

01962



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**“LA REGRESIÓN Y SU PROGRESIÓN EN EL  
DESARROLLO DE NIÑOS LATENTES A PARTIR  
DEL MODELO GIN (GRUPO INFANTIL NATURAL)”**

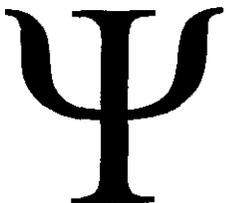
**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**PRESENTA:  
MARÍA BENÍTEZ NAVA**

292442

**DIRECTORA DE TESIS: DRA. MARÍA LUISA RODRÍGUEZ HURTADO  
COMITÉ DE TESIS: DRA. ROSA KORBMAN CHJETAITE  
MTRO. JORGE R. PÉREZ ESPINOSA  
MTRO. SAMUEL JURADO CÁRDENAS  
MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO**



MÉXICO, D.F.

2001



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.

## AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Ma. Luisa Rodríguez Hurtado, por su acertada dirección de tesis y por compartir sus conocimientos conmigo, expresados siempre con calidez y paciencia.

Al Dr. Juan Guadarrama R., por la supervisión otorgada con gran dedicación y profesionalismo y a la Escuela de Medicina del Instituto Politécnico Nacional por permitir llevar a cabo la aplicación de esta investigación.

Al Mtro. Jorge Pérez Espinosa, por su asesoramiento en el diseño de investigación y por brindarme su valioso apoyo en mi formación clínica.

A la Dra. Rosa Korbman Chjetaite de Shein, al Mtro. Samuel Jurado Cárdenas y al Mtro. Sotero Moreno Camacho por sus enriquecedores comentarios al presente trabajo.

A todas las personas que de alguna forma me han acompañado en el proceso de ver alcanzada esta meta.

# INDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>7</b>
 <b>MARCO TEÓRICO</b>	
<b>1. EL DESARROLLO INFANTIL Y SUS ALTERACIONES</b>	
<b>1.1. DESARROLLO NORMAL Y PATOLÓGICO.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1.1. EL PUNTO DE VISTA DE MELANIE KLEIN.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1.2. LA PERSPECTIVA DE ERIKSON.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1.3. SEGÚN ANNA FREUD.....</b>	<b>17</b>
<b>1.1.4. EL ENFOQUE DE WINNICOTT.....</b>	<b>24</b>
<b>2. REGRESIÓN.....</b>	<b>34</b>
<b>3. PSICOTERAPIA</b>	
<b>3.1. DEFINICIÓN.....</b>	<b>44</b>
<b>3.2. CONCEPTO DE GRUPO.....</b>	<b>44</b>
<b>3.3. HISTORIA DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL.....</b>	<b>46</b>
<b>3.4. ANTECEDENTES Y TIPOS DE PSICOTERAPIA DE GRUPO</b>	
<b>CON NIÑOS .....</b>	<b>53</b>
<b>3.5. EL MODELO DEL GRUPO INFANTIL NATURAL (GIN).....</b>	<b>55</b>
<b>3.5.1. HISTORIA DEL GIN.....</b>	<b>57</b>
<b>3.5.2. SUPUESTOS TEORICOS Y PROPUESTAS.....</b>	<b>60</b>
<b>3.5.3. LA TECNICA GIN .....</b>	<b>64</b>

<b>4. MÉTODO</b>	
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>70</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>70</b>
<b>PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>70</b>
<b>HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>71</b>
<b>LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.....</b>	<b>71</b>
<b>LA TÉCNICA TERAPÉUTICA .....</b>	<b>74</b>
<b>MUESTRA .....</b>	<b>75</b>
<b>SELECCIÓN DE SUJETOS .....</b>	<b>75</b>
<b>PROCEDIMIENTO .....</b>	<b>76</b>
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>80</b>
<b>6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>125</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>135</b>
<b>CUADROS.....</b>	<b>143</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>151</b>

## RESUMEN

El presente trabajo tuvo como propósito principal investigar que tipo de manifestaciones de conductas regresivas se presentan en niños latentes que participaron en el tratamiento terapéutico GIN (Grupo Infantil Natural), técnica diseñada en México por los psicoanalistas Adela Jinich Wasongarz y Marco Antonio Dupont; así como el de evaluar si a partir de estos eventos se conduce hacia la progresión a cada uno de los pacientes y al grupo en su conjunto.

Las sesiones terapéuticas aplicando la técnica GIN están conformadas por 3 momentos: *“la hora de la acción”*, *“la hora de pensar”* y *“la hora de poner las cosas en su lugar”*.

