en el grupo, tiene una profunda influencia en cada uno de los miembros. La tarea de los líderes del grupo es identificar el significado latente de los temas en los miembros, entonces el dinamicista de grupo de orientación terapéutica, trata de modificar determinantes generados en el grupo de conductas no adaptativas.

Esta meta se alcanza mediante la claridad que tenga el líder acerca de la evolución del proceso del grupo, así como de las respuestas que evoca en los miembros del grupo (Sangter y Kaplan (66). La suposición es que la introspección que el participante obtiene de la terapia de grupo, le ayudará a funcionar más efectivamente con su familia, en su trabajo y en los grupos de su comunidad.

Bion (1959) es uno de los primeros que propusieron el enfoque dinamicista del grupo a la terapia analítica de grupo. Bion opera sobre la suposición que tanto las fuerzas constructivas o destructivas o patológicas del grupo existen. Cualquiera de estas fuerzas podrá influir en gran parte sobre el miembro individual del grupo. El problema es que generalmente el miembro del grupo no es consciente de estas fuerzas o de su impacto en la conducta. El papel del terapeuta es explicar cualquier suposición irracional del grupo que pueda estar funcionando en el grupo (por ejemplo, formación de pares dependencia etc.) para facilitar el desarrollo de un "trabajo en grupo" sano. (67).

Como es sabido el grupo no sólo atrae el interés de aquellos que lo ven como medio de consecución de objetivo psicoterapéuticos; el estudio e interés en las agrupaciones humanas es también parte del territorio de la sociología.

Las contribuciones recientes a la Terapia de grupo, después de la Segunda Guerra Mundial, adquirió importancia la dinámica de grupo (término acuñado por Lewi). Los procesos y funcionamientos de los grupos empezaron a ser estudiados en diversas instituciones. El grupo empezó a utilizarse como unidad de trabajo con fines didácticos y de entrenamiento.

## 7. Psicoterapia de grupo en Argentina

La psicoterapia de grupo en Argentina (68) tuvo nacimiento a partir de dos orientaciones: primero, Enrique Pichon -Rivière en el viejo Hospicio de las Mercedes (El hospicio psiquiátrico de Buenos Aires) en el año de 1947, quien en su servicio de adolescentes comenzó a trabajar con grupos. Esta experiencia de Pichon , fue interrumpida debido a que al poco tiempo fue privado de la jefatura de su servicio.

De todos modos Pichon- Riviere continuó su trabajo en 1958 con grupos en el ámbito privado y en el año de 1959 organizó la "Experiencia Rosario" donde aplicó su técnica de grupos operativos a estudiantes. A partir de aquí realizó toda su teoría de los grupos operativos, la que va a ser comentada por otros participantes de la mesa.

La otra línea de desarrollo de la psicoterapia de grupo se originó en personas como Pichon eran psicoanalista y comenzó también en el Hospicio Mercedes, en el servicio de Krapí, cuando en el año 1951 Raúl Usandivaras y más tarde Salomón Resnik y Juan José Morgan comenzaron a trabajar con grupos de pacientes psicóticos. Morgan había llegado de Londres de estudiar grupos en la Tavistock Clinic. En el mismo año 1952 también regresó de Londres Emilio Rodríguez después de haber completado su formación psicoanalítica y de estudiar psicoterapia de grupo en la Tavistock donde había sido observador de Sutherland. Los tres primeros junto a Gilbert Royer presentaron el primer trabajo argentino acerca de grupos en el Primer Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo en Toronto en el año '54. Ellos se unieron a la línea de Slavson que consideraron más psicoanalítica y con su patrocinio decidieron la creación de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, la que se fundó en el año de 1954.

En el Primer Congreso Argentino de Psiquiatría del '56 todo un día fue dedicado a la psicoterapia de grupo. Otro jalón importante fue la realización del Primer Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo que tuvo lugar en la Facultad de Medicina de Buenos Aires en el año de 1957 organizado por Mom, Morgan, Rodríguez y Usandivaras

A partir de allí los congresos Latinoamericanos se continuaron realizando cada dos años, en Santiago de Chile, Rio de Janeiro y Porto Alegre..

El año de 1957 marcó otro hito en la Psicoterapia de Grupo Argentino, con la aparición del libro de Grinber, Langer y Rodríguez "Psicoterapia de Grupo".

En 1961 apareció el primer número de la Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo, publicación de la Asociación . Los iniciadores de la Asociación de Grupo fueron siguiendo a partir de allí caminos diferentes. Algunos continuaron trabajando dentro de la Asociación de Psicoterapia de Grupo.

Pero a partir del '66 con la dictadura de Onganía y salvo un periodo entre los años '70 y '74 la tendencia política en la Argentina fue a la derechización. A partir del comienzo de la represión y a considerar a los grupos como lugares dudosos. Sin embargo y a pesar de esto, el movimiento continuo creciendo. Mucho de la riqueza que se habían desarrollado se vio bloqueada con la llegada de la represión. Hubo numerosos terapeutas amenazados; otros por temor disolvieron sus grupos.

La asociación de Grupo estuvo recluida hacia adentro hasta el Congreso del '80 . Por supuesto a partir de los últimos años del proceso militar donde ya éste había perdido fuerza y desde la instauración del gobierno democrático en Argentina, el interés por los grupos se revitalizó.

En 1985 se realizó el Encuentro Internacional de Psicodrama y Psicoterapia de Grupo en Buenos Aires Argentina. (69)

## 8. Psicoterapia de grupo en México.

La psicoterapia de grupo en México (70) se remonta al año 1945 cuando un grupo de neuropsiquiatras y psiquiatras estudiaban la obra de Sigmund Freud. Se reunieron sin límite de tiempo, con el fervor juvenil de conocer. Varios años de trabajo y aplicación silvestre del psicoanálisis, culminaron con la dispersión del grupo a diferentes partes del mundo donde podían formarlos como psicoanalistas: Francia, Argentina y Estados Unidos.

Posteriormente al regreso de estos estudiantes se formó la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM), Aquellos que se formaron en Argentina y tuvieron la experiencia del grupo terapéutico como González Chagoyan. Dieron algunas conferencias y se logró finalmente reunir un grupo de pacientes.

González Chagoyan (71) nos refiere que trabajó en el Instituto Mexicano de Cardiología con pacientes hipertensos en grupo terapéutico y los resultados fueron muy halagadores. Aunque periódicamente se debían reportar del proceso y un cardiólogo asistía a todas las sesiones, al final de la experiencia que duró dos años, no se pudo abrir otro grupo ya que no enviaron más pacientes.

En 1958 ingresa la II Generación de Analistas con 11 candidatos. Se gradúan F. Cesaraman y F. González Pineda y en 1959 V. Aiza, C. Corona y L. Féder. Al programa curriculum se agrega la psicología del desarrollo, y se crea el Seminario de Medicina Comprensiva y se funda la Clínica Psicoanalítica.

En 1961, el prior del convento benedictino de Santa María de la Resurrección en Cuernavaca, pidió ayuda y tratamiento para los monjes. Quevedo, Zmud y poco después González trabajó psicoanálisis de grupo en esa comunidad; el prior se analizaba individualmente.

La experiencia se prolongó de 1961 a 1967, año en el que legalmente fue constituida la

AMPAG. Esta primera experiencia institucional manejada con técnicas grupales tuvo un resonado éxito terapéutico que terminó en el escándalo periodístico internacional en el momento en que el prior y casi toda sus asociados pidieron la dispensa de votos, transformándose la comunidad religiosa en EMAUS, comunidad laica, fuente de trabajo artesanal para hombres y mujeres que se tratan en grupo. Finalmente, terminó como unidad terapéutica y clínica de salud mental.

Durante el II Congreso Nacional de la APM, que tuvo lugar en Acapulco, en 1962, González invitó a todos los colegas que manejaran grupos o tuvieran decesos de hacerlo.

La asistencia fue muy grande. Algunos se habían formado en Buenos Aires como los Remus, Avelino González y Quevedo; Feder y Césarama en los Estados Unidos. La idea fue recibida con gran ambivalencia: críticas y comentarios burlones, por el temor de hacer una asociación que "abarata el psicoanálisis".

Pero las adhesiones fuertes entusiastas vinieron de Quevedo, Zmud, los Remus, Feder, Césarama y Avelino González. Tuviron una reunión informal con la doctora Frida Zmud, entusiasta psicoanalista argentina y quien tenía amplia experiencia en el manejo de grupos.

El grupo entusiasta comenzó a trabajar de inmediato: se redactarían estatutos, se dictarían conferencias para darse a conocer, escritos científicos, asistirían a congresos, etc.

Feder, Quevedo y Zmud firmaron el acta constitutiva de la asociación el 25 de septiembre de 1967.

Muy pronto, las dificultades societarias dieron lugar a violentas asambleas dentro de la APM. En una de ellas, se les prohibió usar el nombre de Psicoanálisis, privilegio que, celosamente ostentaba como suyo la APM, por lo que se les acusó de rebeldes y traidores etc.

Por lo que obtaron por cambiar el nombre de Asociación Mexicana de Psicoanálisis de Grupo, por el de Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo.

Ante tales hechos, la comisión de enseñanza de la APM acordó que ninguno de sus candidatos en formación fuera aceptado en AMPAG, hasta que tuviese el título de psicoanalista y a la inversa.

En el VIII Congreso Psicoanalítico Latinoamericano, que tuvo lugar en 1970, en Porto Alegre Brasil. La asamblea estaba informada que se hablaría sobre psicoanálisis de grupo. Se tuvieron comentarios elogiosos, pero las más agrias críticas vinieron, de los colegas mexicanos que estaban en Brasil.

No obstante el crecimiento de la asociación ha sido constante hasta la actualidad y seguirá progresando. La mesa directiva del AMPAG de I periodo 1976-78, tuvo dos elementos importantes: José Antonio Carrillo Y Silvia Radosh, quienes por una parte consiguieron una sede fija donde empezó a funcionar la clínica para la comunidad y por otra se concentró al Instituto. Desde entonces la enseñanza tiene un gran aspecto práctico que permitió la diversificación de los estudios al aumentar el trabajo de los grupos especiales como son los de niños y adolescentes, de psicósomáticos, de parejas, de homosexuales, de psicóticos etc.(72)

Antes de que se tuviera un ámbito propio, los estudiantes iban de consultorio en consultorio para recibir seminarios y eran invitados como observadores silenciosos. Esto quedó atrás, hoy el estudiante es coterapeuta de su maestro.

## 9. Actualmente la psicoterapia grupal.

La psicoterapia de grupo actualmente tiene ya un lugar indiscutible en el tratamiento de los trastornos mentales. Sus indicaciones abarcan a casi la totalidad de los grupos de edad y a una buena parte del espectro psicopatológico, con resultados bastante aceptables.

Es un método terapéutico inspirado y basado en los postulados de la teoría psicoanalítica; de hecho, es una de sus aplicaciones prácticas

Una de las preocupaciones principales de los analistas que practican este tipo de terapia es ir precisando cada vez más sus indicaciones, contraindicaciones y mecanismos específicos de curación. Es pertinente, sobre todo, clasificar las siguientes cuestiones:

1. El concepto de que en el grupo terapéutico se reaccían los conflictos de la familia del paciente con más facilidad que en la relación terapéutica individual; que esta



reactivación es uno de los principales mecanismos de curación del grupo, y que es en este contexto donde con más celeridad se les resuelve.

2. El concepto de que el grupo terapéutico es ideal como familia sustituta para los pacientes que carecen de ella por diversas razones.

Para definir el marco teórico aplicable al grupo terapéutico, primero es necesario decir que se hace referencia al grupo llamado abierto, de duración indefinida, composición heterogénea, habitualmente formado por ocho a diez miembros y conducido por un analista que mantiene la regla de abstinencia y neutralidad, de tal manera que los fenómenos regresivos que ocurran en el grupo no son suprimidos ni manipulados, sino examinados con los recursos técnicos de clarificación, confrontación e interpretación- como expresiones grupales de impulsos instintivos, afectos displacenteros y defensas.

Al explorar analíticamente esas expresiones grupales, cada integrante del grupo puede reconocer su propia aportación, cómo esto tiene que ver con su propia psicopatología y elaborar el conflicto hasta abandonar los modos infantiles y poder encontrar modalidades adregias de conciliar los impulsos del ello con el yo, el superyó y la realidad externa.

En un estudio realizado por Avila ( 73) encontró en 1986 que:

1. El grupo terapéutico promueve el desarrollo de transferencia masiva.
2. Es un instrumento excelente para contener tanto las transferencias masivas que se generan en su seno como las regresiones también masivas con las que algunos pacientes llegan al consultorio. Por ejemplo: pacientes Boderline, psicóticos ambulatorios o aquellos que padecen aislamiento y soledad intensas por abandonos o ausencias de personas significativas.
3. En pacientes con patologías graves que no toleran las intervenciones del analista por considerarlas demasiado persecutorias, el grupo terapéutico brinda la posibilidad de que las intervenciones sean hechas por compañeros del grupo, lo que las hace mucho más aceptables.
4. En individuos carentes de familia, el grupo no sólo actúa como familia sustituta, sino que da la oportunidad de analizar las transferencias y contratransferencias “de la familia” con la posibilidad, además de que tales distorsiones pueden ser señaladas, interpretadas, reducidas o modificadas significativamente.
5. El grupo conduce rápidamente al cuadro básico edípico por las triangulaciones que se establecen entre sus integrantes y el terapeuta, dando lugar a crisis grupales que al superarse ofrecen insights de trascendencia.
6. También se examinan las ansiedades sobre “el nuevo y lo nuevo” al vivenciar la rivalidad que despierta el ingreso de cada nuevo miembro y al recordar que cada uno estuvo en igualdad de circunstancias tiempo atrás.
7. Cada nuevo paciente confronta al grupo con las aspiraciones de cambio y la gran distancia que existe entre las exigencias y las prácticas para lograrlo.
8. Todo grupo llega al terrible descubrimiento y a la aceptación de que la familia es un triángulo que no sólo abraza sino que también asfixia; pero también todo grupo llega a la convicción de que es posible aspirar a algo mejor, a una interdependencia más constructiva que la dependencia que buscan y desean reproducir en el grupo.
9. Los verdaderos cambios se plantean cuando se van disolviendo las idealizaciones y asoma la posibilidad de grupo con familia superada, en la modalidad de grupo-equipo, desde la rivalidad es cambiada por la cooperación.

10. Un indicador de ese cambio es vivenciar con claridad la diferencia entre incesto y amor auténtico y descubrir que el narcisismo patológico se disuelve a través de la cooperación que brinda el grupo.
11. Para terminar, una aspiración de la experiencia grupal es llegar a provocar mutaciones en las familias nuevas que intenten formar sus integrantes en el sentido de procurar que éstas sean algo mejores que sus modelos originales.

En el grupo terapéutico, en su sentido más difundido, puede describirse como un colectivo (74):

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

Flores (75) considera al grupo como una unión y/o vinculación temporal o permanente de individuos que se encuentran en relación y/o integración unos con otros, que consideran la existencia de cada individuo y participan con una consciencia en común o fin con respecto a un elemento de importancia.

Para determinar que los grupos van más allá de ser una simple colección de individuos, se ha dedicado la atención a factores específicos que afectan el funcionamiento de los grupos tales como su dinámica, la cual desde el punto de vista interno visualiza una forma global y totalizada de los elementos que permiten la permanencia del grupo, lo que provoca la acción grupal y el consenso para dicha acción, los elementos principales que se constituyen en condiciones de la acción grupal son: cohesión, normas, organización, metas e ideales, ideología, estructura y atmósfera.

Existen diferentes tipos de grupos los cuales se pueden clasificar de la siguiente manera:

1. FORMAL. Este grupo tiene definidos con precisión los criterios de admisión, normas, permanencia y duración.
2. INFORMAL: Este grupo es limitado, tiene criterios flexibles y una duración intermedia.
3. PRIMARIO: Son aquellos que satisfacen necesidades vitales para el desarrollo del individuo.
4. SECUNDARIO: Este grupo a pesar de que satisface algunas necesidades del individuo éstas no están especificadas a él o bien no son cubiertas de manera suficiente.
5. PERMANENTE: Estos grupos tienen dos características, la primera es una duración del grupo por sí mismo y la segunda es que define el tiempo en que el individuo tiene que permanecer en el grupo.
6. TRANSITORIO: En este grupo los criterios de permanencia no están definidos o son meramente circunstanciales.
7. CERRADOS: Ponen criterios muy rígidos o excluyentes.
8. ABIERTOS: Poseen criterios de admisión que son mínimos y muy flexibles.
9. PROPIOS: El individuo se reconoce como parte del grupo y éste a su vez lo reconoce como parte de él.
10. AJENOS: En él no nos reconocemos y por lo tanto no queremos pertenecer a él.
11. INVISIBLES: Pese a no estar presentes en el momento y en el lugar de la acción ejerce una influencia directa en el individuo al estar presente en el mismo tiempo y lugar.

12. VISIBLES : Ejerce una influencia directa en el individuo al estar presente en el mismo tiempo y lugar.
13. PREFERENCIA POSITIVA: Funge como modelos para dirigir la actividad del sujeto y en ese sentido el sujeto se asimila al grupo.
14. PREFERENCIA NEGATIVA: El individuo actúa en forma de rechazo hacia el grupo y por lo tanto el individuo hace todo lo contrario a lo que el grupo hace, proporcionándose así una identidad personal.

ESTRUCTURADOS Y NO ESTRUCTURADOS: Es la existencia o no de una forma de organización y por lo tanto a los niveles de cohesión de un grupo, dependiendo de ello va a ser o no estructurado.

Fortundo (76) nos hace referencia a los personajes del grupo, que son más frecuentes, típicos y representativos en los grupos de neuróticos:

1. El chivo expiatorio: El cual es como el aguantadescargas del grupo. Todos se desahogan con los problemas y errores de este sujeto. Las culpas y dificultades del grupo son achacadas y desahogadas en el chivo expiatorio.
2. El moralista: Que con frecuencia se erige en Supera Yo del grupo. Es como su censor y/o conciencia moral. A veces el grupo lo ataca, otras lo defiende y otros permanece ambivalente al respecto.
3. El bromista: Que de todo hace un chiste y le cuesta trabajo tomar las cosas en serio. Es la válvula de escape del grupo.
4. El intelectual: El cual lo razona todo a nivel intelectual, pero no se atreve a expresar sus vivencias. Con frecuencia los tipos intelectuales y moralistas se dan en una misma persona.
5. El tontorron: Que casi siempre se sale con algo que no viene al caso o que no comprende lo que sucede. Por lo regular es rechazado por el grupo.
6. El polemista: Que sólo es capaz de comunicarse con los demás a través de peleas y discusiones agresivas.
7. El sexual: Cuyo tema lo apasiona y lo utiliza para provocar situaciones difíciles en los demás. Otras veces lo utiliza como una sustitución simbólica de la masturbación.
8. El maternalista: Que desea que todo marche bien y que nadie tenga defectos, etc. Es un miembro por lo regular querido, a pesar que su actitud maternalista excesiva puede a veces frenar el progreso del grupo.
9. El silencioso: El cual no puede comunicarse a nivel verbal con los demás y sólo lo hace a través de sus mudas ideas y sus estados de ánimo. Está es uno de los personajes menos productivos en razón del conjunto del grupo, ya que ellos personalmente sí pueden enriquecerse de los acontecimientos de la situación grupal. Son personajes inhibidos y tímidos.
10. El escéptico: El cual no cree nada de nada y va al grupo como de espectador. Este personaje tiende a ser rechazado por el grupo.
11. El auxiliar: Que siempre está tratando de ayudar al terapeuta, creando una gran dependencia emocional hacia él.
12. El enemigo: Al que molesta excesivamente la figura del terapeuta y secretamente goza en su inconsciente (a veces conscientemente) con que todo se eche a perder. Este personaje, por lo regular, presenta serios conflictos frente a la autoridad

Sin embargo en la práctica es inoperante y absurdo establecer tipologías fijas que nunca aparecen en la realidad.

En la psicoterapia de grupo psicoanalítica en particular, con la que personalmente me identifico, reconozco la importante representación y participación de psicoterapeutas de grupo mexicanos y latinoamericano.

La injerencia histórica del psicoanálisis en los grupos es significativa por dos razones: 1) como un marco de referencia para entender los acontecimientos y pensamientos que condujeron hacia lo que puede denominarse el modelo psicoanalítico de grupo, y

2) como una forma de aplicabilidad del psicoanálisis a los grupos

Este capítulo ha señalado la relación entre la teoría psicoanalítica y el psicoanálisis de grupo

Los nombres, conceptos, teorías, técnicas y sucesos hasta aquí descritos componen lo que generalmente se encuentra en la literatura bajo el encabezado de "historia" de la psicoterapia de grupos; Esta es la fundación y evolución teniendo una visión de los trabajos experimentales con los que podemos explicar satisfactoriamente lo que ocurre en la dinámica interna y profunda de los grupos psicoterapeúticos, desde las técnicas eshortativas paternas, la estructural fraternal que actúa también por el grupo y que siguen existiendo hasta nuestros días como es el caso de alcohólicos anónimos.

El psicodrama (Moreno) representa el punto decisivo en el pasaje del tratamiento del individuo aislado hacia el tratamiento del individuo en grupo, del tratamiento del individuo con métodos verbales hacia el tratamiento del individuo con métodos de acción.

Otra corriente está inspirada en la técnica psicoanalítica: es la "terapia interpretativa individual" dada "en " el grupo. Sus figuras más representativas son Slavson, Shilder y Klaplan, Orientando al grupo sugiriendo un tema inicial, al tiempo que integran los motivos de un determinado problema.

Otra técnica es la interpretativa "del grupo", que concibe a este como una totalidad en la que cada uno de sus integrantes está influido por los demás y actúa en función de ellos.

Mientras Folkes, y Slavson centraron su atención en el papel del líder del terapeuta, Wolf habló de la identificación del paciente individual con el yo del grupo, Bion menciona "la mentalidad del grupo" y los "supuestos básicos", ataque, y fuga, dependencia y apareamiento, Ezriel habla del esquema referencial del "aquí y ahora".

Por lo que podemos decir, todavía no contamos con una firme teoría o doctrina que explique con suficiente confiabilidad y validez los cambios y situaciones que se producen en los grupos, sus causas ni las leyes psicosociológicas que en ellos funcionan

Todo lo hasta ahora descrito al respecto son meras hipótesis de trabajo, bien distintas unas de otras. Por tanto podemos decir que la psicoterapia de grupo, sus técnicas y teorías, están en pleno proceso de desarrollo, sin embargo debemos reconocer que fueron pioneros de la psicoterapia de grupo en Argentina y México.

El hecho de que la psicoterapia de grupo, sobre todo a partir de la década de los cincuenta empieza a difundirse con gran rapidez. Hace que la psicoterapéutica adopte al grupo dentro de diferentes marcos conceptuales y metodológicos. Por lo que es difícil hacer justicia a todos aquellos que en diferentes latitudes escriben día a día la historia de esta disciplina con su trabajo, dedicación y contribuciones. Desgraciadamente no todos escriben sus resultados para darnos a conocer sus trabajos.

Es importante resaltar que la participación en la psicoterapia de grupo es una experiencia única en nuestra cultura, tanto para el paciente como para el terapeuta, por lo que me parece de vital importancia la recopilación realizada.

Además que en ninguna otra situación social de grupo se da la posibilidad práctica de formular para si mismo y compartir con otros experiencias emocionales de naturaleza muy personal.

Sin embargo la psicoterapia grupal no es exclusiva o solamente para los adultos, también se ha experimentado con niños teniendo muy buenos resultados, en el siguiente capítulo se darán a conocer estos trabajos mas explicitamente.

## CAPITULO II LA PSICOTERAPIA DE GRUPO EN NIÑOS.

### 2.1. Antecedentes del tratamiento Psicológico en Niños.

En el siglo pasado, la psiquiatría Infantil se ocupaba mayormente de los retrasados mentales y de los delinquentes. Su orientación era pedagógica-curativa, ya que en el siglo XVIII había hecho énfasis en el enfoque psicológico y pedagógico del niño y en la importancia de su motivación. Este movimiento, llamado censualista, 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 (77).

En este capítulo enunciaremos los principales autores que han abocado la psicoterapia de grupo infantil, para que podamos, después enmarcar sus teorías en cuanto a esta técnica y a la psicoterapia de grupo.

Sigmund Freud (1905) es quien abrió las puertas del psicoanálisis de niños al analizar al "Pequeño Juanito", de cinco años que padecía una fobia.

Freud no manejó directamente el caso 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.

A través del psicoanálisis, de adultos, Freud (78) 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 través de los recuerdos encubridores relacionados con los contenidos psíquicos reprimidos.

Lebovis y Soulé (79), 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 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 con 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.

### 2.2. Inicios de la psicoterapia de niños

El psicoanálisis infantil como especialidad tardó diez años en aparecer después del tratamiento llevado por Freud con el pequeño Juanito (1905). Hacia 1915 Harmine von

Hug-Helimumth recurrió a las técnicas de dibujo y juego; pero no publicó sus trabajos sino hasta 1919. Casi simultáneamente Melanie Klein introduce a partir de 1925, 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 Melanie Klein (80), el juego tiene varios significados: a) Expresa fantasmas inconscientes sexuales y agresión 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 librar 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.

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.

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.

En cuanto a su 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 en 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 Super yo y adaptación a la realidad que se expresa 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 substitución 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 en Segal (81).

En Berlín, Eugenie Sokolnik y Sophie Morgensten (que estudió los cuentos, sueños y ensueños, juegos y dibujos, buscando el contenido latente y el manifiesto) en París. Y Ana Freud en Viena se interesaron por el psicoanálisis infantil.

Ana Freud (82) 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.

Según Ana Freud, los niños no tienen las capacidades 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.

Sin embargo el psicoanálisis infantil 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, Mile, 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 fantasías sádicas y masoquistas.

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 retroprogresión a través de éstas.

Margaret Lowenfeld de Londres utiliza la técnica del "Mundo", que es un armario de cajones o cajas grandes que contienen 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 New 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 (83)

Alfred Adler (84), logró el patrocinio de asociaciones sociales y de beneficencia para crear clínicas de orientación infantil en Viena Munich, con el propósito de prevenir y tratar la delincuencia de esas poblaciones y de orientar a los padres y educadores de esa tarea.

Guiados por sus concepciones acerca de la influencia de la educación trabajó grupalmente con niños y adolescente que habían cometido actos delincuenciales.

También con el fin de dar atención a la población de niños y jóvenes delincuente, y poniendo énfasis en la influencia del ambiente como originador de esas condiciones psicopatológicas, Redl sugirió separarlos de tales estímulos y conformar grupos cuyo valor terapéutico residía en la interacción.

Los adultos que intervenían en esos grupos eran elegidos de acuerdo con su personalidad y ciertos requisitos que los habilitaran para ejercer un liderazgo educativo. La selección de los pacientes tomaba en cuenta criterios que determinaban a su vez la forma de agrupación. Así, los pacientes eran clasificados según presentaran: a) deficiencia mental; b) dificultades sociales y de adaptación susceptibles de modificar por el cambio de ambiente; c) dificultades sociales más profundas, susceptibles a mejorar con el reentrenamiento activo y el cambio a un medio ambiente favorable; d) fallas



caracterológicas y deficiencias sociales asociados con un nivel intelectual; e) trastornos en el “equilibrio mental” asociado a una constelación de agresividad, y f) agresividad multiforme e injustificada.

La implementación de estos criterios de selección y agrupación contribuyeron en buena medida a modificar la idea prevaleciente en esa época de la importancia del castigo corporal como corrector; el castigo fue reemplazado por el entendimiento de los motivos de la conducta y por la orientación y la terapia, que actuaba como agente específico del cambio.

Se trataba de grupos homogéneos en tanto sexo, edad, categorías principales, y que además de ser económicamente accesibles, creaban condiciones muy favorables para el desarrollo y el tratamiento. (85).

Tanto Aichorn como Redl, (86) consideraban que la conducta agresiva de los pacientes se debía a “la falta de afecto de la infancia”, lo que los llevaba a odiar y manifestarlo con conductas antisociales y retadoras que aparentemente les reducían cierto placer. El contexto terapéutico grupal les daba la oportunidad de elaborar tales conductas y vías de compensación para las mismas.

Por otro lado, sugerían que los terapeutas deberían tener actitudes consistentes y amistosas, sensibles, valientes y creativas, tanto como capacidad de organizar juegos que previnieran la emergencia de agresividad, y eventualmente, liberarse de ella a través de la liga emocional y afectiva que se creaba. (87).

Sigfried Berfeld en Viena, desarrolló una serie de Cursos de psicología analítica de lactantes, y August Alchorn 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 de Viena. Se trataba de sentar los cimientos de una pedagogía psicoanalítica, lo que se aprecia en los cursos de Ana Freud en 1929, en los artículos de Alice Ballint, Edith Steba, Herta Fucks, Fritz Redl y en el ciclo de perfeccionamiento analítico (88).

se ha mencionado de una manera breve, aquellos autores que han influido en la evolución de la terapia infantil.

### 2.3 La psicoterapia de grupo con niños.

La información sobre terapia de grupo en niños es escasa, ya que la literatura se centra básicamente en la psicoterapia de adultos. Sin embargo, es importante mencionar algunos estudios que se han realizado al respecto.

La psicoterapia de grupo en niños, en cuanto a orientación teóricas, esta registrada como tal. En los años 40s. S. R. Slavson creó grupos de juego de actividad para los niños de cinco a trece años. Slavson (89) refiere 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.

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 (90)

Los tipos analíticos de grupo 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 "actig-out" es tratamiento en el niño.

Slavson (91) dice que la terapia de grupo 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 Super yo y no habrá miedo al castigo, al rechazo o al abandono, y libera de este modo la ansiedad. Se busca construir, entonces, un Super Yo 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 "status" y éxitos se satisface, según Slavson, a través de :

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 de los grupos de Slavson es dar satisfacciones 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 negativas, la posibilidad de expresar libremente sus impulsos, de hacer regresiones o situaciones traumáticas.

La expresión simbólica en estos grupos surge menos espontáneamente. Las interpretaciones transferenciales no tienen repercusión aparente en el grupo, o tiende a provocar demasiada ansiedad y regresión. La interpretación en la acción, desconociendo, o no teniendo en cuenta, la motivación personal (92)

A continuación enumeraremos algunos conceptos de Slavson sobre el agrupamiento de grupo citados en Glasserman (93):

1. Es necesario tener en cuenta no sólo la edad cronológica, sino la madurez emocional. Los niños sobreprotegidos o cuya ansiedad es tan intensa que recurren a mecanismos infantiles, no son bien aceptados por otros social y emocionalmente más maduros. deben agruparse con los más pequeños para evitar que incurran, como defensa, en conductas inmaduras y sus dificultades se intensifiquen.
2. Si el agrupamiento es incorrecto, la conducta indeseable de algunos es imitada por otros. Cuando los miembros dominantes son hostiles, destructivos o antisociales, crean una atmósfera indeseable que es contagiosa. Es importante agrupar a los miembros buscando prevenir que los dominantes activen una conducta criminal o delinencial en los otros.
3. El terapeuta debe dominar la tendencia natural de proteger a los individuos más sensibles o introvertidos, porque estimula la rivalidad en el resto.
4. No debe haber muchos niños agresivos en un grupo, ya que refuerzan su agresión unos con otros, aproximadamente a una situación de histeria grupal. Un grupo de ocho miembros no debe tener más de dos de tipo hostil o agresivo, para no viciar la atmósfera terapéutica.
5. Grupos formados únicamente por niños aislados y retraídos no son efectivos, porque no se pone en marcha la dinámica esencial: las relaciones interpersonales, porque cada uno se ocupa de su propio trabajo sin conectarse con los demás.
6. El balance intragrupal se obtiene cuando el grupo está compuesto por niños activos, retraídos y de término medio en igualdad de número e intensidad de características, porque esto tiende a mantener el equilibrio.
7. Es aconsejable agrupar niños de un solo sexo. aunque ésta es una práctica un tanto arbitraria que requiere confirmación empírica.
8. Es conveniente agrupar niños que no han tenido contacto anteriores, porque el grupo proporciona la oportunidad de realizar un nuevo ajuste social. Por tal motivo, no debe haber hermanos en el grupo, ya que así se introducirían viejos tipos de relación que pueden bloquear el proceso reeducacional.
9. Debe desalentarse la entrada al "club" de amigos, no por intermedio del terapeuta, sino por otros canales de la institución, por ejemplo la secretaria. La regla es que sólo ocasionalmente puede admitirse la visita de otros niños.
10. Para aumentar la adaptabilidad de los niños y probar su crecimiento emocional a medida que pasa el tiempo, se los puede cambiar de grupo y observar cómo se adaptan o introducen nuevos miembros en él. El ajuste a estas situaciones es una prueba de mejoría, porque indica la evolución en su capacidad de adaptarse. El objetivo primero s

consolidar el grupo (como familia), con lo cual se adquiere el sentimiento de pertenencia; para mantener su receptividad con el mundo externo se realizan salidas, visitas, etc.; el próximo paso consiste en salidas con otros grupos y luego la introducción de nuevos miembros. Esto permite evaluar el grado de receptividad como para enviarlo a nuevos grupos.

11. Después de un número considerable de reuniones, comienzan a formarse pequeños subgrupos, debido a intereses o necesidades comunes. Un grupo puede centrarse en una personalidad dominante, o bien pueden agruparse los que refuerzan mutuamente una conducta infantil (desorden, destrucción, agresión) o para formar una alianza en la lucha por el poder a causa de los celos; un interés común, tal como experimentos científicos, puede crear un subagrupamiento permanente. Sin embargo, los más duraderos están determinados por necesidades emocionales más profundas, ante que por el tipo de actividad.
12. La consideración más importante es la necesidad de evitar que los miembros revivan en el grupo la misma situación traumática o la misma atmósfera reductora de problemas. El niño que debió soportar a hermanos agresivos, no debe ser expuesta al mismo tipo de rechazo o crueldad en las primeras etapas del tratamiento; aquel que fracasó socialmente en sus actividades, debe ser ubicado donde sea aceptado y obtenga éxito en aquello que realice. Para esto es necesario estudiar la estructura del carácter del niño y su patología social en la escuela, la casa y otras actividades. Un niño puede ser tan destructivo en grupo, que impida cualquier experiencia terapéutica en otros miembros. Salvo excepciones, la terapia de grupo trata de sustituir experiencias desagradables por otras agradables para compensar al niño de sus tempranos sufrimientos.

En fin, lo que busca Slavson es un ambiente ideal que suplante los medios traumáticos donde se mueve el niño, familia, colegio, etc. y que originan sus conductas negativas; un ambiente donde exista posibilidades de trabajar, crear y pasear en una interrelación constante con otros niños y un terapeuta que ofrezca aceptación incondicional a las necesidades de sus clientes.

El terapeuta debe convertirse en un padre ideal que suplementa con su actitud tolerante permisiva las características defectuosas de los progenitores reales; no habla ni interfiere en la tarea de los niños, pero responde con naturalidad cuando éstos se le acercan, cuidando de no estimular la dependencia o los celos entre ellos.

De esta manera, el grupo de actividad es un centro de trabajo que permite desarrollar las posibilidades creativas y reeducar en determinadas pautas de conducta que provocan en el niño situaciones de conflicto. Se trata de un verdadero club al cual éste permanece afiliado mientras lo desee y donde se desarrollan vínculos del tipo de grupo primario entre los niños y el terapeuta.

Slavson y Ginott (94) 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.

M. Shiffer.

M. Schiffer (95) , que trabajó varios años con Slavson. Trabajó a partir de 1950 con niños de seis años a nueve años. Para Shiffer el grupo terapéutico de juego es una práctica especializada que se emplea con los niños emocionalmente perturbados que se encuentran en el período temprano y medido de latencia. El proceso es reexperiencial, ya que los niños reviven periodos durante los cuales fue efectuado el desarrollo del Yo. 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 Shiffer, una técnica en un proceso planeado, y su empleo está controlado por determinantes psicológicas precisa. Conduce al aflojamiento de las defensas del Yo y 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 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 Shiffer 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 la fuerza adquirida pro sus miembros; de este modo, los niños no 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 resistencia en el sentido clínico del término, sino simplemente comunicando que algo falla en el grupo, en su balance o en el manejo del terapeuta (96).

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 terapéutico también está influido por el grado de consistencia que mantiene el terapeuta en su rol permisivo.

Shifer, estima en seis la cantidad máxima de miembros por equipo, en especial cuando cuentan entre cinco y siete años, debiendo ser homogéneo en sexo y edad. Prefiere los grupos cerrados y si es necesario introducir nuevos miembros, considera conveniente hacerlo en las primeras fases del proceso, para evitar que el nuevo integrante quede, en

cierto sentido, desubicado. Reúne cada grupo una vez por semana durante una hora y reconoce no haber hecho la experiencia con reuniones bisemanales, aunque cree que si bien puede lograrse un desarrollo más rápido, tiene también sus contradicciones; los niños tendrían que estar capacitados para manejar las realidades, separadas entre un encuadre autoritario (hogar, comunidad, escuela) y su antítesis, el grupo permisivo; cuando la frecuencia de las reuniones aumenta, la habilidad para integrar ambas experiencias puede fallar, especialmente con niños pequeños.

Al finalizar cada reunión se sirve una merienda, ya que se da suma importancia a los factores psicológicos relacionados con esta actividad y a la experiencia que significa para los niños en relación con el adulto permisivo.

Hasta aquí, hemos hablado de dos autores que manejan grupos psicoterapéuticos con técnicas no interpretativas; ahora mencionaremos otros que utilizan técnicas interpretativas y diferentes enfoques teóricos. Uno de ellos es Ginott, quien se ha dedicado a trabajar con grupos de juego, integrados con niños de tres a nueve años. Tanto en su material de juego como la técnica son diferentes los empleados por Slavson y Shifer, aunque en lo demás sus conceptos son similares. Si bien Ginott da gran importancia a la interrelación grupal, el foco de tratamiento es el niño, y no busca en momento alguno, objetivos o cohesión de grupo.