Paralelamente al tratamiento con los niños, se llevó a cabo el trabajo con sus padres a través del GAP (Grupo Analítico de Padres), lo cual permitió que el avance en el proceso se hiciera de forma integral; es decir, que en la medida que los padres se hicieron corresponsables del tratamiento, se facilitaron las modificaciones necesarias en la dinámica familiar.

Se utilizó el método cualitativo de investigación, éste permite examinar el pasado y el presente del individuo, los integrantes del grupo y su contexto se integran en un todo, se pretende conocer a las personas dentro de su marco referencial y las condiciones en donde se desarrolla la investigación son únicas e irrepetibles

El grupo terapéutico inicialmente estuvo conformado por 10 pacientes con edades de entre los 6 y 10 años, el número de integrantes fue variando en cada una de las sesiones de acuerdo a la asistencia de cada niño. Los niños fueron canalizados a tratamiento por sus profesores por presentar problemas en su comportamiento dentro de la escuela. La selección de los integrantes para el grupo se realizó de acuerdo a la entrevista realizada a los padres y a los niños, historia del niño, evaluación de sus profesoras y a la evaluación psicométrica.

Las sesiones se llevaron a cabo dentro de un espacio adaptado como consultorio, alfombrado y con por lo menos un cojín para cada uno de los pacientes, instrumento necesario en la Técnica GIN.

A través del análisis de los resultados se establecieron 27 categorías, mismas que mostraron cada una de las manifestaciones de las conductas regresivas. Al mismo tiempo que se realizó un análisis psicodinámico de cada una de las 18 sesiones.

Los resultados nos permiten observar que al inicio del tratamiento los pacientes manifestaron un menor número de conductas regresivas, a la mitad del mismo presentaron el más alto número de esas manifestaciones, para que al final hubiera una baja significativa de manifestaciones de conductas regresivas. Así también se pudo observar que a lo largo del proceso se fueron manifestando las progresiones.

Por otro lado, los niños que asistieron más frecuentemente al tratamiento, presentaron cambios más significativos al final del tratamiento, y en la etapa de seguimiento se reportaron mayores avances.

El GIN ofrece a los pacientes la posibilidad de reconstruir las vivencias que quedaron fijadas en una etapa de su vida con el propósito de favorecer su desarrollo.

El seguimiento que se realizó a los pacientes 6 meses después de concluir el trabajo con el GIN, permitió evaluar los cambios presentados.

## INTRODUCCIÓN

A nivel terapéutico, se cuenta con diversos recursos que permiten que cada uno de los pacientes avancen en el tratamiento. La *regresión*, que es uno de esos recursos, conduce al individuo a revivir o reeditar experiencias que han impactado en su propio desarrollo y se pretende promover que se dé un nuevo significado a ese momento, de tal manera que esto sea una oportunidad de conducir al paciente hacia la progresión.

Diversos autores de orientación psicodinámica señalan que, en el trabajo terapéutico es ineludible que se presenta la *regresión*, ya que por el simple hecho de revisar la historia personal se tiene un evento regresivo. También, sabemos que el tipo de regresión se va a presentar dependiendo del nivel de desarrollo en donde ocurrió la experiencia y en donde hubo una fijación. Por lo tanto, cuando un niño que ha alcanzado cierto grado de desarrollo, emite comportamientos de una fase anterior, podemos decir que ha tenido una regresión.

Es indispensable crear condiciones terapéuticas necesarias para que ese evento se convierta en una oportunidad, la psicoterapia es una alternativa que permite que la regresión ocurra dentro de un ambiente de contención y con posibilidades de ser interpretada. La técnica GIN ofrece esta posibilidad de reeditar y reconstruir las vivencias que han venido interfiriendo en el desarrollo del niño.

Por otro lado, la importancia de la psicoterapia infantil grupal radica en que los grupos terapéuticos permiten que la dinámica y elaboración sean más rápidas, ya que cada uno de los miembros participa de tal forma que ayuda a que los otros agilicen la posibilidad de progresión, pues cada uno cumple la función de reflejar lo que pasa con el resto del grupo. También, es necesario señalar que la psicoterapia grupal dá la oportunidad para que participen un mayor número de pacientes, lo cual disminuye el costo del tratamiento; y a quienes no tiene las posibilidades económicas, les ofrece una alternativa para recibir tratamiento psicoterapéutico.

# **1. EL DESARROLLO INFANTIL Y SUS ALTERACIONES**

## 1.1. DESARROLLO NORMAL Y PATOLOGICO.

### 1.1.1. El punto de vista de Melanie Klein

La teoría de Melanie Klein explica el desarrollo del individuo a través de las posiciones *Ezquizo-paranoide* y *Depresiva*, las cuales son consideradas como fases del desarrollo.