#### H. G. Ginott.

Haim G. Ginott (97), 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 Ginott 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 pueden soportar la tensión y la ansiedad transitorias.

Ginott 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 libertad 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 los niños 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 su vida. 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 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.

Ginott concede gran importancia al mantenimiento del encuadre, a través de precios límites que deben aclararse y establecerse 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 so expresados en actos. Esta es la técnica de espejo, y en su aplicación el especialista de 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.

Ginott agrupa varones y niñas cuando son preescolares, y de igual sexo en la edad escolar. Durante este último periodo y dice que la identificación sexual debe intensificarse a través de intereses y actividades culturalmente diferenciadas en cuanto a masculino y femenino; los niños tendrán edades homogéneas , y la cantidad ideal es de cinco miembros por grupo.

#### D. Anzieu.

Didier Anzieu. Trata de unir psicodrama y psicoanálisis en grupo de niños y adolescentes. Refiere que repitiendo voluntariamente, centro 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 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 da 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 el mismo ( 98).

El psicodrama es un adiestramiento de la espontaneidad; es campo de acción son los casos de inadaptación de la vida social que se han fijado en roles estereotipados y que es conveniente “desconservar” , readiestrar, 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.

Las sesiones se desarrollan con una consigna: “ Se trata de representar una comedia, ¿ te gusta eso ? pues bien, verás cómo lo haremos: no vas a contar la historia de algo que te haya sucedido o que te hayan contado, o que hayas presenciado o un sueño; luego dirán que personaje serás en la historia, qué roles tendremos nosotros y , entre todos, representamos la historia”: ( 99)

Durante la sesión, se respeta las variaciones de la historia propuesta y los psicodramatistas intervendrá, a su turno, sobriamente.

El grupo se compone con dos o tres psicodramatistas de ambos sexos y entre uno y cuatro niños, para los cuales la homogeneidad en la edad y el sexo es la regla.

El psicodramatista interviene ayudando al niño a encontrar un tema y a comenzar la representación, además de interpretar el rol elegido.

S. H. Folkes Y E. J: Anthony

Folkes y Anthony señalan (100) 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 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.

Esta psicoterapia utiliza al grupo y a su fuerza con propósitos terapéuticos y el tratamiento es, en consecuencia, grupal. Pero no trata al grupo para su bien en conjunto o



para mejorar su eficacia en el trabajo, de la manera que Folkes y Antony (101) sugieren que es para el bien de cada uno de sus miembros, como única razón. Toda psicoterapia, es en última instancia, tratamiento del individuo. Así que dicen que en la psicoterapia analítica de grupo es necesario:

1. que la comunicación verbal se transforme en asociación grupal. Esto implica que la discusión en el grupo no deberá serlo en su sentido lineal, sino dentro de una tónica descrita como "libre discusión flotante", que es, en el equivalente analítico de grupo, lo que en el psicoanálisis se conoce como "asociación libre".
2. que el material producido y las acciones e interacciones de los miembros sean "analizados" o sean comentados, interpretados y estudiados por el grupo. Esto significa que no sólo los procesos dinámicos del grupo, sino también su análisis, formarán parte integrante de la operación terapéutica, y
3. que el tema material de discusión sea tratado no sólo respecto de su contenido manifiesto, sino también de su contenido "inconsciente", su significado latente, de acuerdo con los principios del psicoanalista.

Mientras otros grupos terapéuticos trabajan sólo, o primordialmente, con el contenido manifiesto de la discusión, la terapia analítica lo utiliza para llegar, por un proceso de análisis e interpretación, al contenido latente, similar en su modo al del psicoanálisis, que utiliza el contenido manifiesto de un sueño para descubrir las esoñaciones latentes.

Este enfoque es válido tanto para los grupos de adultos como para los de niños.

Folkes y Antony (102) clasifican a los grupos de niños de acuerdo con la edad: niños pequeños, latentes menores y mayores y adolescentes menores y mayores.

En el primer caso, agrupa cuatro o cinco miembros en una habitación pequeña, para evitar la dispersión, colocando cerca del centro una caja grande y plana pegada al suelo, dividida en dos compartimentos conteniendo arena y agua, respectivamente. Además hay material de juego en miniatura. Los pacientes generalmente se hincan, para mayor comodidad, y el terapeuta asume su rol como un miembro más, manejando su área de agua, arena y juguetes.

En la primer etapa predomina el juego individual y el conocido "monólogo colectivo" de Piaget (103). Posteriormente se inicia el desarrollo del grupo: desaparecen las divisiones de parcelas, comienzan las vinculaciones y aumenta la calidad de las comunicaciones. A veces se teje una "fantasía colectiva" alrededor de situaciones hogareñas: el nuevo bebé, el hermano agresivo, la ausencia de padre, la posesión de la madre, etc.

El terapeuta participa en los temas de juego sólo pasivamente, sin agregar nada de sí. Las interpretaciones concuerdan con esos temas.

Como es importante trabajar con niños que no se hallen fatigados, considera suficiente realizar de 30-40 minutos, dos veces por semana.

Los grupos de latentes incorporan a niños de 5 a 9 de 10 a 12 años respectivamente, ocupados en tareas más sedentarias, tales como dibujos, pintar o modelar, en sesiones que durante una hora y media. El terapeuta puede trabajar con ellos y su producción estará sujeta a libre crítica. Folkes y Antony consideran, para esa edad, que una situación de grupo bien equilibrada se divide en dos fases: una de discusión y otra de actividad, reconociendo la necesidad de acción del niño, sobre todo después de una tarea abstracta.



Estos autores permiten y aceptan el desarrollo de la transferencia negativa. Con los adolescentes consideran contraindicado, por inhibitoria, al grupo mixto. Afirman que sólo en este nivel aparece la situación analítica de grupo: se sientan al rededor de una mesa, aunque algunos prefieren pasearse. Seis miembros es una cantidad apropiada; más participantes favorecen el acting-out y los subgrupos. Consideran importante el sexo del terapeuta por las identificaciones con figuras parentales.

Eduardo Pavlosky.

Eduardo Pavlosky (104), refiere que en un niño que está elaborando sus problemas en el juego, con su actividad lúdica, la defensa y el conflicto 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 es la parte del Yo libre de conflictos 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 Pavlosky 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. (105)

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 regresión grupal común, significa abandonar al grupo, salir de la corriente emocional grupal, por consiguiente, volverse terapéuticamente menos afectivo.

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 en el tratamiento son :

1. La posibilidad de objetivar en la representación o dramatización las imágenes arcaicas de los pacientes. El hecho de que los objetivos internos de los niños e 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 repararan 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 extravenaba. 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.

El Yo de los niños los yo auxiliares no deben ser más de dos, preferentemente de distinto sexo, de modo de poder elaborar sus creaciones dramáticas sirviéndose de sus mecanismos de defensa contra las pulsiones y los afectos 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 par investigar y elaborar esas pulsiones con sus respectivas defensas.

El equipo terapéutico. Esta constituido por el director y los yo auxiliares.

El director debe tener un conocimiento cabal de sus yo auxiliares, puesto que algunos de ellos tendrán más facilidad que otros para jugar cierto tipo de roles. En algunas ocasiones el director puede llegar a dramatizar, si así lo pidiera el paciente que ha sugerido la dramatización.

Generalmente, integrar la pareja parental, situación muy útil para la elaboración de los conflictos edípicos.

El lugar de las sesiones no exige un determinado tipo de escenario. Solamente se necesita un espacio libre para dramatizar. Generalmente se coloca las sillas en que los niños se sientan de manera de formar un círculo que limite el lugar donde se lleva a cabo la representación.

El tiempo de sesión con los niños de corta edad, se debe respetar el tiempo de duración del juego espontáneo, que generalmente no es más que de treinta minutos. Los temas de dramatización son espontáneos del grupo. "Se le da al niño libertad de improvisar y de modificar el tema durante la representación, así como de modificar los roles en plena dramatización" (106)

El número de niños no debe ser más de ocho. Hass y Glasserman (107) refieren cuatro categorías de edades.

1. De cinco a ocho años ( principio de latencia).
2. De ocho a once años (Fin de latencia)
3. De once a trece años ( preadolescencia).
4. De trece a dieciséis (Adolescencia.)

La diferencia de edad de los integrantes de cada grupo nunca debe ser mayor de tres años.

Por otra parte, Lippman (108) sostiene que la terapia de grupo es adecuada para ayudar a los niños introvertidos a aprender que otros niños son más "amigables " y "seguros" de lo que ellos creían, lo que les permite reajustar su inadaptación emocional.

En la psicoterapia de grupo infantil es de especial interés comprende, investigar y desarrollar todos los aspectos relacionados con las funciones del yo de los niño, las cuales se ponen de manifiesto en todas las actividades del niño en el grupo, de los miembros entre sí o del conjunto como totalidad.

Anny Speier, (109) dice 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 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 de 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 hacia el otro, son los elementos motores 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 reconocimientos y asimilación, competencia y cooperación, desinhibición y control, se cumple en forma longitudinal progresiva el proceso de socialización humana, 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 desempeña un papel preponderante en la disminución de 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 fantasías 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. El proceso de socialización y maduración de la personalidad.- Se refiere 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 individualización.- Se cumple la realización del potencial individual de la sinceridad consigo mismo; la clarificación interior; la búsqueda de motivaciones auténticas y de soluciones personales (110).

El enfoque de Speier se fundamenta en :

- 1.- En la expresión simbólica.
- 2.- En la no universalidad
- 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 represión simbólica; de una acción terapeuta 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 Speier (111) son:

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 elaboraciones 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 un plano simbólico, sin hacer consciente la relación de la fantasía con los problemas, permite el libre flujo del material y su adecuada elaboración de la fantasía con los problemas, permite el libre flujo del material y su adecuada elaboración (112).

Speier favorece la expresión profunda de los conflictos de nivel simbólico, estimulando la elaboración de fantasías en el juego, o en la actividad psicótica, a través de sueños y material proyectivo obtenido en 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:

- a) Favorece el aflorar de elementos inconscientes,
- b) A través de fantasías e imágenes, permite la expresión de sentimientos que sería difícil expresar a nivel consciente.
- c) Permite una elaboración emocional, lo que favorece la integración.
- d) Permite una vivencia emocional más intensa.

- e) Contribuye a la clarificación de elementos internos confusos
- f) Hay producción espontánea en el desarrollo de las fantasías, lo cual lleva a un “insight” progresivo y natural.

En los grupos de Speier 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 favorece la cooperación y el intercambio recíproco y se estimula el proceso de socialización de todos los símbolos.

#### Sirlin y Glasserman

Mientras María E. Sirlin y María Rosa Glasserman (113), refieren que el objetivo de la psicoterapia de grupo, es lograr que el niño adquiera una madurez emocional, 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 compartir 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 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 fantasías 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 impere en el juego, actúa como factor estructurante frente a situaciones regresivas.(114)

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

En su técnica. Sirlin y Glaserman convergen el psicoanálisis, la teoría de los pequeños grupos y la psicoterapia grupal de adultos. La psicoterapia grupal de niños es fundamentalmente analítica; el elemento básico del proceso es la interpretación de los

contenidos inconscientes que aparecen en el juego, al análisis de la transferencia y de la resistencia.

Glasserman y Sirlin (115), consideran que el ambiente permisivo y de aceptación es sólo un aspecto de la psicoterapia de grupo, el marco para desarrollar sus conflictos. Aceptan al niño tal como es, para que, a su vez, desarrolle las vicisitudes de la transferencia.

Plantean además que el grupo se constituye por las múltiples formas de relacionarse entre los niños, por las modalidades para manifestarse de cada uno en particular; de manera que enfocan las situaciones como se presentan, abarcando a uno, dos, tres, o todos sus miembros.

Por otra parte, buscan entender qué es lo que está expresando el grupo como totalidad, pero sólo lo hacen explícito cuando la situación está al alcance de la comprensión del pequeño; de otro modo esto podría crear un distanciamiento entre el terapeuta y los niños.

Es en la primera etapa del proceso donde el niño trata de adquirir una identidad, por lo que interpretan al grupo como un todo en este momento podría dificultar esta adquisición.

En etapas posteriores, cuando se ha logrado una identidad o está en vías de lograrse, todos sus miembros pueden participar de un sentido global con respecto al grupo; es posible considerarlo como un todo homogéneo, y esto lejos de afectar la propia identidad, contribuye a afianzarla.

En general, todas las expresiones que se desarrollan en el grupo son de tipo transferencial y deben tomarse en este sentido.

La interpretación se considera un instrumento eficaz en el proceso terapéutico, en la medida en que esclarecer una motivación inconsciente significa una apertura en el logro del insight y de la madurez emocional. Esta puede referirse a una parte del grupo o a un solo miembro. Puede señalar una conducta, una actitud defensiva, una forma de relacionarse o de expresarse; las más simples pueden resultar las más profundas, por la manera en que realmente se comprenden y aceptan.

Al hacer una interpretación es necesario utilizar una terminología accesible al niño, emplear su lenguaje, así como elegir el tiempo más adecuado para hacerlo. Por otra parte, el terapeuta debe tener en cuenta los aspectos egoicos del niño que sean capaces de tolerar la ansiedad frente a una interpretación. Es mejor interpretar "como dialogo" y no como "interpretado", con una actitud terapéutica participante y no distante. De igual manera pueden realizarse interpretaciones dirigidas a la asunción de roles, a los modelos de comunicarse y a todos los aspectos relacionados con la interacción grupal y la socialización.

El terapeuta deberá explicarse siempre el motivo de una interpretación y de una participación, y tendrá en cuenta la importancia de saber esperar, sin abrumar al niño con participaciones o interpretaciones, sino permitiendo al máximo el desarrollo en las relaciones grupales.

La psicoterapia de grupo con niños surgió en las como una necesidad práctica, para tratar a más pacientes con menos tiempo-terapeuta; posteriormente, al iniciarse las experiencias privadas, la selección comenzó a efectuarse sobre económicas, lo cual contribuyó a desvalorizar la terapia de grupo en niños; se convirtió en la bolsa común donde entraban por descarte los pacientes que no podían pagar tratamiento individual, mientras

que en las instituciones se integraba al grupo a aquellos que no podían recibir un tratamiento individual ante la escasez de terapeutas.

#### 2.4. M. Axline: terapia de grupo no directiva.

Otro enfoque es el de Axline (116), que sigue el sistema teórico Rogeriano centrado en el cliente. Este es semejante en muchos aspectos a la terapia de juego psicoanalítica en grupo descrita por Ginnot (117). En ambas se hace uso de la interpretación análisis de las tendencias expresadas a través del juego. Se promueve la libre autoexpresión y se da menos importancia a la interacción entre los miembros. El principal agente terapéutico es la introspección (insight) en el marco de la relación con el terapeuta, en la que éste se mantiene neutral y relativamente anónimo. En la terapia psicoanalítica se promueve la "regresión" para lograr una reproducción de la psicopatología original. En métodos psicoanalíticos se asume al grupo como "un todo" (118) y se concede más importancia a la expresión verbal, y menos al juego como equivalente de la asociación libre (119)

La terapia no directiva presupone que el individuo no sólo es capaz de resolver satisfactoriamente sus propios problemas, sino que ese impulso es lo que hace a la conducta madura más satisfactoria que la inmadura.

Una característica sobresaliente de su técnica se explica en este postulado: "El terapeuta está alerta para reconocer los sentimientos que el niño expresa y los reflejará de modo tal que aquel obtendrá insight de su conducta. Para ello es necesario diferenciar reconocimiento de sentimiento e interpretación. No se debe trasladar a palabras el juego simbólico del niño, porque sería una interpretación".

De acuerdo con sus conceptos, pone énfasis en el clima de permisibilidad y aceptación del niño; éste es quien "conduce" la terapia con sus aportes lúdicos o verbales espontáneos. El terapeuta no debe preguntar, sugerir, aconsejar ni elogiar y tampoco "adelantarse" a interpretar lo que el niño está por manifestar.

En la terapia de grupo, se ajusta a reflejar los sentimientos individuales, a pesar de reconocerlo más difícil, para no descuidar las necesidades del niño cuando refleja lo que dice otro.

Sus grupos son heterogéneos en sexo y edad; el niño asiste voluntariamente y puede elegir un grupo en el cual le gustaría estar. También pueden asistir hermanos al mismo grupo.

Considera Axline (120) que la permisividad de ser uno mismo, la aceptación y el reconocimiento de sentimientos, ayudan a clarificar lo que los niños sienten y piensan, desarrollando así las posibilidades de insight.

#### 2.5. Psicoterapia de grupo en Argentina.

Las primeras experiencias en psicoterapia de grupo en niños fueron realizadas alrededor de 1956 en diversas instituciones de Buenos Aires. A diferencia de otros lugares como México, en Argentina crece y se desarrolla ante la necesidad de resolver problemas asistenciales.



Es así como surgen en el Instituto de Neurosis y los hospitales Británico y de Niños los primeros grupos de psicoterapia infantil. Los terapeutas que se iniciaron en esta tarea, J. Rojas Bermúdez, Salas Subirat, S. Renik, E. Pavlovsky, Mora G de Zion, y otros(121).

Sin tratar de especificar las diferencias entre unos y otros, podemos señalar en líneas generales su orientación: en su técnica convergen el psicoanálisis, la teoría de los pequeños grupos y la psicoterapia grupal de adultos. La psicoterapia de grupo en niños es fundamentalmente analítica. El elemento básico del proceso es la interpretación de los contenidos inconscientes que aparecen en la interpretación de los contenidos inconscientes que aparecen en la actividad lúdica, el análisis de la transferencia y las resistencias. Sin embargo se han introducido algunas modificaciones que, sin desvirtuar la teoría, atienden más a la especificidad de la tarea, que difiere tanto del análisis individual de niños como del grupo terapéutico de adultos.

Obviamente los aportes de los autores argentinos, no son menos importantes que los extranjeros, sino son más conocidos en nuestro país de hecho son y su bibliografía es fácilmente accesible.

Este capítulo se centra tanto en aspectos teóricos como técnicos de la psicoterapia de grupo en niños desde sus inicios, los autores mencionados convergen y divergen unos de otros pero esto nos permite tener una amplia visión de lo que es la psicoterapia de grupo. Slavson, Shiffer, Ginott y Axline sustentan el criterio de tomar aisladamente al individuo dentro del grupo sin dejar, por ello, de tener en cuenta la riqueza de la interrelación grupal, mientras que Glasserman, Sirlin, Folkes y Antony, consideran que el grupo no es sólo un instrumento para la curación del individuo sino que constituye en sí algo diferente a la suma de sus partes. La psicoterapia analítica de grupo incluye el tomar lo emergente del grupo aquí y ahora, a los fenómenos grupales como productos de la "situación" total, al análisis del material verbal y no-verbal y las acciones y distintas reacciones de sus miembros, a la resistencia y el tener en cuenta la constraferencia; así mismo, incluye la interpretación del material latente que aparece en el contenido lúdico y verbal.

En una revisión de la literatura más actual referente al avance y difusión de la psicoterapia de grupo en general, se encuentra el punto de vista de Alonso (122), quien plantea que en los últimos años se ha hecho más conciencia entre los clínicos de que la investigación de los tratamientos en grupo tienen claras implicaciones para la práctica clínica. La calidad de la investigación empírica ha aumentado de manera significativa en años recientes, y las conclusiones hechas por los investigadores han llegado a ser más directas y concretamente aplicables. Sin embargo, legisladores y pacientes en psicoterapia, para justificar la eficacia, seguridad y efectividad de los costos de tratamiento, han puesto de manifiesto que a la larga no puede ignorarse el potencial de los fundamentos científicos de la intervención en los grupos.

Existe evidencia acumulada del mejoramiento de la comunicación entre investigadores clínicos. Esto se refleja, por ejemplo, en que muchas revisiones de la literatura de investigación que ofrece sugerencias pragmáticas para el clínico, especialmente diseñadas para los tratamientos en grupos basados en hallazgos empíricos

En una primera revisión Dies (123) observó que los investigadores se han vuelto más optimistas con respecto a la eficacia de los métodos grupales y sus técnicas de investigación son cada vez más elaboradas.

Sin embargo, las conclusiones tentativas acerca de los resultados publicados por los grupos terapéuticos hace 15 o 20 años, se han reemplazado de manera significativa por informes más confidenciales.

Por otra parte, encuestas contemporáneas (124) señalan que existe un amplio respaldo a la psicoterapia de grupo como modalidad de tratamiento más viable y vital. El aspecto de la eficacia terapéutica de los tratamientos en grupo se ha explorado a través de varios métodos.

La práctica de la psicoterapia de grupo con niños cada vez gana más terreno porque esta técnica representa varias ventajas con respecto a los tratamientos individuales, ya que es mucho más aplicable en instituciones como hospitales y escuelas donde no existe una cantidad suficiente de profesionales que puedan atender las demandas de atención psicológica en la población infantil.

Desde mi punto de vista, algunas de las ventajas que implica establecer grupos de psicoterapia dentro de las instituciones son las siguientes:

1. Se puede atender a más niños en menor tiempo
2. Se les permite compartir sus preocupaciones con otros.
3. Es una oportunidad para aprender a relacionarse de otra manera con los demás
4. Les brinda la seguridad de contar con un espacio propio para hablar de sus problemas.

Una vez tenido este esquema de lo que se ha hecho en otros países sobre la psicoterapia de grupo en la infancia, vamos a adentrarnos en el próximo capítulo en aquellos trabajos que se han realizado en nuestro país.

### CAPITULO III PSICOTERAPIA DE GRUPO CON NIÑOS EN MÉXICO.

#### 3.1 Antecedentes.

Los antecedentes del trabajo con grupos terapéuticos con niños son escasos en México.

Los primeros de quienes se tiene noticia fueron los trabajos de los doctores Ramón de la Fuente Muñiz y Leonor Torres Cavioto (125) en el Hospital Infantil de México, entre los años 1948 y 1949. en este último año publicaron su experiencia que fue considerada exitosa.

Luego se interrumpió y fue reanudada en 1950 por el doctor Luis Feder (126), también en el Hospital Infantil de México. En su informe publicado en 1953 resalta que trabajó con grupos de niños utilizando implementos favorecedores de la expresiones plásticas y de la socialización en el juego; lo acompañaba una observadora silenciosa que tomaba notas.

En general, siguió los lineamientos recomendados por Slavson relativos a una participación primordialmente verbal del terapeuta. El mismo doctor Feder trabajó con las madres de sus pacientes en grupo, aunque en su reporte no relata el tipo de técnica que usó con ellas. En la misma institución hospitalaria y para trabajar en grupos con niños, entrenó a varias generaciones de terapeutas.

En los años sesenta la doctora Frida Zumud organizó un grupo terapéutico de niños de ambos sexos en edad de latencia, que tuvo una duración limitada. Su experiencia no fue publicada. En comunicación personal con Dupont (más adelante hablaremos de su trabajo con grupos terapéuticos con niños) le describió una técnica de corte psicoanalítico, con formulaciones interpretativas del contenido inconsciente, eminentemente verbal y sin juguetes. El grupo, según su relato, desbordó el espacio del consultorio en una actividad incontrolable y terminó por ser disuelto.

#### 3.2. GIN O EL Proyecto.

En 1974 aparece el primer modelo de grupo infantil natural G.I. N.0 (127)

El espectro teórico en el que se ubico este trabajo; Se origina en la comprensión básica de psicoanálisis y en consecuencia los postulado básico de Freud y en el desarrollo de la escuela kleniana, incluyendo principios de Winnicott, Bion y Meltzar entre otros. Sin embargo se hace hincapié en que su método intelectual y de investigación reposó más en la observación empírica que en la deducción a partir de un esquema previo.

Ambos terapeutas (Dupont y Junich ) realizaron entrevistas de selección a cada niño acompañado de sus padres, las veces que fueran necesarias, hasta tener aclarada la psicopatología del niño y la trama psicodinámica familiar.

La admisión del niño al grupo GIN 0 estaba condicionada finalmente a que él aceptar trabajar en el grupo, los padres ingresaran a psicoterapia individual o grupal, caso en el cual eran canalizados hacia algún colega, si es que aún no estaban en tratamiento. En una ultima entrevista, cumplidos estos requisitos, se explicaban las normas y funcionamiento; sesión de una hora dos veces por semana; los acompañantes deberían retirarse y luego regresar a recoger a los niños. Además se programaron reuniones

periódicas de los terapeutas con cada niño, los padres o los terapeutas. Tiempo después se añadió la posibilidad de visitar la casa de los pacientes.

Este trabajo se realizó inicialmente en aislado (consultorio terapéutico) acondicionando una amplia habitación con ornatos, con aislamiento acústico, piso de loseta vinílica; con un gran pizarrón que ocupaba toda una pared; una pequeña escalera de ángulo que permitiera a los niños el acceso a lo alto del pizarrón, gises y borrador. Como único mobiliario, sillas pequeñas de plástico irrompible para niños, y dos algo más grandes para los terapeutas. La habitación contaba con una ventana al exterior, a la que luego se añadió barreras metálicas. Dos puertas, una con acceso al baño, también con ventana al exterior, dotado de lavabo, agua retrete y papel sanitario. Otra puerta con acceso a la sala de espera, que a su vez comunicaba con un consultorio para adultos y con el exterior.

Se trabajó con un grupo abierto de niños en edad de latencia entre siete y diez años, de ambos sexos, con trastornos diversos, que abarcan desde la neurosis fóbica hasta la organización borderline. En todos aparecía alguna forma de rebeldía y agresividad dentro de la familia y en las aulas, y bajo rendimiento escolar. Todos los niños pertenecían al estrato socioeconómico medio alto. La mayoría de los padres eran profesionistas y provenían a su vez de tratamientos grupales de corte psicoanalítico. Se reunían dos veces por semana durante dos horas. Se contaba con dos terapeutas, hombre y mujer, los cuales utilizaron diversas técnicas como son: el campo, el texto y el contexto desde las cuales se generan los fenómenos grupales, su proceso y la cultura del grupo.

Al campo grupal, como a un iceberg, le describen una área observable, objetiva y otra subjetiva. El área objetiva es donde se implanta el encuadre; incluyendo el espacio físico, las normas y los procedimientos de operación formal en la tarea de terapeutas y pacientes. El campo subjetivo del grupo se expande a los objetos y circunstancias que intervienen en la comunicación grupal e incluye al universo emocional de cada uno, ya alas fantasías inconscientes individuales y grupales. Del campo subjetivo del grupo emergen, en el concepto de Dupont y Junich, la mentalidad grupal y los supuestos básicos por Bion como resistencia a la tarea, las emociones primarias, las configuraciones psicóticas grupales, la transferencia grupal y el "clima" del grupo.

El texto grupal se refiere (128) a la comunicación verbal y preverbal en el aquí y ahora de los individuos dentro del grupo; a la expresión transferencial entre los pares y hacia el o los terapeutas, y a la intervención-lectura-interpretación que formula el o los terapeutas respecto de los fenómenos manifiestos y latentes, individuales y grupales que ahí transcurren.

El contexto grupal se refiere al periodo evolutivo por el que transita el grupo y que da coherencia y sentido a un determinado texto grupal. El contexto grupal está conectado con la historia del grupo y de sus componentes, con sus vicisitudes, éxitos y fracasos, con su capacidad actual de regresión y progresión, reparación e integración. El contexto grupal se refiere también a la modalidad evolutiva de comunicación en el texto que puede ser verbal, corporal, dramática, etc.

La terapia terminaría como empezó: con una entrevista de los terapeutas con los padres, donde unos entregarían al niño a otros. Aquí se evaluaría el tratamiento desde las tres perspectivas

los supuestos sobre los que se planteó el proyecto GIN O fueron los siguientes:

1. El abordaje grupal de la psicoterapia analítica de niños significando un doble desarrollo metodológico: por un lado, de los principios básicos en los que se sustenta la psicoterapia analítica de niños; y por otro lado los de la psicoterapia analítica grupal, propiamente dicha.
2. El proceso terapéutico en un grupo de niños en edad de latencia, puede optimizar sus resultados implementando una técnica que permita el acceso a la psicopatología de los niños de manera grupal y directa, sin la intermediación de artefactos y juguetes que mediaticen los conflictos, sino propiciando su expresión en y mediante el grupo.
3. Si la psicopatología infantil se gestó en el contexto social del que la familia es célula, la reproducción de tal célula en un marco terapéutico propiciará la proyección del conflicto infantil sobre el grupo-familia; los terapeutas hombre-mujer, y los pares niños y niña.
4. La posibilidad de proyectar las fantasías conscientes e inconscientes de los niños sobre el grupo-familiar, les ofrece un "juego sin juguetes", es decir, un juego con objetos humanos la posibilidad de transformación directa y, en consecuencia, permite la detección del conflicto y la consecuente intervención terapéutica.
5. La indicación de psicoterapia simultánea a los padres, favorecerá su tolerancia a los cambios que ocurran en sus hijos, su comprensión de los cambios que ocurran en sus hijos, su comprensión de los factores patogénicos que inciden en ellos y su participación activa en la cura.

La denominación de Grupo Infantil Natural 0, primer modelo para la técnica dice Dupont (129), fue sugerida por la evocación de la familia en el contexto terapéutico

Los objetivos que se pretendían alcanzar con el GIN 0 fueron:

1. Reconocer e intervenir precozmente sobre la psicopatología del niño y del grupo infantil.
2. Reconocer, interpretar y modificar favorablemente aquellos factores que interviniendo en la patología del niño, fueran de a responsabilidad de los padres.
3. Abreviar la duración del tratamiento.
4. Evitar la deserción de los niños, propiciada por la resistencia de los padres.
5. Mejorar los resultados obtenidos por Dupont y Junich en el tratamiento individual de niños.

En la fase de apertura los terapeutas se abstuvieron de dar consigna alguna, propiciando la regresión, interpretando los mecanismos defensivos emergentes y las ansiedades subyacentes en la transferencia.

En una segunda fase, la del desarrollo del proceso terapéutico los conflictos básicos del niño estarían al descubierto permanentemente en transferencia y, por lo tanto más accesibles a la posibilidad de cambio, dentro y fuera del campo terapéutico.

Las entrevistas periódicas con cada niño y sus padres, y el análisis de éstos, favorecerían, asimilarían y consolidarían el cambio.

La fase de terminación o cierre de la experiencia, planeándose en un grupo abierto, se realizaría en los individuos del grupo, según su evolución. Debería ser discutida y elaborada dentro del grupo con suficiente tiempo para resolver las transferencias y de acuerdo con los padres. Esta fase sólo arribaría una vez alcanzado el contexto depresivo y reparador del grupo.

En la evaluación de los resultados Dupont Y Junich (130) consideraron haber logrado:

- Intervenir precozmente en la patología del niño y del grupo;

- propiciar que los padres se transformaran en promotores de la salud mental de sus hijos, introduciendo cambios en ellos mismos;
- limitar la duración del tratamiento a un promedio de veinte meses en el primer agrupamiento y de veintinueve meses en el segundo;
- reducir la deserción de los paciente a cero, y
- resolver, o en todo caso mejor comprensión, especificar los resultados que se obtuvieron. En los pacientes, cuatro de ellos integrando el primer grupo y cuatro que luego se añaden; dos fueron de alta por curación. C. e Y , tras doce y dieciséis meses de tratamiento respectivamente.

El procedimiento GIN 0, por los requisitos y condiciones que se han descrito, parece accesible sólo a personas con recursos económicos de tipo medio y alto.

Los terapeutas deben contar con un entrenamiento especializado que incluye, muy fundamentalmente, la capacidad de expresarse mediante el cuerpo.

El procedimiento del GIN 0, tal como lo hemos reseñado, parece eficaz en lo que se refiere a los resultados obtenidos. Sin embargo, debe considerarse que la formación de su matiz, aquella que corresponde al primer agrupamiento, implica un alto nivel de riesgo grupal y de sufrimiento. En los ulteriores agrupamientos, a partir de la matiz ya no se presentó este fenómeno, o por lo menos, ya no la intensidad original.

Cabe señalar sin embargo, que la fase de mejoría en promedio de veinte meses, y en el segundo de veintinueve. Tal efecto podría atribuirse a que en el primer caso, la regresión grupal fue más profunda y prolongada que en el segundo, o a que el número de pacientes fue menor en un caso y mayor en otro. Debe añadirse que en el primer agrupamiento, como fenómeno paradójico, se reunieron pacientes más enfermos que en el segundo. "... Nos inclinamos a pensar que la cura se aceleró en el primer agrupamiento en función del proceso regresivo más intenso..." (131).

Fue posible confirmar:

- que el núcleo de la enfermedad de nuestros pacientes, la llamada área psicótica de la personalidad, está conectada con la acumulación de agresión y de ansiedad;
- que su evaluación mejorara el cuadro clínico, pero que la modificación estructural se realiza sólo por la vía de la internalización, y que la identificación con objetos reparados. Estos fenómenos propician el proceso de desarrollo del niño, su mejoría clínica y su socialización.

Se realizó un seguimiento de los pacientes

### 3.2.1.GIN I Un modelo Institucional.

Este se realizó en el año de 1978 en el Centro de Integración Juvenil de Naucalpan, con pacientes de recursos económicos limitados, asentados en las márgenes el municipio de Naucalpan, Estado de México. Se trataba de niños cuya maestra de la escuela primaria vecina envió al Centro de Investigación Juvenil por rebeldía, agresividad, conducta incontrolable dentro de las aulas y bajo rendimiento escolar (132).

Se formaron dos grupos: uno con siete niños del sexo masculino, de nueve a diez años de edad homogéneo, cerrado y con duración limitada a seis meses. El otro grupo con las madres, que fueron quienes aceptaron asistir. Este grupo se reunió paralelamente al

grupo de niños una hora, una vez por semana. Lo coordinó la doctora Judith Ramírez, y algún otro miembro del equipo, hombre o mujer. Aquí la consigna fue propiciar entre las madres la discusión de los conflictos de los hijos, pero, a poco generalmente continuaban con sus problemas conyugales. Se maneja al grupo en el nivel de orientación.

El grupo de niños fue atendido por la psicóloga Patricia Serrano y por un pasante de psicología del sexo masculino. El espacio terapéutico se redujo a una habitación sin muebles, con un pizarrón, gises y borrador.

Se modificó la técnica del GIN I con base en los fenómenos demostrados en la primera experiencia del GIN I, según los cuales, en su primer agrupamiento se observaron mejores resultados, atribuidos a que fue ahí donde el proceso progresivo y la evaluación de ansiedad y agresión fueron más intensos, y fue ahí donde se intervinieron las áreas psicóticas de la personalidad y las fantasías primarias, en forma abierta y precoz.

Considerándose inconveniente del original GIN I.

- que el proceso regresivo se prolonga por meses;
- que el proceso de elaboración demora a igual tiempo.
- que el riesgo grupal y el sufrimiento de los terapeutas fueran altos.

Se intentó en esta nueva experiencia modificar el procedimiento aprovechando las ventajas y disminuyendo los inconvenientes. Con este sentido, el nuevo diseño se propuso para cada sesión, reproducir el ciclo de regresión-progresión que originalmente ocupó meses. A tal fin se llevó el grupo a la mayor regresión posible en cada sesión, manteniendo activamente los límites a la violencia e introduciendo al final de la sesión, la reflexión, el pensamiento y la elaboración bajo la consigna "hora de pensar", como una forma de propiciar cada vez la progresión.

Los resultados que se obtuvieron son atribuidos más a la acción catártica, evacuativa de ansiedades y agresión, que a un proceso estructurante más consistente y definitivo. Sin embargo, los beneficios aportados sugieren la posibilidad de la aplicación del procedimiento en instituciones de servicio a la comunidad, no necesariamente analítica.

Aquí se vislumbraron dos problemas: la resistencia que deben vencer los terapeutas para regresar al rol de niños, manteniendo simultáneamente su capacidad terapéutica activa y la resistencia de los padres en el grupo de orientación, para profundizar en la comprensión de su participación en la enfermedad de sus hijos (133).

### 3.2.2 EL GIN II En La Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo.

En el año de 1979 el proyecto GIN fue introducido a la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG), En donde se debían cumplir dos tareas, la de operar como "expertos" trabajando Marco Antonio Dupont y Adela Junich con dos miembros avanzados del instituto de AMPAG, y la de ofrecer servicios terapéuticos a la clínica que los presta a su vez a la comunidad local.

Durante algunos meses realizaron reuniones semanales el equipo de trabajo. El grupo definitivo lo formaron los doctores Adela Junich, Ma. Teresa de la Serna y Raúl Pulido para trabajar con niños de tres a seis años GIN II A ; Marco Antonio Dupont, Héctor Socorro y Raquel Springer, para los niños de siete a once años GIN II B ; Lilian Klein,

Sylvia Benenati y Augusto Vázquez para trabajar GIN II C con púberes y Juan Guadarrama y José Albeto Siniego para el grupo de padres acompañantes (134).

Las entrevistas de selección las realizaron dos miembros de cada equipo con el niño y sus padres, y los protocolos se discutieron en el pleno del taller de niños.

Se excluyeron los casos de organicidad y de limitaciones notables en la percepción, y aquéllos donde el niño no contara, por lo menos, con un adulto que se responsabilizara consistentemente de él. También se excluyeron los niños que eran referidos desde la provincia.

Los padres de los niños que fueron aceptados, uno o ambos ingresaron en AMPAG, si es que no lo estaban, al tipo de terapia que se indicó según el caso; grupal o individual, de pareja o de familia; y se comprometieron a asistir a reuniones periódicas que se les llamo "mamut" con el equipo terapéutico de sus hijos, a las que asistirán también los niños.