Una posición es una configuración específica de relaciones objetales, ansiedades y defensas, persistentes a lo largo de la vida (Segal, 1992). La primera posición no reemplaza totalmente a la segunda, así se expresa un concepto dinámico, ya que algunas ansiedades paranoides y depresivas están en movimiento y siguen presentes en la personalidad.

El concepto de fantasía es muy importante en la teoría kleniana. Las fantasías inconscientes son la expresión mental de los instintos y existen al igual que estos últimos desde el principio de la vida (Michaca, 1987; Segal, 1992).

Para Klein, el bebé desde pequeño tiene un yo, que aunque poco desarrollado, es capaz de utilizar ansiedades, mecanismos de defensa y establecer relaciones objetales. Crear fantasías es una función del Yo, es la expresión instintual a través del Yo (Michaca, 1987).

La fantasía inconsciente determina la interpretación de la realidad y ambas tienen impacto, una sobre la otra (Segal, 1992).

A través de la fantasía, el bebé se defiende de la frustración que genera la privación del mundo exterior, provocando de esta manera cierta gratificación y contrarrestando el sentimiento frustrante (Segal, 1992).

En la posición **esquizo-paranoide**, la ansiedad experimentada por el niño es principalmente paranoide y la escisión es esquizoide (Segal, 1992).

Desde el nacimiento, el Yo del bebé tiene una tendencia a integrarse y está expuesto a la ansiedad innata polarizada por los instintos de vida y de muerte (Segal, 1992). Al inicio estos dos instintos tienen existencia independiente y tienen dos fuerzas separadas con las

que el yo tiene que luchar mediante los mecanismos de proyección, introyección y escisión (Michaca, 1987).

El yo se escinde y proyecta fuera su parte que contiene el instinto de muerte, poniéndola en el objeto externo original: el pecho, entonces este se vive como malo y amenazador para el yo, lo que origina un sentimiento de persecución. Parte del instinto de muerte que queda en el yo se convierte en agresión y se dirige contra los perseguidores (Segal, 1992).

Simultáneamente, se proyecta la libido, con el propósito de crear un objeto que satisfaga el impulso instintivo del Yo a conservar la vida, que al igual que el instinto de muerte, el yo proyecta parte de ella fuera, y la restante es utilizada para establecer una relación libidinal con ese objeto ideal. Entonces el Yo tiene relación con un pecho ideal y con un persecutorio (Segal, 1992).

En la posición esquizo-paranoide existe la ansiedad de que el objeto u objetos persecutorios, se introduzcan en el yo y destruyan tanto al objeto ideal como al yo por lo que utiliza los mecanismos de defensa que inicial y principalmente son la introyección y proyección. El yo se esfuerza por introyectar lo bueno y proyectar lo malo. A veces se proyecta lo bueno para mantenerlo a salvo de lo que siente como maldad interna, y en ocasiones se introyecta a los perseguidores en un intento de controlarlos (Segal, 1992).

El bebé también utiliza la identificación proyectiva, en este mecanismo de defensa se escinden y apartan partes del yo y objetos internos y se les proyecta en el objeto externo que queda entonces controlado por las partes proyectadas e identificado por ellas (Segal, 1992).

La identificación proyectiva se le puede dirigir hacia el objeto ideal para evitar separación, o hacia el objeto malo para obtener control de la fuente de peligro. Se pueden proyectar varias partes del yo con diferentes propósitos: se pueden proyectar partes malas del yo tanto para librarse de ellas como para atacar y destruir al objeto; se pueden proyectar partes buenas para evitar la separación o para mantenerlas a salvo de la maldad interna o para mejorar al objeto externo a través de una especie de reparación proyectiva (Segal, 1992).

Para Melanie Klein, ninguna experiencia de desarrollo se borra o desaparece; hasta en el individuo más normal ciertas situaciones removerán las ansiedades tempranas y pondrán en acción los tempranos mecanismos de defensa (Segal, 1992).

En una personalidad bien integrada, todas las etapas del desarrollo quedan incluidas, ninguna está dividida, apartada o rechazada, y ciertas conductas del yo en la posición esquizo-paranoide son realmente muy importantes para el desarrollo posterior (Segal, 1992).

Para dar paso a la siguiente posición, la depresiva, es necesario que las experiencias buenas predominen sobre las malas (Segal, 1992).

En esta posición hay un reconocimiento del objeto total y se relaciona con dicho objeto. Ambos instintos, de vida y de muerte, se dirigen hacia el mismo objeto, originando de esta forma la ambivalencia (Michaca, 1987).