Se trabajo con una técnica que excluye consignas y juguetes, sus elementos son los terapeutas, los niños y las interpretaciones desde la acción dramática. Tiene su punto de partido en la interrelación de los miembros del grupo. El proceso regresivo se detiene cuando aparecen ciertos principios organizadores; uno de ellos frente a la agresión: "lo que tu me hagas yo tengo el derecho de hacerte". El segundo principio corresponde a lo libidinal; "lo que me das yo tengo el derecho y la obligación de devolverte", todo esto dirigido a través de la comprensión y la interpretación. El tercer principio es la diferenciación del adentro y el afuera, lo que se puede en la hora terapéutica y lo que no se puede afuera. Esto contiene el caos iniciado una fase de organización de juegos, códigos y rituales que son llamados por los autores "cultura de grupo". Haciendo hincapié en varios puntos:

a) lo intenso del proceso regresivo se extiende en el tiempo del proceso terapéutico.

b) el sufrimiento o stress de todos los miembros del grupo, especialmente de los terapeutas, porque no sólo participan en el momento de la acción, sino a lo largo de todo el proceso, en cuanto personas responsables de la experiencia. Esta vivencia es muy intensa, pero se subraya que el proceso regresivo que se genera es la posibilidad de curación, rectificación y de insight. Se observo la facilidad de abordar terapéuticamente a los niños con base en la cercanía, lo accesible que es el inconsciente de los niños; en la comprensión del terapeuta y la acción terapéutica misma;

c) se ha incluido en esta experiencia el abordaje de los problemas familiares que inciden en el niño y que hacen perdurar sus puntos de fijación.

Los terapeutas pueden ser maestros, terapeutas, observadores, observadores, padres y madres sustitutos. Pero de repente pueden arrastrarse, jugar, participar, son el más chico, el más grande, el grandote, el retado, el insultado, o el niño sobreprotegido, sufrido o maltratado. El trabajo en "triterapia" es decir, en igualdad de funciones y responsabilidades, permite que los terapeutas cambien de papel o función.

El proceso grupal del GIN II A. Poco a poco se empezó a poner cierta estructura en las sesiones. Los terapeutas iniciaban la sesión con gran expectación: "A ver que se les ocurre ahora". Dejándose conducir por los niños, intentando rescatar las fantasías grupales que se iban gestando. La estructura de la sesión se constituía de los siguientes elementos:

La sesión con los niños se inician preparando el salón, se quitan las sillas y todo objeto frágil o que pueda ser peligroso.



Después de quitarse los zapatos, los niños empiezan a retozar. La acción no lleva a otra cosa que al deseo de brincar y moverse.

Lo consideramos una especie de “ calentamiento grupal “ (warming up ), mientras llegan todos los niños.(135).

El proceso puede describirse por medio de los siguientes elementos:

1. La acción propiamente dicha que tiene la función de promover la regresión (evacuación).
2. Interacción dinámica, donde surgen predominantemente fantasías de castración y abandono.
3. Inicio del proceso elaborativo donde los terapeutas empiezan a hablar e interpretar lo que está sucediendo.
4. El reencuentro o conciliación. Generalmente todos los niños participan en el arreglo del cuarto y ellos son los que comentan lo sucedido.

A este momento lo llamamos (136) el “momento de reparación”, Con el progreso, más adelante, se instala la “hora de pensar”,

Se observo desde el principio la grave dificultad que presentaban estos niños para la verbalización y desde los primeros momentos de su agrupación se hizo evidente la separación entre los papeles desempeñados y la diferente modalidad de acción entre niños y niñas; los niños actúan y se mueven todo el tiempo, las niñas en cambio tienden a dramatizar “el buen comportamiento” y la no acción, que desemboca en la parálisis, y a jugar el “papel superyoico” del grupo.

Las variables técnicas introducidas en GIN II B. Fue la prolongación del proceso hasta dos años; anunciado de antemano a los padres y a los niños y la triterapia. Una más fue el embarazo de la coterapeuta, quien sólo se ausentó del trabajo grupal por unas pocas sesiones.

Otra variable fue la introducción de un tercer tiempo con signa al final de cada sesión “la hora de poner las cosas en su lugar”. De esta forma cada sesión estuvo orgánicamente constituida por tres tiempos: “la acción”, que no se anuncia sino que se introduce activamente, “la hora de pensar” y “la hora de poner las cosas en su lugar”, que son anunciadas por los terapeutas.

Una ultima variable fue la introducción en la sala de juego de doce grandes cojines, que sustituyeron a la silla de plástico del diseño original. La sala de juegos quedó constituida así, por una habitación rectangular de aproximadamente 25 metros cuadrados, con alfombra, un pizarrón, gises, borrador y doce cojines aproximadamente de 70 por 70 cm. Dos ventanas al exterior y una puerta con acceso a un pasillo, a un baño y al patio del edificio.

Los resultados obtenidos: Seis casos fueron dados de alta por remisión del cuadro clínico original y modificaciones substancialmente favorables del rol dentro de la organización familiar y escolar.

En dos casos se dio por terminado el tratamiento sin alta. En uno de ellos se registró una importante mejoría sintomática, pero no se modifico el vínculo simbiótico con la madre.

En otro de los casos tampoco se modifico el vínculo casi adhesivo de una niña con su hermano menor, aunque se registraron algunos cambios sintomáticos de tipo adaptativo. En los dos casos recomendamos retornar el tratamiento ulteriormente. Dos casos fueron deserciones tempranas.

El seguimiento fue realizado por un equipo de seis psicólogos pasantes de la Maestría en Orientación y terapia familiar de la Universidad de las Américas, coordinados por la psicóloga Martha Pinjasi.

En el curso de un año, una pareja de visitadores concurreó, en un mínimo de dos y un máximo de tres ocasiones, a los domicilios de cada uno de los niños que formaron parte del agrupamiento, previa cita con los padres; los familiares de los niños estaban informados del seguimiento desde tiempo atrás. El equipo contó con los protocolos originales, la evolución de los pacientes dentro del grupo y con la evaluación final.

Entre los casos que no fueron dados de alta, en uno persistió la actitud simbiotizante de la madre hacia su hijo, y en el otro la privación emocional de los hermanitos adheridos, con un padre pasivo, una madre que los abandonó y una madrastra que aportó dos nuevos niños a la familia.

En los casos dados de alta, la mejoría se mantenía al año de seguimiento, aunque precariamente en un caso, por la desorganización de los padres, separados y en conflicto. En otros cinco casos la mejoría se sostuvo, pero el estudio de la familia anunciaba, en dos casos, que el paciente señalado sería pronto algún hermano de los nuevos pacientes.

El grupo de padres GIN II C . Quien inicio su experiencia once meses después que los otros dos, tenía cinco pacientes entre once y trece años y había sufrido una deserción. Su problemática principal eran problemas de aprendizaje, de manejo de agresión y de identidad, además de ausencia de figura paterna.

El grupo de padres fue coordinado por dos terapeutas, Dr. Juan Guadarrama y Dr. Alberto Siniego.

La labor de este grupo es discutir y orientar a los padres con respecto del trato hacia los hijos. Cuando los coordinadores se confrontan con problemas profundos de los padres les aconsejan que los expresen en su tratamiento individual o grupal con el objeto de no interferir con la zona de su tratamiento personal y con el fin de poder continuar con la tarea del grupo que como se dijo anteriormente, consiste en orientar a los padres. Este grupo es de asistencia voluntaria por parte de los padres o acompañantes.

Por último los equipos terapéuticos en conjunto, con los padres y los hijos, se reúnen una vez cada tres meses en una sesión prolongada, de tres horas, para revisar lo que sucede fuera del tratamiento con la relación familiar. Los resultados hasta el momento parecen alentadores, ya que los padres a través de sus tratamientos grupales y del grupo de orientación han logrado adquirir conciencia de su problemática, resolviéndola en algunos casos o aceptando su responsabilidad en la mayoría, lo que aunado al tratamiento de sus hijos, ha logrado una comprensión más adecuada de los problemas que son atacados en forma conjunta para restarle su peso a los hijos. Al mismo tiempo cada uno asume la depositación que ha efectuado en el otro, produciéndose así una ruptura de homeostasis familiar patológica y pasando a una homeostasis de mejor enfermedad (137).

Las recomendaciones que se sugieren son :

En el caso del análisis infantil es imprescindible el tratamiento familiar, de otra manera el éxito es parcial, ya que la familia vuelve a atrapar a uno de sus miembros para que cumpla con el rol de enfermo.

Si el paciente identificado necesita tratamiento personal, es útil que se incluya tratamiento para los padre, ya sea como análisis individual, grupal o grupal de padres.

El análisis grupal es de gran utilidad porque repite el esquema familiar y ayuda a resolver problemas que surgieron en el grupo primario y que se reproducen ahora en el grupo social.

Es imprescindible el análisis de los coterapeutas o triterapeutas, en lo que se refiere a la transferencia y contratransferencia.

### EL GIN III En el Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia.

En 1981 el proyecto GIN se llevó al Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia (IMPPA): Siete estudiantes avanzados de su Instituto, supervisados, por M.A. Dupont, trabajaron con niños de 8 a 11 años y con sus padres, siguiendo la técnica del GIN II.

Durante cuatro meses se valoraron los casos clínicos con los psicoterapeutas y bajo la supervisión de Dupont, atendiendo el probable diagnóstico y el pronóstico, Se tomó en cuenta la evaluación dentro de la terapia individual, la dinámica familiar de cada paciente si se encontraba interactuando en un grupo.

Así surgió la selección de cinco niños- pacientes para el grupo y abierto a un máximo de diez. El grupo quedó integrado por nueve pacientes, cuatro niños y cinco niñas. Cuatro de ellos desertaron a lo largo del tratamiento: tres niñas y un niño, quedando un grupo permanente de tres niños y dos niñas. Sólo uno de los pacientes que estaba en terapia individual se canalizó al grupo. El resto fue de primer ingreso.

El lugar de trabajo se acondicionó siguiendo los lineamientos del GIN II; un salón de aproximadamente 20 metros en donde se encontraban los pacientes y dos coterapeutas. En el salón, sin ornatos había un pizarrón que ocupaba toda la superficie de una de las paredes, las cuales estaban cubiertas de corcho, tanto por protección de los pacientes como para evitar la contaminación del medio ambiente cercano; había gises de colores y borradores, cojines grandes con diseños infantiles; dos puertas, una que comunicaba al pasillo principal del segundo piso y otra a un baño que tenía acceso a otro cubículo de trabajo. Había un closet con cajones y puertas corredizas y en la pared contraria, dos repisas tipo librero.

Además tenía una ventana que abarcaba la mitad de una pared y una puerta que daba a una terraza del segundo piso, misma que se clausuró por la seguridad de los niños. La puerta principal del cuarto de terapia tenía un seguro para el resto del personal de la clínica o pacientes ajenos no pudieran entrar durante la hora de la sesión.

Desde el punto de vista técnico, este continente sólo permite dos alternativas expresivas: la proyección de la fantasía en el gran pizarrón y la interacción personal, donde los demás miembros del grupo operan como un pizarrón, es decir, como una pantalla proyectiva de su fantasía. (138)

La lectura interpretativa es la del material de la fantasía, transcrita en el pizarrón, en los terapeutas y en los niños. Esto es transitar del lenguaje verbal al corporal y al dramático de la interacción (GIN 0, Y GIN II).

Se introdujeron las siguientes variables:

A los equipos de trabajo se incorporaron dos terapeutas, la doctora Ma. Elena Castro, quien se encargó de las entrevistas iniciales y finales a los niños y a sus padres con

el fines de evaluación, y que asistió a todas las reuniones del equipo en calidad de relatora de la dinámica del grupo de terapeutas, y la doctora Zita A. Chao, quien se encargó de la coordinación del trabajo y del enlace con la clínica y el instituto del IMPPA.

Con el grupo de niños trabajaron sólo dos terapeutas: la doctora Magdalena Juárez y el doctor Marco Aurelio Morales.

Con grupos de padres y acompañantes, trabajaron tres terapeutas: los doctores Ileana Cespo, Reyna Montes y José Luis Hernández.

Un cambio principal, tanto respecto del GIN I, como del GIN II, fue la inclusión de tres terapeutas en el grupo de padres, quedando dos mujeres y un hombre de edades muy diferentes. Los terapeutas de niños eran más o menos de la misma edad.

El trabajo con los niños y con sus padres tuvo una duración de un año.

En la evaluación de los resultados se obtuvo, de un grupo de nueve niños, cuatro desertaron precozmente y cinco fueron dados de alta al final de la experiencia. En el examen de las deserciones se descubren razones análogas a las de GIN II en lo que afecta a la limitación de las motivaciones de los padres tanta para el tratamiento de sus hijos como para su participación en el grupo de padres.

En general, los protocolos de las sesiones del grupo de padres confirman la naturaleza de la dificultad fundamental; la perduración en los padres de una solución edípica patológica que se constituye proyectivamente en vínculo con los hijos.

Los resultados obtenidos grupal e individualmente con los niños sugiere que aún con la duración de un año el procedimiento es operante en cuanto al proceso regresivo y a la evolución terapéutica ulterior (139).

El equipo de trabajo como el supervisor clínico acordaron tener un seguimiento de casos a través de una entrevista, seis meses después de terminadas las sesiones. Esta tercera entrevista con los padres e hijos se realizaría para conocer el desenvolvimiento del niño en esos meses, fuera del ámbito terapéutico, y con ello se pretende valorar el tratamiento posterior.

El GIN III marca un contraste con el anterior; los pacientes y sus familias, pertenecen a un bajo nivel de ingresos, a familias desintegradas, muchos tienen madres solteras abandonadas y hay ausencia de la figura paterna.

En el ámbito familiar vivían promiscuidad y violencia (niños maltratados). La propuesta diagnóstica se acercaba a borderline y conductas un tanto bizarras y psicóticas.

Era difícil para estos padres entender "de qué se trata". ¿Por qué deben asistir y participar en grupo? Si el problema es el niño, ¿Por qué tienen ellos que asistir a exponerse en este grupo?. Un grupo de padres es por definición grupo difícil y resitencial. ( 140).

#### EL GIN IV En la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo.

Esta experiencia se inició en AMPAG; dentro del marco del Taller de Niños en febrero de 1982 y fue planeada par un año de duración. En lo que respecta al grupo de niños, se siguieron los lineamientos técnicos ya sistematizados anteriormente, con la única innovación de realizarse en cámara de gessell y filmarse cada sesión. El equipo terapéutico lo formaron los doctores Cesar Garza, Juan Guadarrama Y Matilde Guerrero, trabajando con nueve niños, cuatro mujeres y cinco hombres, de seis a once años de edad, en un grupo

cerrado. Tras la cámara de gesell Adela Junich y Marco Antonio Dupont, que coordinan la experiencia. El grupo de padres, con un nuevo diseño surgido de la colaboración de los doctores Siniego y Benenatti, que lo coordinaron, logró la necesaria articulación con el trabajo del grupo infantil. Se pudo analizar simultáneamente en los niños y en los padres, el mismo conflicto, generalmente de naturaleza edípica; el Edipo no resuelto de los padres y en los hijos (141).

La experiencia del GIN II, en cuanto observaciones, permitió una serie de modificaciones a la técnica, permitiendo que los recursos fueran óptimos. Una de las modificaciones que se implementaron los coordinadores fue reducir el tiempo de intervención a una año, y dada la importancia de modificar el contexto familiar del niño durante su proceso terapéutico, el grupo de padres que anteriormente se denominó: Grupo de Orientación, ahora pasaría a ser Grupo Analítico de Padres, que sería manejado por una pareja terapéutica, utilizando un encuadre psicoanalítico y dirigido hacia la relación conflictiva padres-hijo.

Se realizaron las entrevistas a los niños con sus padres, logrando formar un grupo heterogéneo en cuanto a sexo, edad y patología. No incluyendo a niños con problemas de originalidad.

Durante el proceso terapéutico se vería simultáneamente a ambos grupos, el de padres y el de niños. Después de cada sesión, se reunían los terapeutas para intercambiar información de lo ocurrido en ambos grupos.

El diálogo posterior entre los integrantes del taller, permitiría una visión conjunta del proceso, tanto desde el punto de vista de la evolución de los niños, como del de los padres.

con autorización previa de los padres, se podía filmar cada una de las sesiones de los niños, que además serían observadas a través de la cámara de gessel por los doctores Dupont y Junich, quienes en calidad de coordinadores del taller, supervisarían el trabajo iniciado a partir del mes de febrero de 1982.

En las sesiones se trabajaba con tres instrumentos fundamentales: el juego, el cuerpo y la interpretación, los cuales se dan simultáneamente y se articulan el uno con el otro

El juego, desde nuestra perspectiva (142), se presenta como una actividad altamente regresiva pues produce la regresión en forma rápida e intensa. Jugar es entrar en otra dimensión, habitual para el niño y frecuentemente olvidada por el adulto. En el niño, jugar es una actividad predominantemente por lo cual tiene mayor facilidad para realizarla que el adulto. El juego requiere de un facilitador: la plasticidad corporal que también es mayor en el niño.

Aplicar el juego como técnica en el trabajo psicoterapéutico implica, como condición, para todos los participantes, terapeutas y niños, saber jugar o por lo menos tener disposición para aprender a jugar. Implica también tener toda una capacidad plástica corporal y psicodinámica.

Se juega con un grupo compuesto de "niños-pacientes" y "adultos-terapeutas-niños"

El juego refieren Garza, Guadarrama y Guerrero (143), presenta dos aspectos importantes: el lúdico-placentero y el analítico-terapéutico. es compartido por el grupo con una doble apreciación: la de los terapeutas y la de los niños. Tiene componentes reales y elementos de acciones "actuadas", como si fueran fingidas o que se fingen como reales; teniendo como consecuencia la ausencia parcial de la censura, la inhibición y la culpa,

permitiendo el análisis y la elaboración de la naturaleza de dichas fantasías inconscientes. Tiene además la ventaja de permitir la exteriorización de fantasías y la elaboración de la naturaleza de dichas fantasías inconscientes sin temor a regresiones de los terapeutas, inversamente a lo que sucede en el ambiente familiar cotidiano. Obedece a leyes inconscientes que son fielmente cumplidas.

En el grupo el juego puede manifestarse en dos formas : como un juego organizado y por otra parte como un desorganizador.

La parte organiza se lleva a cabo cuando, bajo propuestas de los niños, se realiza un juego conocido; brincar al burro, peleas de jinetes, echar brincos de longitud, etc. La parte no organizada parecería caótica por estar fuera de lo conocido, pero la fantasía inconsciente es el elemento común organizador. Durante el juego no organizado hay un momento en que la dinámica toma como personaje central a un miembro del grupo, ya sea terapeuta o niño.

No hay juego con fantasía única aunque sí con una fantasía predominante. Esta fantasía predominante tiene conexión, en el mismo niño, con otras fantasías. Al ser el juego una actividad compartida, la fantasía individual tiene un potencial evocativo en otros participantes, actuando a la manera de un campo magnético: atrayendo, ensamblando, integrando fantasías ahora grupales; fantasías que están al nivel preconsciente, facilitando su reconocimiento por la simultaneidad de dramatizaciones, role-playings y doblajes, junto con la interpretación.

En las dramatizaciones, la participación del grupo puede ser total o parcial, teniendo además la característica de su brevedad.

Aunque la dramatización no tiene un tiempo definido, no se da aisladamente sino que está dentro de una continuidad, hay toda una sucesión constante de dramatizaciones que podríamos llamar operativamente las escenas secundarias ( 144).

Los doblajes requieren de percepción intuitiva para representar las características fundamentales de la personalidad del niño que se está doblando.

Los niños aprenden jugando a expresar verbalmente y poner nombre a sus fantasías, deseos, ansiedades persecutorias, sentimientos etc.

La regresión, durante el juego, es tan profunda y rápida , que se requiere un periodo de desregresión que se ha llamado "hora de pensar" y cuyas características se señalan en otra parte de la comunicación.

Mencionan Garza, Guadarrama y Guerrero ( 145) que el terapeuta, al encontrarse en una situación no habitual de su quehacer terapéutico, al principio se siente invadido por la transferencia múltiple, se siente inseguro del manejo adecuado del juego, se siente angustiado por su involucramiento emocional y corporal y también exigido por la necesidad de poseer la suficiente plasticidad para que, como objeto de transferencia, pueda entender el conflicto y su posición dentro del mismo.

Dada la rapidez y brevedad de las dramatizaciones, esta plasticidad le permitirá desempeñar diferentes papeles: niño, padre, hija, hijo, madre, hermano, amigo, etc.

Se encontró por medio de la supervisión, que en los terapeutas la reiteración de los papeles lo rigidiza y protege de la regresión, ocasionado escotomización en el descubrimiento de la fantasía inconsciente individual o del grupo. Se puede y debe jugar con los papeles según la secuencia de las escenas.

Gracias a que hay terapeutas de ambos sexos, se facilita a los niños la asignación de los papeles femenino y masculino. Cuando los terapeuta son del mismo sexo, uno de ellos

es identificado por el grupo como el pasivo, relacionándolo con él como la parte femenina de la pareja terapéutica.

La capacidad del terapeuta para conservar su yo observador y poder interpretar, estará siempre en relación con el análisis y elaboración que haya hecho de sus experiencias infantiles; porque hay una constante confrontación a través del juego, con esas experiencias que tienen matices esquizoparanoides, depresivos, orales, anales, edípicos, etc. Esto es un reto permanente para el terapeuta (146).

Los principales juegos que emergieron fueron: el niño atrapado, el niño monstruo, el niño abandonado, el usado, el excluido, el voyerista, el incestuoso etc.; siempre en relación con el otro miembro del binomio: los padres, que pueden ser padres controladores-represores, madre embarazada, padres ausentes, padres conflictivos, lucha de poderes de los padres, escena primaria, padre sustituido por el hijo, etc.; constituyendo estos juegos verdaderas estrategias o maniobras para conseguir seguridad y abatimiento de angustia y de culpa, pero que de cualquier manera son un condicionamiento estereotipado desde el ambiente familiar.

Por todo lo anterior podemos concluir que el terapeuta, en estos juegos, requiere además del conocimiento teórico-técnico del psicoanálisis, haber pasado su experiencia psicoanalítica y la supervisión constante de cada sesión, como del conocimiento de lo que sucede en el grupo de padres.

Se diseñó un modelo de seguimiento con el objeto de llevar a cabo un control del proceso terapéutico. Por lo que se trató de hacer una observación no contaminada con dicho proceso, el del niño, paciente identificado en el contexto de su núcleo de convivencia.

Así que con la colaboración de alumnos de la Maestría de Terapia Familiar de la Universidad de las Américas se emprendió una serie de entrevistas a domicilio bajo un coordinador de uno de los terapeutas del GAP.

Bajo la consigna de que esta entrevista domiciliaria no tiene un objetivo terapéutico, sino de evaluación. Dicho encuadre es conocido tanto por los padres de los niños como por los entrevistadores.

Para realizar la entrevista se realizó una ficha que había sido diseñada por alumnos de la misma universidad para una experiencia anterior del taller. Está basada en modelos institucionales de recepción y control, y toma en cuenta datos que tienen como objetivo al paciente identificado, la familia, el contacto físico familiar, y vicisitudes que aluden a movimientos de cambio adjudicables al proceso. Sobre este modelo se hicieron algunas modificaciones en términos de enfocar la atención sobre la familia y el contexto familiar.

Teniendo como objeto sin dejar de observar al paciente infantil, hacer observaciones acerca del funcionamiento del grupo familiar y su capacidad de hacer de los cambios un movimiento instituyente. Es decir, observar cuánto puede el sistema familiar mantener la actitud de cambio, si lo hubo en el proceso terapéutico.

Las entrevistas se realizaron en parejas: dos entrevistadores visitaban en su domicilio a cada familia y presentaban por escrito y por separado sus impresiones al coordinador.

Las primeras entrevistas del proceso terapéutico desertaron dos niñas y sus madres, y no pudieron ser rescatadas mediante la comunicación con las últimas. También en el curso del tratamiento se dio una tercera deserción que se interpretó como "aumento de dificultades para cumplir con la cita terapéutica". En este caso concurrían la paciente y ambos padres a

la reunión terapéutica; al cambio de domicilio a un medio rural, situación que unía a la familia, precipitó la deserción.

Un cuarto caso no se considero deserción típica ya que se dio cerca del final de la terapia y con motivos manifiestos que redundaban en la imposibilidad de que la madre del paciente pudiera concurrir a estas últimas sesiones terapéuticas. Este caso se decidió incluir en el seguimiento.

Diez pacientes comenzaron el tratamiento de los cuales se consideraron, siete de los cuales, cuatro viven en condiciones humildes que van desde el hacinamiento total de la familia en una habitación de vecindad, hasta la vivienda humilde con espacio para que no haya colecho ni cohabitación de padres e hijos. El resto de la muestra puede considerarse de clase media.

en ambos grupos en que se dividió la muestra desde el aspecto socioeconómico y laboral, hay padres obreros, profesionistas y empleados.

En las entrevistas se infiere lo siguiente: la familia de cinco de los niños ha realizado cambios en su seno que son registrados tanto por el paciente como por la mayoría de los miembros de su núcleo de convivencia. Estos cambios se manifiestan en la desaparición de síntomas en los niños y modificaciones en la conducta de los padres. En dos de estos casos no había pareja parental presente ( hijos de madres divorciadas y con serias dificultades en su vínculo con el hombre); actualmente tienen pareja y conviven con ella. En ambos casos hay un sistema parental en formación y una discriminación con el subsistema fraterno-filial. En uno de los casos la inclusión de un compañero para la madre y un sujeto con función de padre par los hijo se está llevando a cabo con dificultades.

En todos los motivos de consulta estaban presentes "las dificultades escolares", estas iban desde incapacidad total para la atención y por lo tanto lento aprendizaje, hasta niveles distintos de agresión que ponían al paciente al borde de nuevas expulsiones escolares, ya que algunos contaban con varias en su haber. En el 60% de los casos, esta variable se encuentro en mejor estado que al principio; sólo en dos de los niños de esta parte de la muestra hubo cambios espectaculares.

Promediando esta experiencia, tanto el GIN como el GAP, que es este anterior trabajo terapéutico se ve altamente enriquecido con las entrevistas domiciliarias, y las constantes filmaciones de la sesión, además de el grupo de padres.

Una vez obtenido resultados satisfactorios, esto dio pie a que se llevara a otra ciudad de nuestro país el GIN.

#### EL GIN en Querétaro.

En 1992-93 se llevo a Querétaro el marco teórico-técnico del proyecto GIN, aunado a las necesidades de la comunidad de Lomas de Casa Blanca. Esta colonia esta ubicada al sur de la ciudad de Querétaro, constituye el prototipo de muchas otras zonas del estado y del país menciona Asabey (147)caracterizada por un crecimiento caótico y no planificado; Su población rebasa los 180,000 habitantes y es altamente heterogénea, en la medida en que proceden de diferentes, lugares principalmente del medio rural. La población está constituida en su mayoría por niños y adolescentes, los que se encuentran, muchas veces, en un completo abandono, ya que prevalece la desintegración familiar y el alcoholismo. Por



ello esta zona propicia gran cantidad de conflictos sociales que requieren ser abordados por diversas instituciones.

A todo lo anterior se suma un bajo nivel cultural y una situación socioeconómica precaria, donde un número considerable de asistentes forma parte de las filas del subempleo y del desempleo, aunque también existe una importante proporción de población obrera y de otros servicios. Ocupan muy pocas veces, viviendas unifamiliares; generalmente viven en casas de vecindad, lo cual fomenta aún más la promiscuidad, que genera el despertar temprano del niño a la genitalidad; una genitalidad vivida en muchas ocasiones con violencia, como suele ocurrir en los incidentes sexuales (incesto, violación).

Frente a todo esto, se encuentran las condiciones psicológicas de los niños de esta colonia popular muy poco favorables, puesto que no hay modelos de identificación parental positivos que les ayuden a conformar su personalidad. De ahí que muchos de ellos presentan severos problemas reflejados en el ámbito escolar y en el campo del aprendizaje, además de mostrar conflictos para manejar su agresión. Todo esto los hace encontrar falsas soluciones a su problemática, como la ingestión de drogas a temprana edad o la prostitución infantil, que se presenta con más frecuencia.

Fundamentalmente son éstas las problemáticas por las cuales los maestros de escuela y, en algunos casos, los padres de familia, especialmente las madres, acuden en busca de ayuda ( 148).

El equipo terapéutico, se constituyo por docentes y estudiantes de la Facultad de Psicología.

La organización de los recursos humanos para el abordaje del proyecto GIN se dio en tres niveles:

1. Un grupo de expertos, integrados por dos psicoanalistas supervisores.
2. Un grupo de aprendizaje constituido por una parte activa (terapeutas y coterapeutas) y otra pasiva( observadores); además de una trabajadora social que realizó los estudios socioeconómicos de cada uno de los niños de los GIN:
3. Un grupo piloto formado por los niños en acción (GIN) y los padres en elaboración (GAP).

teniendo como objetivos:

1. Capacitarse bajo la supervisión de expertos, para un optimo entrenamiento y especialización del trabajo psicoterapéutico analítico de grupos infantiles (GIN) y de padres (GAP).
2. Aprender y entender la teoría y la técnica del proyecto GIN a través de una experiencia vivenciada, para obtener mejores resultados y así poder brindar a la comunidad un servicio psicológico más especializado.
3. Trabajar con una finalidad de investigación, ya que esto llevará a producir trabajos científicos. (de hecho se realizaron 2 tesis de maestría sobre esta experiencia).
4. Abreviar la duración del tratamiento par los niños, y con esto economizar el proceso.
5. Evitar la deserción de los niños propiciando por la resistencia de los padres.

Los expertos proporcionaron material bibliográfico al grupo de aprendizaje. Este, a su vez, elaboró los psicodiagnósticos infantiles: entrevistas iniciales con los padres en presencia del niño, historia clínica, aplicación de pruebas psicológicas y devoluciones a los

padres de familia. En función de estos psicodiagnósticos, se organizaron cinco grupos GIN, con promedio de ocho padre uno, debido a que algunos padres tenían más de un hijo en los GIN.

La selección de los niños se hizo siguiendo los lineamientos teórico-técnicos del proyecto; esto es, excluyendo aquellos casos que presentaban incapacidades físicas, orgánicas o mentales (mismos que fueron derivados a terapia individuales). Los cinco GIN quedaron integrados por cincuenta niños, con un diagnóstico variado de neurosis a borderline.

Después se procedió a citar a reuniones a los padres de estos niños para explicarles la necesidad de su participación en el GAP, y advertirles que la aceptación del niño estaría en función de dicha participación. En estas reuniones el 90 % eran mujeres y el resto varones.

Se percibió cierta ambivalencia en las madres de familia. Así pues, el compromiso se hizo a nivel manifiesto, pero a nivel latente las resistencias eran evidentes y se hicieron presentes más tarde en las asistencias inconstantes y las deserciones.

La técnica propuesta para el trabajo de los grupos analíticos de padres hecha por Dupont y Junich (149) consiste en:

- a) establecer un buen rapport-alianza con los padres. Los coterapeutas deben abstenerse de hacer críticas o censuras;
- b) Propiciar la intercomunicación de los integrantes del grupo;
- c) interpretar resistencias en relación con el trabajo;
- d) ubicar e interpretar analogías de conflictos para hacerlos comunes al grupo;
- e) relacionar e interpretar los problemas de los padres con los de sus hijos (sobre

todo,

en la compulsión a la repetición: “lo que me hicieron mis padres, se lo hago a mis hijos”);

f) elaborar los conflictos de los padres y,

g) trabajar la clausura de los grupos.

Durante el trabajo con los GAP, se han dado los siguientes tres momentos:

1. Momento de dependencia. En este momento se observa el supuesto básico de dependencia con el predominio de angustia paranoide, como en estos ejemplos: “Yo vengo a que ustedes me digan en qué estamos actuando mal con nuestros hijos, no ha hablar de mí, ya que no sé qué va a pensar”. “No tengo que hablar de mí frente a otras personas; me da vergüenza.”
2. Momento centrado en la tarea. Los padres hablan de sus dificultades para entender y tratar a sus hijos “problema”. Predomina la angustia depresiva: “Yo creo que le estamos haciendo daño al niño, lo golpeamos mucho”. “Si alguien me hubiera orientado antes, pero me casé sin saber nada”. En estos discursos también se puede leer un reclamo a los coterapeutas, que no cumplen sus expectativas de recibir orientación, ya que se trata de que ésta surja entre ellos mismos.
3. Momento de ataque- fuga. En este momento también hay un predominio de angustia paranoide. El momento coincide con las vacaciones escolares de sus hijos y en él atacan a los coterapeutas diciendo en general que sus hijos están igual o peor que antes de ir a terapia. Después de esto, un 80 % de los integrantes dejan de asistir a las sesiones, lo cual interpretamos como fuga (150).

En la actualidad, dice Maldonado (151) la psiquiatría infantil muestra tendencia a involucrar cada vez más a las familias en el tratamiento del niño y aun a solicitar la cooperación de los padres como “terapeutas adjuntos o principales” del hijo

En abril, quedaron conformados tres GIN con nueve coterapeutas y un promedio de cuatro a seis niños en cada grupo; y tres GAP con siete coterapeutas y una asistencia de una a seis madres o padres de familia. Con ellos se trabajó en cámara de gessel en sesiones semanales de una hora, con una interrupción de dos semanas correspondientes a las vacaciones de julio.

Al finalizar cada sesión, el proceso psicodinámico es supervisado entre los equipos de coterapeutas de los GIN y GAP correspondientemente y con los equipos de observadores, compuesto por alumnos de la Facultad de Psicología. Finalmente, está la supervisión de los expertos a todo el grupo de aprendizaje. Ésta se lleva a cabo el último sábado de cada mes y tiene una duración de cinco horas aproximadamente.

EL proceso psicodinámico del grupo operativo es similar al de las supervisiones, aunque sin contar con el equipo de expertos. Los temas de discusión, a lo largo de seis sesiones, fueron las siguientes problemáticas que surgieron desde el primer mes de trabajo:

1. La inconstancia de los padres en los GAP y el temor de que los pacientes y los padres se fueran y el proyecto deba ser abortado.
2. Las manifestaciones de envidia y celos provocada en uno de los grupos cuando la coordinadora tuvo que ausentarse por parto.
3. El momento esquizoparanoide, tanto del grupo de aprendizaje como del grupo piloto en el “tercer mes del espanto” (mayor), cuando la locura llegó a la central a enfermar a todos: ¿qué hacer?
4. Las defensas maníacas que siguen a las ansiedades psicóticas se hacen presentes en el mes de junio: todo es juego, diversión, negación, indiferencia y omnipotencia.
5. Finalmente, la incapacidad de tolerar y consecuentemente, eliminar esta ansiedad psicótica provocan la desintegración de este grupo operativo después del 25 de junio, ya que las funciones sintetizadoras del yo grupal se han escindido sin que pueda existir aquí una fuente de contención.

A través de las supervisiones se puede observar que durante estos seis meses de labor, han existido varios momentos en que la experiencia vivencial del grupo de aprendizaje se conjuga y compara con el proceso terapéutico en los GIN, Así tenemos refiere Dupont y Junich (152) :

1. “La hora de la acción”: donde se rompe la idealización, se producen las movilizaciones emotivas y con ellas, las catarsis agresivas, mismas que el grupo de aprendizaje trata de negar al proyectarlas en los grupos piloto, especialmente el de padres. Esto es motivo de señalamiento, comentarios e interpretaciones por parte del equipo experto.
2. “La hora de pensar”: coincide con la evaluación que se debe entregar a Rectoría, lo cual obliga a mirar retrospectivamente el trabajo, la experiencia, y comentar lo relevante de éstos. Se exhibe aquí una creciente aptitud para discutir, comprender y asimilar las frustraciones y satisfacciones, así como los errores y aciertos cometidos.
3. “La hora de poner las cosas en su lugar”: tiene que ver con la reorganización que se propone para continuar la labor de manera óptima. Estas propuestas son el resultado de la aptitud reparadora del equipo de aprendizaje.

Por ultimo, es importante señalar que a lo largo del tiempo que queda (seis meses) para concluir esta experiencia, el proceso continuará. Parece que el efecto GIN empieza a producir en el grupo de aprendizaje, el sentido que la “hora de la acción” (catarsis de los conflictos emocionales grupales) requiere de menos tiempo que la “hora de pensar”(donde se analiza y asume la tarea) y, consecuentemente, la disponibilidad de grupo a “Poner las cosas en su lugar” (donde analiza y asume la tarea) y, consecuentemente, la disponibilidad de grupo a “poner las cosas en su lugar” (proponer y organizar) es mejor y mayor.

El grupo de aprendizaje se organizó funcionando como unidad, con voluntad y deseos unánimes de aprender el trabajo de algo novedoso y prometedor: El proyecto GIN.

Al condensar las diversas fases del GIN original en una sesión de sesenta minutos semanales, a lo que se añade la tarea terapéutica con los padres en grupo, se optimizaron sus resultados y se abrevió su duración. Ya ha sido señalado que los posteriores modelos GIN se organizaron cerrados y de duración preestablecida y limitadas.

El modelo GIN I se organizó con duración de seis meses y fue el más breve;

El modelo GIN II, con dos años de duración, fue el más prolongado. El GIN III se planeó para trabajar un año y medio y el GIN IV, un solo año. En este último modelo se obtuvieron los resultados más alentadores. Cabe añadir que los cuatro modelos GIN, posteriores al original, se llevaron a cabo en instituciones psicoterapéuticas de servicio a la comunidad y de enseñanza. Esta última particularidad, la enseñanza y el entrenamiento de psicoterapeutas estudiantes de los institutos en cuestión, imprimió algunas características a los procedimientos rutinarios, de los modelos GIN posteriores.

El GIN I se realizó en la consulta privada, la entrevista inicial la realizaron los coterapeutas con el niño y sus padres. La captación de los datos que integran el historial incluyen información sobre abuelos, padres, el paciente y hermanos. Al niño y a sus padres se les ofreció tribuna libre. La entrevista tiene por meta, además de la definición sintomatológica de la enfermedad del niño, la concientización por parte de los padres de sus propias ansiedades y conflictos, así como los del resto de la familia.

En los posteriores diseños del GIN, destinados primordialmente al tratamiento de los niños, aunque cumpliendo igualmente con entrenamiento de estudiantes, se modificó gradualmente el capítulo relativo al tratamiento de los padres, lográndose una máxima eficiencia en el GIN IV mediante un diseño grupal destinado al trabajo terapéutico en las áreas donde hallan su articulación los conflictos de los padres e hijos. El grupo de padres estuvo coordinado por los doctores Alberto Siniego y Sylvia Benenati, quienes además sugirieron su diseño.