Una emoción importante que explica la teoría *kleiniana* es la *envidia*, la cual afecta las primeras experiencias del individuo, en donde el sujeto envidia al objeto por alguna posesión o cualidad. Inicialmente, se envidia a objetos parciales, se quiere ser tan bueno como ese objeto, pero cuando esto se siente imposible, se desea destruir al objeto para eliminar la fuente de envidia o se le puede desvalorizar para no destruirlo por completo (Segal, 1992).

En un desarrollo normal, la gratificación del objeto produce admiración, amor y gratitud, y al mismo tiempo envidia, pero cuando el yo se integra, la gratitud supera la envidia.

Cuando la ansiedad y los impulsos hostiles y envidiosos son muy intensos, la parte proyectada es hecha pedazos y desintegrada en fragmentos diminutos, y estos fragmentos diminutos se proyectan al objeto, desintegrándolo a su vez en partes diminutas. Así se odia violentamente toda experiencia de la realidad externa o interna. La fragmentación del yo es un intento de desembarasarse de toda percepción, se ataca y se destruye al aparato perceptual. Cuando la envidia es intensa, se percibe al objeto ideal como malo, pues esto provoca envidia intolerable (Segal, 1992).

Si el individuo se queda en la envidia, daña al yo pues no libera el dolor, al contrario, incrementa el carácter persecutorio de los objetos y la dolorosa mutilación del

aparato perceptual.

Cuando el bebé se percató de que las experiencias buenas y malas provienen de la madre como totalidad, que es fuente de lo bueno y de lo malo, se van constituyendo en él su propio yo total, estimulando la integración del yo, escindiéndose cada vez menos en sus componentes buenos y malos, empobreciéndose cada vez menos el yo e integrándose cada vez más. Se distorsiona menos la percepción de los objetos y el objeto ideal y el objeto malo se aproximan el uno y el otro (Segal, 1992).

Al niño le crea ambivalencia reconocer que la madre es fuente de lo bueno y lo malo y el motivo principal de la ansiedad del bebé es que sus propios impulsos destructivos hayan destruido o lleguen a destruir al objeto amado de quien depende totalmente (Segal, 1992).

Cuando el niño reconoce sus impulsos destructivos ante el objeto amado le causa culpa y esta, a su vez, la depresión y un sentimiento de desesperación (Michaca, 1987), sin esperanzas de recuperarlo (Segal, 1992). Surge pues, la etapa depresiva en donde el conflicto depresivo es una lucha constante entre la destructividad del bebé y sus impulsos amorosos y reparatorios.

Al integrarse más su yo, al disminuir sus procesos de proyección y al empezar a percibir su dependencia de un objeto externo y la ambivalencia de sus propios instintos y fines, el bebé descubre su realidad interna y la realidad externa (Segal, 1992).

Con la progresiva elaboración de la posición depresiva el bebé adquiere la capacidad de amar y respetar a las personas como seres separados, diferenciándolos. Puede ahora reconocer como propios sus impulsos, responsabilizarse por ellos y tolerar la culpa (Segal, 1992).

El bebé tiene dos posibilidades: la de la reparación o la del uso de defensas maníacas. Cuando se utiliza la reparación se conduce a un mayor desarrollo del yo. Mientras que el utilizar las defensas maníacas implica la posibilidad de elaborar el duelo y el dolor por la pérdida (Michaca, 1987).

Las defensas maníacas pueden utilizarse temporalmente para calmar el dolor y para dar paso a la reparación, el cual es un proceso más largo (Michaca, 1987).

Pero cuando las defensas maníacas son excesivamente fuertes, se forman puntos de fijación que intervienen en el desarrollo futuro, estas se utilizan cuando la culpa y la pérdida resultan intolerables (Segal, 1992).

La relación con el objeto se caracteriza por *el control, el triunfo y el desprecio*. Lograr el control del objeto es una manera de negar la dependencia que se tiene de él, obligándolo a satisfacer, a la vez, tal dependencia, un objeto controlado es un objeto con el que se puede contar. En el triunfo, la sensación de éxito sirve para mantener alejados los sentimientos depresivos, como sentir nostalgia y extrañar al objeto. El desprecio, es una negación directa del valor del objeto y sirve para aminorar la culpa de su destrucción (Michaca, 1987).

### 1.1.2. La perspectiva de Erikson

Erikson (1978) describe el desarrollo del individuo a través de 8 edades o etapas del hombre, las cuales explican una bipolaridad entre lo normal y patológico.

La primera etapa está denominada *Confianza Básica vs. Desconfianza*, en ésta el niño ha aprendido a confiar en la constancia de los proveedores externos, en él mismo y en las capacidades de los propios órganos para enfrentar las urgencias; además del sentimiento de ser digno de confianza al permitir el acercamiento de los proveedores sin que ellos sean agredidos por él.

La primera demostración de confianza social en el niño pequeño es la facilidad de su alimentación y la profundidad de su sueño (Erikson, 1978). El alimento y el sueño son dos necesidades básicas que permiten la supervivencia del infante, y si la madre las cubre satisfactoriamente, el vínculo que se creara será de confianza.

A través de la constancia y persistencia, la madre se hace presente de forma interna y externa en el niño. De esta forma, el niño, permitirá que ella se aleje sin que esto le cause ansiedad.

Entonces, se generará un sentimiento de identidad yoica, el cual depende de un medio interno de sensaciones e imágenes recordadas y anticipadas que están correlacionadas con un medio externo de cosas y personas familiares. Erikson (1978) plantea que estos son los orígenes de la introyección (el individuo siente como si esta bondad exterior se convirtiera en una certeza interior) y en la proyección (el individuo envía al exterior lo que no tolera de sí mismo) lo cual denota un proceso de diferenciación entre adentro y afuera.

El yo se encargará de solucionar el conflicto entre la confianza y la desconfianza y lo cualitativo de la relación sentará las bases para generar en el niño un sentimiento de identidad.

En la segunda etapa *Autonomía vs. Vergüenza y Duda*, el niño debe de experimentar que la base para valerse por sus propios medios (autonomía) es la confianza.

Por otro lado, la vergüenza se experimenta a partir de que el individuo se siente observado por los demás produciendo una sentimiento de rabia contra sí mismo. Cuando existe vergüenza, existe el deseo de desaparecer ante la presencia de los demás, porque se considera que se fue descubierto.

Para Erikson (1978) resulta contraproducente exponer al niño excesivamente a situaciones de vergüenza con una finalidad correctiva, pues esto provocará resentimiento y deseos de venganza cuando nadie lo observe.

La duda se experimenta a partir de saber que hay dos o más posibilidades en la elección, y el individuo no sabe cuál elegir.

Cuando se sientan las bases para la autonomía, se producirá un sentimiento de autocontrol en el niño generándole orgullo y autoestima. Pero, cuando se le atribuye al exterior la dimensión de control, se producirá entonces la duda y la vergüenza.

Cuando el adulto promueve un ambiente de respeto, dignidad e independencia, proporciona al niño la expectativa confiada de que la clase de autonomía promovida en la infancia no llevará a una duda o vergüenza indebida en la vida posterior (Erikson, 1978).

*Iniciativa vs. Culpa* es la tercera etapa, en ella el individuo expresa su potencialidad de fuerza, se plantea retos que le permiten estar activo e intentar nuevas acciones mostrando

de esta forma su independencia. Aquí, el riesgo que se corre es la culpa generada por el propio placer que produce el poder motor y mental.

Para Erikson (1978), la iniciativa coincide con la etapa del complejo de castración, al niño, le genera culpa el hecho de que los genitales, ahora erotizados han sufrido un daño como castigo por las fantasías relacionadas con su excitación. Se presenta el origen del odio hacia el progenitor que sirvió como modelo y el que prohibió la realización del deseo incestuoso de poseer al padre del sexo opuesto. En la etapa edípica se establece un sentido moral que pone límites a lo que se permite y a lo que no, promueve la relación entre los sueños del niño y las metas de una vida adulta activa.

Al final de esta etapa, el niño es capaz de trabajar cooperativamente con otros niños, con el propósito de construir y de planear. Está identificado con el progenitor del mismo sexo que él; ahora, expresa su iniciativa a través del trabajo.

La 4a. etapa, *Industria vs. Inferioridad* coincide con la etapa de latencia, el niño ahora quiere demostrar que es un ser productivo y pretende obtener reconocimiento a través de la producción de cosas.

El ambiente escolar es un medio el cual tiene sus propias metas y límites, sus logros y sus desencantos. Si el niño no utiliza las habilidades aprendidas, puede renunciar a la interacción con sus compañeros, esto puede generar que regrese a una etapa anterior y quede condenado a la mediocridad e inadecuación.

Si el niño acepta el trabajo como obligación generará en él un sentimiento de conformismo y si percibe el ser eficaz como único valor, dará como resultado el esclavo.

Erikson (1978) denomina a la quinta etapa *Identidad vs. Confusión del rol*, es el inicio de la adolescencia, el joven está dudoso de sí mismo. Se presentan cambios en el ámbito orgánico y psicológico.

El yo es capaz de integrar las experiencias (surgidas a partir de los congénito y de las oportunidades sociales) para promover una identidad yoica.