En los diseños GIN I, II, III y IV llevados a la práctica en el seno de instituciones destinadas tanto al servicio de la comunidad como de la enseñanza, las entrevistas diagnósticas preliminares se realizaron con los mismos objetivos y procedimientos que fueron mencionados originalmente con la sola diferencia de contar con la completa presencia del equipo terapéutico. La discusión de cada caso y la ulterior devolución, también fueron tareas del equipo completo.

EN el agrupamiento GIN original, la primera y segunda fase tuvieron continuidad. Es decir que culminada la primera se inicia la segunda; en la que, sin embargo, aparecían cíclicamente numerosos elementos clínicos de la primera fase ya secundarizados. Esta circunstancia, en la que se fundamenta el efecto “GIN”, lo hizo perceptible posteriormente, al recapitular los acontecimientos clínicos, pasados ya varios meses.

En los agrupamientos ulteriores, se pudo advertir el “efecto GIN” en razón de las modificaciones introducidas, entre ellas, principalmente, los tres tiempos de sesión ya referidos, que corresponden a las tres fases del proceso original, ahora introducido en cada hora de trabajo terapéutico. Para ejemplificar aquello que se denomina “efecto GIN”, podemos recurrir a la descripción abreviada de los tiempos de fases que aparecen en el modelo GIN IV (153).

#### Terapia de grupo en el CENDI-SEDUE.

En 1982 el CENDI-SEDUE, Nieto y Velásquez (154), reportaron el trabajo realizado con un grupo de psicoterapia breve abierto, con problemas de conducta tales como : actitudes de apatía, oposiciónismo, rebeldía y agresión. Las psicoterapeutas utilizaron la técnica de terapia de juego libre con un cargo psicoanalítico.

Las sesiones 29 en total, fueron de cincuenta minutos, una vez por semana. Concluyeron que la intervención psicoterapéutica grupal tiene sobre todo un papel preventivo, es decir evitar que los conflictos presentados se tomen en alteraciones patológicas mayores.

También en 1985 el CENDI- SEDUE. Nieto (155) , trabajo con un grupo de niños en edad maternal en psicoterapia breve de grupo por presentar síntomas como trastornos de lenguaje, conducta oposicionista, anorexia, expresiones de rebeldía, desobediencia, agresividad y alteraciones del desarrollo motor. Se utilizó una psicoterapia psicoanalíticamente orientada la información del terapeuta. Las sesiones fueron de una hora, una vez por semana, siendo un total de diez sesiones. La autora concluyó diciendo que se logró una buena consolidación del yo, ello y superyo, debido a una notable mejoría que manifestaron los niños en su comportamiento, ya que disminuyeron sus problemas de lenguaje y motricidad.

En otro trabajo que se realizó en el CENDI-SEDUE, Sicilia y Salle (156) , reportaron lo realizado con un grupo de psicoterapia breve en preescolares con problemas de conducta tales como inquietud, rebeldía, desobediencia, agresividad y renuencia a asistir a la guardería. Utilizaron técnica de terapia de juego libre con un marco psicoanalítico. El grupo se manejó en coterapia durante diez sesiones de 45 minutos, una vez por semana. Los terapeutas concluyeron diciendo que fue favorable para el grupo tal experiencia terapéutica la cual influyó notablemente en la socialización de los integrantes.

En 1987 y 1988 Nava, Mendoza y Salle (157) , trabajaron terapia de grupo en el CENDI-SEDUE ; Con aquellos niños reportados al departamento de Psicología, por presentar problemas de conducta caracterizados por: conducta oposicionista, ansiedad, trastornos del lenguaje, depresión y masturbación compulsiva. Trabajando con seis niñas cuyas edades fluctuaban desde cuatro años cuatro meses y cinco años seis meses.

Previamente a la terapia de grupo se les practicó un estudio psicológico con el fin de determinar el problema a través de un diagnóstico en donde fueron clasificadas tres de ellas como desorden psiconeurótico tipo ansiedad. Las tres restantes con desorden reactivo.

Se diseñó un calendario en donde aparecería quince números grandes de color vistoso, que representaban cada una de las sesiones, con el propósito de que las menores fueran elaborando la separación.

Se utilizó el estilo de Slavson, en cuanto su concepción de la permisividad, como pauta para contener la conducta impulsiva. Se tuvo en cuenta el concepto de Ginnot, en relación a los objetivos del tratamiento en grupo; Se incluyeron tanto señalamientos como interpretaciones en transferencia del material simbólico, lúdico o verbal. Las interpretaciones se realizaron en forma grupal o individual.

Los autores concluyeron que el abordaje terapéutico de un grupo de niñas que comparten características semejantes a través de la terapia de juego es un medio útil para elaborar los miedos, ansiedades y algunos conflictos en quienes presentan alteraciones en su desarrollo emocional.

En lo referente a la conducta masturbatoria que se presentó en tres de las niñas del grupo, se encontró que ésta se da más en relación a fijaciones preedípicas y como forma de manejar la ansiedad más que deberse a la excitación que produce el colecho con la madre.

De las seis niñas que formaron el grupo, dos dejaron de presentar la conducta masturbatoria en el salón de clases. De las cuatro niñas restantes, una mejoró su pronunciación, otra logró disminuir su agresión hacia la madre, la tercera decremento su ansiedad y la última no logró concluir las quince sesiones por argumentar la madre su ingreso a otro plantel educativo.

En el CENDI-SEDUE, la terapia de grupo en niños resulta adecuada para trabajar alteraciones leves de conducta y del desarrollo, EN caso de alteraciones más severas, que necesiten una atención más profunda y prolongada, se puede utilizar la terapia de juego en forma individual (158).

#### Terapia de grupo, aplicaciones en situaciones traumáticas.

En 1985, Junich y Seniego (159) realizaron intervenciones en distintas escuelas. Luego de las traumáticas sucesos del terremoto que cimbró la ciudad de México.

Frente a un impacto traumático, se considera a la ayuda psicológica como la respuesta adecuada.

Las catástrofes suelen causar o precipitar serios problemas en la salud mental de las víctimas.

La angustia y la desorientación eran agobiantes; se nos exhortaba a una toma de conciencia individual, grupal o social. Al mismo tiempo, y al multiplicarse las demandas de ayuda que se hacían, por lo que se realizó un curso de capacitación y asesoría para el personal de asistencia y el grupo de profesionistas que ayudaban a enfrentar el desastre(160).

Así, con ayuda de la UNICEF y la AMPAG, instituciones que aportaron todos los recursos necesarios, se realizó un curso intensivo denominado "Intervenciones grupales para niños y padres", dirigido a los trabajadores del campo de la educación. El curso se inició el 23 de octubre de 1985 y terminó el 26 de febrero de 1986.

El modelo de intervención abarcó tres niveles: de prevención y diagnóstico, pedagógico y terapéutico.

En este modelo el primer nivel se refiere a una prevención primaria, es decir, a la detección y difusión de los recursos con los que se cuenta para contener la crisis y para evitar, de ser posible, la instalación de patologías, y a una prevención secundaria que facilite un diagnóstico precoz de patologías severas y que ofrezca la posibilidad de indicar terapias específicas y de efectuar una derivación adecuada.

En el diseño del nivel pedagógico, se introduce un abordaje de comunicación que está dirigido a los participantes del seminario, para ser aplicado en niños y que busca facilitar la expresión y la verbalización.

En el nivel terapéutico, el modelo incluye tres momentos: el catártico, dirigido a las situaciones traumáticas (individuales, afectivas, reales o ficticias); el expresivo, que abarca las posibilidades lúdicas y creativas elaboradas individual o grupalmente, y el momento de la "hora de pensar", que integra los niveles de elaboración de la experiencia, un intervalo esencialmente grupal. Es este modelo grupal parte de el modelo terapéutico en situaciones patológicas, el GIN-GAP. También contiene un elemento preventivo en el efecto modificador en los padres de esos niños, lo que previene la instalación de patologías en otros miembros de la familia.

EL efecto terapéutico que se busco en los participantes del seminario fue también la contención y la elaboración del impacto traumático propio, por medio del trabajo grupal. Esta experiencia considera las siguientes variables: población en crisis, instituciones en crisis y sujetos en crisis con determinantes de un aprendizaje (161).

La primer intervención se realizo con doce niños elegidos al azar, siete niños y cinco niñas entre ocho y doce años. El plantel no sufrió daños aunque estaba sobrepoblado por alojar niños de otra escuela.

Los coordinadores se presentan e invitan a que los niños lo hagan.

Los niños, ante el estímulo de la propuesta "vamos a ver qué recuerdan de los sismos de septiembre", comienzan a hablar de sus experiencias.

Es importante mencionar que en esta primera fase se presenta un fenómeno que luego se repitió en las otras intervenciones.

Los niños se presentan muy ligados a sus experiencias individuales; aunque se conocen, no interaccionan. Se mantiene la serialidad tratando de establecer un diálogo con los coordinadores (162).

De inmediato se propone que los miembros del grupo muestren con diferentes materiales, lo que quieren expresar. La catarsis se va dando paulatinamente. Todos trabajan, algunos dialogan al tiempo que pintan papeles que están pegados a la paredes. Trabajan solos o en parejas. Los coordinadores, pasando algún tiempo prudencial en el que los niños terminan sus trabajos expresivos los interrogan: "Háblame de lo que hiciste", ellos explican con distintos niveles de excitación. Los trabajos tienen componentes fundamentalmente dramáticos ligados a sus experiencias y fantasías.

Hay un trabajo que llama la atención; tenía un título sugestivo, "castigo de Dios", y es alrededor de esta sugerencia, emergente grupal místico, que se organiza la discusión grupal dando lugar a la "hora de pensar". Ya el grupo trabaja intensamente como tal. Se observa la polarización del liderazgo por los emergentes. Hay un emergente místico y otro del pensamiento científico. Las asociación a una y otra tesis se manifiestan en cada miembro. La sesión transcurre en discusiones sobre los argumentos, triunfa la tesis

científica. Concluye la intervención poniendo las cosas en su lugar y con el agradecimiento de los niños.

La poca patología del grupo permitió una implementación clara del modelo, lo que permitió extraer elementos de gran utilidad (163).

La segunda intervención se realizó en la escuela primaria Simon Bolívar con un grupo de doce niños entre ocho y doce años, seis hombres y seis mujeres, elegidos al azar. En una escuela muy dañada por los sismos. El lugar de intervención es un aula que da al frente, en la planta alta del edificio de dos pisos.

Aquí las dificultades se multiplican. Hay demora en juntar a los niños. Luego el equipo de filmación muestra fallas que hacen que la intervención se dilate aun más. Finalmente se renuncia a la grabación para poder comenzar. Las consignas son las conocidas. Desde el comienzo se noto al grupo, o mejor dicho a la serie de sujetos agrupados, en un clima de apatía, pesadumbre o disminución de las capacidades yoicas.

En el transcurso lento y deprimente de la intervención, se notó y se confirmó luego, que había varios chicos que mostraban serios problemas en la verbalización y en su capacidad simbólica. En esta intervención, llena de contratiempos, se llevo adelante el modelo con dificultades externas e interna, cosa que quedó de manifiesto en la siguiente sesión. Las canalizaciones que se sugirieron se hicieron al centro de apoyo de la zona de la SEP. Fueron cuatro alumnos, todos con serias inhibiciones. A uno de ellos se le había caído la casa y al, igual que otros tres, estaba viviendo en un albergue (164).

La tercera intervención se realizó en el Albergue Deportivo Venustiano Carranza, en Fray Servando y Morazán. Esta vez se llegó con el equipo de vid grabación bien checado para evitar sorpresas desagradables.

Después de la presentación del equipo y una plática esclarecedora al encargado, se sugirió el gimnasio para hacer la intervención.

Se recorrió el lugar, halando con padres de niños, haciendo invitaciones a que llevaran a sus hijos a la experiencia que se iniciaría en quince minutos.

A la convocatoria restringida que se había hecho, respondieron veinte y treinta niños y preadolescentes, Imposible discriminar, "éste si, éste no". Las puertas del gimnasio se habrán, y entre apretones, entran el equipo coordinador, los niños y el equipo de vídeo.

Después de los preparativos técnicos se da comienzo a la intervención con la máxima claridad posible en las consignas. "... El clima era caótico pero se pudo organizar un poco. Las niñas estaban sentadas en una semirrueda, los niños acostados sobre un trozo de alfombra. Todos hablan al unísono o nadie habla. Era la población más afectada que teníamos en nuestra clasificación de damnificados..." ( 165)

Los tiempos del modelo también aquí se pudieron cumplir a pesar de algunas dificultades tales como que uno de los niños, en coprético, después del sismo había sufrido una catarsis muy concreta y era motivo de burla de los demás. Un miembro del equipo lo retiró cuidadosamente del grupo y se siguió trabajando.

Se termino esta intervención con el consejo a los voluntarios de que se siguiera trabajando con estos niños, todos imperiosamente necesitados de apoyo terapéutico.

Es preciso hacer notar que en dicho albergue trabajaba una brigada estable de voluntarios de la UNAM.

Se concluyo que el modelo elegido cumplió cabalmente con las expectativas y demostró la adaptabilidad a una situación de crisis particularmente con los niños. También



fue eficaz con modificaciones, para aplicarse a diferentes grupos: padres, maestros, personal administrativo. y cumplir con el objetivo de las intervenciones terapéuticas (en las neurosis traumáticas y en las terapias breves, cuyo espectro va desde la catarsis o evacuación al espacio elaborativo e integrador; desde lo emocional a lo mental, para satisfacer las demandas de diagnóstico y de prevención primaria y secundaria (166).

El modelo se aplicó de la siguiente manera:

1. En cuanto al nivel preescolar, se siguieron los tres tiempos, pero en la acción se incluyeron algunos juegos, por ejemplo "jugar al temblor" (con material didáctico cubos y madera de construcción).
2. En la educación primaria se aplicó el modelo tal como fue estructurado.
3. En la secundaria se aplicó el modelo también sin modificación y se observó que estos niños necesitaron más espacio para la verbalización, que para la acción-expresión.
4. En el nivel de los educadores, padres de familia y personal administrativo se siguieron los tres tiempos pero se introdujeron técnicas de relajación.

Se ofrece aquí un procedimiento de capacitación y supervisión para voluntarios como promotores de salud mental en situación de crisis siguiendo los principios del modelo GIN.

Por lo tanto el modelo GIN es una alternativa más para trabajar en grupo en una situación de crisis.

Actuar en grupo tuvo la ventaja de ayudar a tomar conciencia del sufrimiento del otro, como parte del propio.

IZT.



U.N.A.M. CAMPUS  
TÁGALA

## CONCLUSIONES

El uso de las técnicas terapéuticas de grupo surgieron y se desarrollaron a mediados de este siglo. Su uso y su utilidad se ha extendido a muchos ámbitos de práctica y tipos de diagnóstico, con una gran variedad de enfoques, pero lo que es importante hacer notar es que ha dejado de ser un procedimiento marginal para considerarse el tratamiento de elección de muchas situaciones.

Así que como pudimos observar la psicoterapia de grupo tiene un lugar definido entre los recursos terapéuticos.

Sabemos que cada grupo o escuela psicoanalítica sigue determinados esquemas referencias, basados en diferentes concepciones teórico-técnicas, que dan muestra de la particular evolución del movimiento psicoanalítico en cada país o continente: influencias sociales, históricas y culturales del ambiente respectivo por un lado. y por el otro, la herencia conceptual de los fundadores, o maestros, transmitida de diferentes modos, particularmente durante la formación.

Estas influencias se dejaron sentir en el campo del tratamiento de los niños; La historia de la psicoterapia grupal con niños, de corte psicoanalítico se está aún gestando.

Aunque cada escuela tienda a tener énfasis en la propia; El uso de la terapia de grupo ha sido aceptada por partidarios de varias escuelas psicoanalíticas. Aunque cada escuela tienda a tener diferente énfasis, se ha aceptado el procedimiento de grupo como promotor del progreso terapéutico.

El grupo parece ser el marco natural mas adecuado para la experimentación y elaboración de conflictos interpersonales e intrapersonales.

Gracias al grupo terapéutico, es decir, a la psicoterapia de grupo, pueden conocerse, corregirse o activarse los valores sociales de los participantes.

Además que el grupo terapéutico promueve el desarrollo de transferencia masiva conceptualizando el grupo terapéutico como una unidad dinámica que genera una fantasía inconsciente común alrededor del o los terapeutas, (que es el objeto transferencial del grupo), que es la imagen única y diferente de las imágenes particulares proyectadas en él.

Es un instrumento excelente para contener tanto las transferencias masivas que se generan en su seno del grupo como las regresiones también masivas con las que algunos pacientes llegan al consultorio.

La presencia de otros niños ofrece la posibilidad de otras alternativas "objetables", frente a la primitiva noción de ellos mismos.

Así pueden seleccionar entre ellos o otros niños y los terapeutas, escogiendo o relacionándose con los aspectos de los otros que les son más compatibles, urgidos por sus necesidades de ese momento terapéutico.

Sin embargo en la psicoterapia de grupo infantil se requiere una selección, de los pacientes, y se necesita excluir aquellos niños que tengan incapacidades físicas, orgánicas y limitaciones notables en la percepción; Además de aquellos que no cuenten, por lo menos con un adulto que se responsabilice de él.

Ya que la carencia de padres o de adultos permanentemente responsables coarta los principios terapéuticos del procedimiento que concierne el trabajo con los padres este es imprescindible ya que de otra manera el éxito es parcial, y la familia vuelve a atrapar a uno de sus miembros para ocupar el rol del enfermo.

El manejo de la relación con los **padres** es uno de los procesos fundamentales con este tipo de pacientes.

Ya que el trabajo con niños demanda un esfuerzo mayor por parte del terapeuta ya que tiene que enfrentarse a la tensión generada por la regresión y por la constante y cercana comunicación con el inconsciente y con el proceso primario de los niños.

Por lo que es imprescindible el análisis de los coterapeutas en lo que se refiere a la transferencia y contratransferencia.

Es importante mencionar que existe una escasez de terapeutas varones en el área de la psicoterapia esto representa un problema serio, y mas aun en la psicoterapia de niños en donde se requiere de un entrenamiento y una personalidad especial.

En nuestro país uno de los trabajos sobresalientes e importantes en cuanto a la psicoterapia de grupo infantil es el Grupo Infantil Natural, ya que es una propuesta teórico-técnica, relevante y con buenos resultados así el trabajo padres-hijos, permiten acelerar y enriquecer el proceso de elaboración tanto en los niños como en los padres.

Facilitando de esta manera el desarrollo personal y social de ambos.

Este trabajo nos brinda una nueva propuesta teórico-técnica para trabajar en grupo, teniendo a la acción corporal desarrollada en el marco de libertad y espontaneidad por parte del terapeuta y pacientes estando determinada propositivamente para tender a sacar a la superficie de la conducta de los pacientes sus mecanismos inconscientes sus fantasías y ansiedades más emergentes, sus relaciones objétales primarias y así tener el arribo de la secundarización mediante la verbalización interpretativa, la elaboración de lo traumático y la ruptura de los roles estereotipados.