Cuando hay duda hacia la propia identidad, se presenta la confusión del rol. Es común que se dé también, la duda ocupacional. Se presentan las defensas hacia la propia confusión en el sentimiento de identidad siendo intolerantes con los jóvenes que salen del

parámetro.

La mente adolescente está entre la infancia y adultez, entre la moral del niño y la ética que ha de desarrollar el adulto. EL joven busca los valores sociales que guíen su identidad (Erikson, 1978).

En la siguiente etapa que es nombrada *Intimidad vs. Aislamiento*, el individuo está preparado para la intimidad y crear compromisos que estén relacionados con la capacidad de entrega hacia los demás.

Cuando se evita esas experiencias, por el temor de la pérdida del yo, puede conducir a un sentimiento de aislamiento. Se evita cualquier contacto humano pues le parece peligroso porque rebasa sus límites y amenaza su territorio de la intimidad.

En esta etapa se desarrolla la verdadera genitalidad. Para Erikson (1978) la utopía de la genitalidad debería incluir: mutualidad del orgasmo, con un compañero amado, del otro sexo, con quien uno puede y quiere compartir una confianza mutua, con quien uno puede y quiere regular los ciclos de trabajo, procreación y recreación. De tal forma que se pueda asegurar a la descendencia todas las etapas de un desarrollo satisfactorio.

En la siguiente etapa, la 7ª, *Generatividad vs. Estancamiento*, el hombre maduro tiene el deseo de sentirse necesitado, y la madurez necesita la guía y el aliento de aquello que ha producido y que debe cuidar, existe una preocupación real por establecer y guiar a la nueva generación (Erikson, 1978).

El concepto de generatividad incluye sinónimos como productividad y creatividad que sin embargo no puede reemplazarlo.

La generatividad constituye una etapa esencial en el desarrollo psicosexual y también el psicosocial. Cuando tal enriquecimiento falta por completo, tiene lugar una regresión a una necesidad obsesiva de pseudointimidad, a menudo con un sentimiento general de estancamiento y empobrecimiento personal.

Y finalmente, se presenta la etapa *Integridad del Yo vs. Desesperación*, en ésta el individuo, que de alguna forma, ha cuidado de cosas y personas y se ha adaptado a los triunfos y a las desilusiones inherentes al hecho de ser el generador de otros seres humanos o el generador de productos o ideas, puede madurar gradualmente a lo largo del proceso

para integrar el Yo.

Erikson (1978) la define como una etapa en donde existe un amor postnarcisista del yo, como una experiencia que trasmite un cierto orden del mundo y sentido espiritual. Es la aceptación del ciclo de vida como algo que debía ser.

El poseedor de integridad está siempre listo para defender la dignidad de su propio estilo de vida contra la amenaza física y económica. El sentido de integridad se convierte en el patrimonio de su alma, entonces la muerte pierde carácter de catástrofe, se acepta como parte del ciclo de vida.

La falta o la pérdida de esta integración se convierte en desesperación y la muerte se vive con este sentimiento porque lo que se debería hacer no se ha hecho y ahora el tiempo es muy corto.

Erikson (1978) plantea que en la medida que se avanza a una nueva edad o etapa, se adquiere una nueva cualidad yoica y el individuo se va fortaleciendo para integrar su Yo.

La sociedad tiene una importante participación en la progresión y desarrollo del individuo. Es el ambiente social el que le va permitir ampliar su propio radio social, tomar conciencia de él y a interactuar con él; además, la sociedad tiende en principio a estar constituida de tal modo que satisface y provoca esta sucesión de potencialidades para la interacción, y de hacer intentos para salvaguardar y fomentar el ritmo adecuado y la secuencia adecuada de su desenvolvimiento, de esta forma se mantiene el "mundo humano" (Erikson, 1978).

### 1.1.3. Según Anna Freud

Freud (1993) explica el desarrollo del individuo a través de varias *líneas* que proveen la base indispensable para la evaluación de la madurez o inmadurez emocional, la normalidad o anormalidad. Para Anna Freud, por medio de las líneas de desarrollo se puede rastrear el proceso del individuo que va desde la dependencia emocional del niño hasta la

autosuficiencia, la madurez sexual y de relaciones objetales del adulto, desde las actitudes dependientes, irracionales, determinadas por el ello y los objetos hasta un mayor control del mundo interno y del externo por el yo.

Estas líneas, a las que contribuyen el desarrollo del ello y del yo conducen, por ejemplo, desde las experiencias del lactante con la amamantación y el destete, hasta la actitud racional del adulto hacia la alimentación; desde el entrenamiento del control esfinteriano impuesto al niño por las presiones ambientales, hasta el control más o menos integrado y establecido del adulto; desde la fase en la que el niño comparte la posesión de su cuerpo con la madre hasta la exigencia del adolescente de su independencia y propia determinación en cuanto a la disposición de su cuerpo; desde el concepto infantil egocentrista del mundo y de los otros seres humanos hasta el desarrollo de sentimientos de empatía, mutualidad y compañerismo con los otros niños; desde los primeros juegos de carácter erótico con su propio cuerpo y con el cuerpo de su madre, hasta los juguetes, los juegos, los pasatiempos y hacia el trabajo. (Freud, 1993).

Cualquiera que sea el nivel alcanzado por el niño en algunos de estos aspectos, representa el resultado de la interacción entre el desarrollo de los impulsos y el desarrollo del yo, del superyó y de sus reacciones frente a las influencias del medio; es decir, entre los procesos de maduración, adaptación y estructuración (Freud, 1993).

El proceso de las líneas de desarrollo permite observar la historia de cada individuo, sus logros y sus fracasos, y de qué forma estos aspectos vienen repercutiendo en su personalidad.

Según Anna Freud (1993) la línea *básica* de desarrollo es la que determina la secuencia que conduce desde la absoluta dependencia del recién nacido de los cuidados de la madre, hasta la autosuficiencia, material y emocional del adulto joven.

En el momento que nace el hijo existe un vínculo muy estrecho con la madre y se forma una **unidad biológica de la pareja madre-hijo**. Cuando hay factores que interfieren con el vínculo biológico de la relación madre-hijo, por cualquier motivo, darán lugar a una ansiedad de separación.

Posteriormente se presenta una **relación con el objeto parcial o de satisfacción de**

las necesidades, la cual está basada en la urgencia de las necesidades orgánicas del niño y en los derivados de los impulsos, dichas manifestaciones, generalmente son intermitentes y fluctuantes. Si la madre no es capaz de satisfacer de una forma estable esas necesidades, promoverá trastornos en el proceso de individuación.

Cuando se mantiene una imagen interna y positiva del objeto, independiente de la satisfacción o no de los impulsos, la ausencia externa de la madre se sustituye por una imagen permanente y estable, y entonces se presenta la etapa de constancia objetal.

Más tarde surge la relación ambivalente de la fase preedípica sádico-anal, que se caracteriza por que el yo insiste en depender, torturar, dominar y controlar los objetos amados. Las relaciones libidinales insatisfactorias con objetos inestables o por cualquier razón inadecuados durante esta fase trastornarán la fusión equilibrada entre la libido y la agresión y originará agresividad y una destrucción incontrolable (Freud, 1993).

La fase fálico edípica completamente centralizada en el objeto, se caracteriza por una intención de posesión hacia el progenitor del sexo contrario, celos por rivalidad hacia el progenitor del mismo sexo, tendencia a proteger, curiosidad, deseo de ser admirado y actitudes exhibicionistas (Freud, 1993).

Cuando la resolución del complejo de Edipo se demora serán comunes los trastornos de adaptación al grupo, la pérdida de interés, las fobias escolares y la extrema añoranza del hogar.

En el período de latencia, la disminución postedípica de la urgencia de los impulsos y la transferencia de la libido desde las figuras parentales hacia los compañeros, maestros, y demás grupos. La transferencia de la libido de los padres se dirige hacia los demás y permitirá que el niño se integre a la sociedad. (Freud, 1993).

En la etapa de latencia hay crecimiento e integración del yo y superyó, lo cual resulta en un mejor contacto tanto con la realidad externa como interna. Son tareas evolutivas de este período la formación del carácter, la integración social y el aprendizaje. (Etchegoyen, Alicia 1993)

Enseguida se presenta el retorno a conductas y actitudes anteriores, especialmente del objeto parcial, de la satisfacción de las necesidades y del tipo ambivalente, entonces se

da el **preludio preadolescente de la rebeldía de la adolescencia** (Freud, 1993).

Finalmente, hay **una lucha del adolescente por negar, contrarrestar, aflojar y cambiar los vínculos con sus objetos infantiles**, defendiéndose contra los impulsos pregenitales para poder establecer la supremacía genital con la catexis libidinal transferida a los objetos del sexo opuesto, fuera del círculo familiar.

La alimentación, cobra su importancia como línea de desarrollo y se presenta desde **la lactancia a la alimentación racional**, aquí el niño se va adaptando a las fluctuaciones que se van teniendo respecto a la necesidad de alimento y a la respuesta que la madre tenga para cubrir dicha necesidad, si esta no es satisfecha, el chupeteo viene a cubrir de forma momentánea esa demanda. Por otra parte, la calidad del destete, determinado ya sea por el niño o por la madre, influirá en el posterior placer o displeacer del niño por la comida (Freud, 1993).