Este trabajo además de ser una primicia en la psicoterapia de grupo es uno de los pocos trabajos publicados con los que contamos ya que no se tiene mucho del tema y es quizás por que hasta ahora cuando las personas empiezan a reconocer la importancia de la psicología y de la psicoterapia, empezando a cambiar el concepto del psicólogo que es "el cura locos" y se acepta más a nivel cultural el trabajo del psicólogo dentro de nuestra sociedad.

Es importante hacer mención de que no existe una formación especializada en la psicoterapia de grupo infantil. Si bien es cierto existe el psicoanálisis, y la psicoterapia de grupo para adultos y solo recientemente en el AMPAG se ha dado la formación a los psicoterapeutas la psicoterapia de grupo para infantil.

De esta manera otra vez volvemos a la conclusión que esta formación es solo para aquellos que tengan una economía para seguirse formando pues dicha formación es costosa además de tiempo ya que también es larga la formación de psicoterapeuta de grupo.

Por lo que es necesario abrir nuevas alternativas que estén a nuestro alcance, ya que en hospitales, escuelas y en todo lugar que existan niños con problemas es necesaria la atención terapéutica y la psicoterapia de grupo sería una buena alternativa ya que nos permite atender a un mayor número de pacientes.

Brindando así atención al alcance de los que la requieran, pues no podemos negar que existen problemas serios en la niñez, aquellos niños que tienen SIDA, neuróticos, abandonados, que son maltratados y así no terminaría de escribir todo aquello que afecta al niño y que es necesario tener un espacio en donde el niño es escuchado, atendido y aliviado.

Existen tantos niños enfermos y mi sugerencia es que el tratamiento de grupo es una buena alternativa.

Ya que el ser humano es un ser social por naturaleza y producto de fuerzas ambientales e intrapsíquicas así como de impulsos biológicos la psicoterapia de grupo es una opción más de tratamiento.

Una vez terminada esta experiencia fue útil porque me permitió y nos permitió enfrentarnos con la realidad de la psicoterapia de grupo infantil en el mundo y en nuestro país.

## BIBLIOGRAFIA.

1. ANZIEU D. Y LUES J. Dinamica de grupos pequeños Ed. Paidos Buenos Aires p.9-10 ,1982
2. Ibidem, p. 11.
3. GONZÁLEZ, J. Dinamicas de grupos. Ed. Concepto Madrid. P.15,1988.
4. FREUD, S. Analisis de la Fobia de un niño de cinco años de cinco años 1905 en Obras Completas, Tomo II, Biblioteca Nueva 3era. Ed .Madrid 1973.
5. HANSEN, J. Asesoramiento de grupos,.Ed. Manual Moderno, p.32-39,1981
6. FREUD S Psicología de las masas y analisis del Yo, Obras Completas.
7. ANTONY, E.J The history of gruoup psychotherapy En. Kaplan H.I Sadok B.J. Moderns Gruop Book I The origin of group psychoahalysis Ed. Dotton New York .1972.
8. Ibidem, p.34
- 9.KANZER.M Freud: the first psychoanalytic leader, en The Origins of Group Psychoanalysis, editado por Kaplan, H. K. y Sadock, B.J. New York: E.p. Dutton & Co, CA. p.63 .1972
10. MARÉ P.B. Perspectives in group psychoterapy New York House INC p.50.1972.
11. ROLLA, E. Psicoterapia Individual y grupal. Ed, Paidos Colección Hombre y Sociedad Argentina , p 67 - 69 1962.
12. PRATT .J.H. The principles of Class Treatmen and teir apliction to varios chonic deseases, Hospital Social Service , 6:401-411. 1922.
13. PRATT. J.H. The results ibtained in the tratment of pulmonary toberculosis by the class methos. British Medical Journal. 2: 1070-1071, 1908.

14. MARSH L. Group therapy in the psychiatric . Clinic Journal of Nervios and Mental Dissier 82: 381-392,1979.
15. SHOUDEN E.L. Mass Psychotherapy , Lancet, 2: 769, 1950.
16. LOW, A.A. Group psychotherapy, Illinois, Psychiatric Journal, 1:3-6, 1941.
17. KAPLAN J.W. Group psychoterapy theory and practice, Ed, Grune and Stratton, New York, p.268, 1947.
18. Ibídem, p.13
19. GRINBER L Y RODRIGUÉ Psicoterapia de grupo. Paidos. Buenos Aires. Cap. I.
20. Ibídem, p.18.
21. GARCÍA DE LA HOZ Clínica y Analisis grupal. Ed, Fundamentos Madrid p.9-19, 1979.
22. MORENO J.L. Psicoterapia de grupo y Psicodrama. Introducción a la Teoria y la Praxis. Fondo de cultura economica. México. p.12-16 1975
23. MORENO, J.L. Group psychotherapy the teory and the practice, Grup Psychoterapy, 3:142-145, 1975.
24. MORENO J.L. Psicoterapia de grupo y psicodrama, Fondo de cultura economica, México p. 17-28, 1976.
25. AVILA R. Psicodrama Moreniano en Analisis Grupal AMPAG, México, Vol 4 No.4 p.3-25, 1987.
26. ANZIEU D. El grupo y el inconciente, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid,p. 73-79, 1978.
- 27 Ibídem p.58.
28. LEMOINE G. Una teoria del Psicodrama. Ed. Gedissa, Buenos Aires,

- p, 24. 1974.
29. MARTINEZ B. ¿Como y cuando dramatizar? Ed. Siglo XXI, México México, p.3-24, 1989.
30. PAVLOSKY E. Y COLS. La escena timida del coordinador del grupo, Ed.Fundamentos. España, Cap.I, 1978.
31. *Ibidem*, p.19.
32. BURROW T. The group method of analysis, Psychoanalytic Review 14:268-280,1927.
33. *Ibidem*, p.63
- 34.WENDER L. Dynamic of group psychotherapy an its aplications, Journal of Nervous and mental, Deseais 84:54-60, 1934.
- 35.SHILDER R. The analycis of ideologic as a hterapeutic metod, esencially in group treatment, American Journal of Psychiatry, 93:601-617,1932.
36. SHILDER R Ob. cit. p.748
- 37.SHILDER P. Introductory remarks on groups, Social Psychology 12:85-100, 19932.
38. *Ibidem*, p 92-94.
39. KAPLAN J.W. The method of analysis, Psychoanalytic rewiev, 14:268-272, 1947.
40. *Ibidem*, p 269
- 41.*Ibidem*, p 238
42. *Ibidem*, p.77
- 43..SLAVSON, S.R. Introduction to grup psychotherapy. Common wanth Fund New York 1973.
44. *Ibidem*, p.34

45. SLAVSON, S.R. Tratado de psicoterapia grupal analítica. Paidós, México. 1973
46. *Ibidem*, p 44.
47. *Ibidem*, p.56
48. WOLF, A. The psychoanalysis of group. American Journal of psychotherapy 3: 525-558. 1949.
49. WOLF, A Y SCHUWART. Psychoanalysis in groups. Grune an Staton. New York. 1970.
50. FOLKES S.H. Therapeutic group analysis, International Universities press New York. 1965.
51. ANTONY Y FOLKES, S.H. Group psychotherapy: the psychoanalytic approach Baltimore, Penguin book, 1973.
52. FOLKES, S.H. Psicoterapia psicoanalítica de grupo, Fondo de cultura economica. México, 1986.
53. FOLKES, S.H. Psicoterapia grupo-analítica. Gedisa, México p 49-142. 1986.
54. BION, W.R. Experiences in group. Basic Books, New York. 1959.
55. EZRIEL, H. A psychoanalytical approach to group treatment. New York, 1966
56. *Ibidem*, p. 88.
57. LEWIN, K. Forces behind group habits and methods of change. Washinton, A.C. Boletin of the National research counciliator. 35-65. 1943.
58. *Ibidem*, p 40.
59. BENNE, K.D. Y COLS. Psicodinámica del grupo T. Paidós, Buenos Aires, 1975.



60. Ibidem, pp 78-79
61. GIBBI, JACK Y COLS. Teoría y práctica del grupo T. Paidos, Buenos Aires, 1975.
62. Ibidem, p. 119.
63. Ibidem, p 99
64. Ibidem, p.62.
65. DURKIN Citado en MAISSON, J. Teoría práctica del grupo T. Paidos, Buenos Aires, 1981.
66. Ibidem, p 22.
67. Ibidem, p 89.
68. MATERAZZÍ, M. Psicoterapia grupal en la psicosis, Paidos, Buenos Aires, cap III 1978.
69. O'DONELL P. Teoría y técnica de la psicoterapia grupal, Amorot, Buenos Aires p. 7-17 ,1977.
70. ALBIZORI, DE G. Temas grupales por autores Argentinos, Ed cinco, Buenos Aires, p.177-181, 1988.
71. GONZÁLEZ CH. J.L. Psicoanálisis y grupo. Pax, México 107-124,1988.
72. SALLE, M. Treinta años de psicoanálisis en México. En cuadernos de psicoanálisis Vol XX, 1 y 2, enero-junio 1987.
73. Ibidem, p.79
74. VIVES J. Y DUPONT M.A Del psicoanálisis a la psicoterapia de grupo, Analisis grupal : AMPAG; México Vol. especial, p.3-24, agosto 1989.
75. FLORES DE G. Hacia una comunicación administrativa integral, trillas, México p.183-195.1980.
76. FORTUNDO, J Psicoterapia de grupo y psicodrama, Biblioteca

nueva, Madrid, cap V 1972.

77. *Ibidem*, p 23.

78. *Ibidem*, pp.26-28.

79. LEVOVICI S. Y SOULÉ M. El conocimiento del niño através del psicoanálisis. Fondo de cultura económica. México, 1973.

80. KLEIN M. Obras completas, Tomo I y II Paidós Buenos Aires 1974.

81. SEGAL, H. Introducción a la Obra de Melanie Klein, Paidós Buenos Aires, 1977

82. FREUD A. Normality and pathology in childhood, the international Psychoanalytic library, The Hogarth Press and the Institute of London, 1972

83. CASTILLO G.A. Compendio de psicoterapia Infantil, UDEG, México, p.752, 1984.

84. ADLER, A. Social Interest, Putnam, New York, 1939.

85. *Ibidem*, pp 2-5.

86. ALCHORN Y RED. The psychology of gang formation and the treatment of juvenile delinquents. In The Psychoanalytic Study of Child, International University Press. Vol I p.367. 1945.

87. *Ibidem*, p337.

88. *Ibidem*, p 444

89. SLAVSON, S. An introduction to group Therapy, International Universities Press, New York, 1962.

90. SLAVSON, S. The practice of group therapy, International

Universities press, New York,1972.

91. Ibidem, p 223.

92. SLAVSON S. Y HALLOWINE E. Groups Psychotherapy, survey literature,  
American  
Group therapy Association , Brochure, No30.

93. GLASSERMAN R.M Y SIRLIN M. Psicoterapia de grupo en niños, Nva, visión,  
Buenos Aires, cap. I, 1974.

94. SIRLIN. M Y GINNOT. Between paente & teen-age, Avon Book,  
USA, 1973.

95. SHIFFER, M. The therapeutic play book, George Allen and  
Unwin, Londres, 1971.

96. Ibidem, p 14.

97. GINNOT, H.G. Group psychotherapy with children, Mc Graw  
Hill, New York, 1961.

98. ANZIEU, D. El psicodrama analítico en niños, Paídos,  
Buenos Aires, 1961.

99. Ibidem, p 90.

100. Ibidem, p. 76-78

101. Ibidem, p. 89

102. Ibidem. p. 65

103. PIAGET, J. Seis estudios de psicología, Seix Barral, Barcelona  
1969.

104. PAVLOSKY, E. Psicoterapia de grupo en niños y adolescentes,  
Centro de america, Buenos Aires, cap. 7, 1974.

105. Ibidem. p. 55.

106. PAVLOSKY, E. Algunas observaciones sobre un grupo de

epilepticos, Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Buenos Aires, Tomo II No.1, 1967.

107. Ibidem, p. 85

108. LIPMAN, D.

Semiótica y psicoanálisis de niños, Amorrortu, Buenos Aires, 1984.

109. SPEIRE, A.

Psicoterapia de grupo en la infancia, Nueva visión, Buenos Aires, 1964.

110. SPEIRE, A.

Ob.cit, p 77.

111. Ibidem, p. 101.

112. Ibidem, p. 33.

113. GLASSERMAN, M.R. Y SIRLIN, M.E

Problemas técnicos en los grupos terapéuticos de niños, Primer Congreso Argentino de Psicopatología Infanto-Juvenil, Buenos Aires, 1969.

114. GLASSERMAN, M, R Y SIRLIN, M,E      Ob cit capIII

115. Ibidem, p.11

116. Ibidem, p.97.

118. Ibidem, p.22.

119. AXLINE, V.

Terapia de Juego. Limusa, México, 1995.

119. AXLINE, M.V.

Play therapy, Ballantine Books, New York, 1969.

120. Ibidem, p. 43.

121. ROJAS, B.

Psicoterapia de grupo en niños y adolescentes. Nva. visión, Buenos Aires, cap.I, 1974,

122. ALONSO, M.

Psicoterapia de grupo breve con niños preescolares  
Trabajo realizado en el centro de desarrollo

infantil.

Obras Públicas, México, 1980.

123. Ibidem, p.104.

124. GRAMAJO, N. ASUNSOLO, L Y VELAZ, R.M. Psicoterapia del niño y de la estructura psicótica. En el XXIX Congreso Nacional de Psicoanálisis. Asociación Mexicana de Psicoterapia A.C. Guadalajara, México, Dic.1990.

125. DE LA FUENTE, R. Psicoterapia de grupo en el niño neurótico. Boletín Médico del Hospital Infantil. México, 1949.

126. FEDER, L. neuróticas Psicoterapia de grupo en niños y madres en el Hospital del Niño en México. En : Memorias del Congreso Científico Mexicano. IV Centenario de la Universidad de México. IX Ciencias Médicas U.N.A.M, México, 1953.

127. DUPONT, M.A. Y JUNIC, A. EL Proyecto GIN una investigación en psicoterapia Taller de niños. En Análisis Grupal AMPAG. Vol.II No1 marzo, 1984.

128. Ibidem, pp.12-15

129. DUPONT, M.A. Y JUNICH, A. Psicoterapia grupal para niños. Asociación psicoanalítica Jalisciense, Universidad de Guadalajara, México, 1993.

130. Ibidem, p. 20.

131. DUPONT, M.A. Y JUNICH, A. EL Grupo Infantil Natural: una experiencia psicoanalítica, Cuadernos de Psicoanálisis, APM, enero- junio, Vol XI, Nos, 1 y 2 pp.53-72, México, 1982.

132. DUPONT, M.A. El Proyecto G.I.N Una investigación en Psicoterapia grupal de niños, En revista de Análisis grupal Psicoanálisis-grupo-familia-Institución. AMPAG, Vol Y No.1 mar-dic.

p.1-14, 1984.

133. Ibidem, pp.9 -11.

134. DUPONT, M.A. Y JUNICH, A. The GIN Proyect in grup psychotherapy for children, En the International FORUM of Group Pshychoterapy, Vol 3 No.1 .1993.

135. Ibidem, p.99.

136. DUPONT, M.A Y JUNICH, A. Y COLS. GIN II: una experiencia intitucional AMPAG Memorias, México, 1980.

137. Ibidem, p.123.

138. DUPONT, M.A. CHAO, Z. Y CASTRO, M.E. Adolescencia EL GIN III En el Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la En Psicoterapia grupal para niños. Universidad de Guadalajara, México, 1993.

139. Ibidem, p. 345.

140. Ibidem, p.122

141. GARZA, C. GUERRERO, M. GUADARRAMA, J. Grupo Infantil Natural (GIN IV) En revista de Analisis Grupal. Psicoanálisis-grupo-familia-Institución AMPAG, México, Vol I. No.1 marz-dic. p.46-63, 1984.

142. Ibidem pp. 60-67.

143. Ibidem p. 62

144. SINIEGO, J.A. El proyecto GIN-GAP. Una técnica psicoterapéutica grupal para niños y padres, Memorias del Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo, México, D:F p.455-450, 1984.

145 Ibidem p.44.

146. BENENATI, S. SINIEGO J.A. Grupo de padres acompañantes. En revista de Analisis Grupal. Psicoanálisis- grupo-familia- Institución AMPAG, México, Vol I No.1, 1984.
147. ASEBEY, R. EL GIN En Lomas de Casa Blanca II, Querétaro. En Psicoterapia Grupal para niños. Colección fin del milenio, México, p.119-132..1993.
148. Ibidem, p. 130.
149. Ibidem, p. 20
150. Ibidem, p.121.
151. MALDONADO, D. M. Un modelo de psicoterapia de grupo para niños y adolescentes con problemas múltiples. Artículo clínico, en Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, Vol III No5 pp.20-29., 1990.
152. Ibidem, p.12
153. Ibidem, p. 79
154. NIETO, C Y VELAZQUEZ, A. Trabajo Psicoterapia breve de grupo preescolar, realizado en el Centro de Desarrollo Infantil de la Secretaría de Asesoramientos Humanos y Obras Públicas. Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil México, 1981.
155. NIETO, C. Psicoterapia breve de grupo: maternales 85, trabajo presentado en el VI Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. Efectuado en la Ciudad de San Luis Potosi México, 1986.
156. SICILIA, N Y SALLE, M. Psicoterapia Breve de grupo con preescolares. trabajo presentado en el VI Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de

psiquiatría Infantil, efectuado en la ciudad de San Luis Potosi México, 1986.

157. NAVA, A, MENDOZA, T Y SALLE, M. Psicoterapia de Juego en preescolares: grupo de edad Fallo-Edipica. Trabajo presentado en El VII Congreso de Salud Mental de Psiquiatría del niño y el adolescente Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil Tolo, México, 1989.
159. *Ibidem*, p 13.
160. JUNICH, A Y SENIEGO A. Intervenciones grupales en situaciones en crisis para grupos de niños. En Psicoterapia grupal para niños. Universidad de Guadalajara, México. p. 223-236, 1993.
161. *Ibidem*, p. 226.
162. *Ibidem*, p. 220
163. *Ibidem*, p 14.
164. *Ibidem*, p.88
165. *Ibidem*, p12.
166. *Ibidem*, p.32
1. ABESTAURY, A. El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones Paidós Buenos Aires, 1969.
2. BATTES, GRAY, R. El hombre en el grupo, Herder, Barcelona, 1978.
3. CAMPOS, A. Psicología Dinámica grupal, Fundamento, Madrid, 1979.
4. CASTILLEJO, A Y COLS Compendio de psicoterapia Infantil, UDEG, México, 1985.
5. GONZÁLEZ, N. Interacción grupal, Planeta, México, 1992.
6. MORA G. DE Z. La psicoterapia de grupo infantil, Revista de psicología y psicoterapia de grupo, Buenos Aires, Tomo III No.3, 1965.



7. RUESCH, J. Comunicación terapéutica, Paidós, Buenos Aires, 1964.
8. SPIER, R. El primer año de vida del niño, Fondo de cultura México, 1974.
9. STEVEN, J Y GTSKIEJAN Psicoterapia contemporánea, modelos y métodos, Buslede, Bilbao, 1988.