El uso de utensilios se presenta cuando todavía mamá y alimento son lo mismo. Posteriormente, cuando el niño es capaz de manejar los instrumentos de la alimentación, surge la posibilidad de comer por sí mismo y de ir regulando su alimento, lo cual puede desencadenar problemas con la madre ya que ella puede interpretar cualquier rechazo del alimento por parte del niño como un rechazo hacia ella (Freud, 1993).

Después, ya en el período edípico, la asociación comida-madre va desapareciendo. Poco a poco, durante la latencia se va desexualizando la comida, absteniéndose o incrementando el placer en el acto de comer. La ingesta va siendo más racional, y de esta forma se va a determinar los hábitos de alimentación para el futuro.

En este período, las dificultades previas con la madre ahora se establecerán internamente, se presentarán los diversos trastornos digestivos y el disgusto de ciertos alimentos de carácter neurótico.

Otra línea de desarrollo que plantea Anna Freud (1993) es la que va **Desde la incontinencia hacia el control de esfínteres**, en donde se observan los conflictos entre el ello, el yo, el superyó y las fuerzas ambientales para el control, la modificación y transformación de las tendencias anales y uretrales.

Inicialmente la evacuación, se presenta un poco después del nacimiento y a través de

los reflejos condicionados puede durar hasta los 2 o 3 años. La segunda fase, se inicia por un avance en la maduración, el placer se traslada de la zona oral a la zona anal, el producto de la evacuación es considerado como objeto precioso y es entregado a la madre con carácter de "regalo" como un signo de amor, pero también puede connotar agresión. Por el segundo año de vida, el niño presenta ambivalencia hacia el mundo objetal, debido a que presenta fluctuaciones entre el amor y el odio (Freud, 1993).

El control esfinteriano progresará sin trastornos si la madre esta sensible a las necesidades de alimentación del bebé, de esta forma podrá regular las exigencias higiénicas y las tendencias uretrales o anales del niño. Surgirá una lucha entre el derecho del niño de evacuar cuando él tenga la necesidad de hacerlo y la minuciosidad de limpieza y orden de la madre, lo que hará será imponer exigencia en el control esfinteriano.

Posteriormente, el niño internalizará ese control esfinteriano, convirtiéndolo en una parte integral de su yo y superyó. En este período tiene lugar la modificación y transformación de largo alcance de los derivados de los impulsos pregenitales anales que -si se mantienen dentro de los límites normales- suministran a la personalidad una estructura de cualidades sumamente valiosas de organización y orden (Freud, 1993).

Y en una siguiente fase, el niño asegura el control de esfínteres, cuando ya no depende de las relaciones objetales y alcanza el estadio de intereses totalmente neutralizados y autónomos del yo y del superyó.

Para Freud (1993) una línea del desarrollo más se presenta desde la irresponsabilidad hacia la responsabilidad del cuidado corporal. Cuando el niño logra satisfacer adecuadamente sus necesidades de alimentación y las necesidades esfinterianas, poco a poco logrará un cuidado y responsabilidad de su propio cuerpo. En caso contrario, cuando no disfruta de una adecuada atención maternal, adopta el rol de la madre en lo que se refiere a los hábitos higiénicos saludables y juega a la "madre" con su propio cuerpo, como el caso de los hipocondríacos.

Debido a la maduración, la agresión se dirige desde el propio cuerpo hacia el mundo exterior, empleando barreras contra el dolor y evitando de esta forma la autoagresión. Junto con algunas funciones del yo recién adquiridas, tales como: la orientación en el mundo

exterior, la comprensión de la causa y efecto, el control de deseos peligrosos en beneficio del principio de la realidad; las barreras contra el dolor y la catexis narcisista del cuerpo protegen al niño de los peligros externos. Cuando este proceso se retarda, el niño está expuesto a los peligros si no es protegido por un adulto.

En la última fase de esta línea del desarrollo se presenta la aceptación de las reglas de higiene y sanitarias y que puede persistir hasta la adolescencia; esto representa los últimos vestigios de la simbiosis original entre madre e hijo.

Otra línea más planteada por Anna Freud es la que se presenta desde el **egocentrismo al compañerismo**, al inicio el niño tiene una posición egoísta en donde los otros niños no existen o son perturbadores de la relación con la madre. Para que después conciba a los otros niños como algo inanimado sin esperar que tengan alguna respuesta; es decir, los otros pueden ser manipulados. Hasta este momento, el niño es considerado asocial (Freud, 1993).

Posteriormente, a los otros se les considera colaboradores de actividad de manera temporal y secundaria, aquí se requiere un sentido mínimo de socialización. Para que finalmente el niño considere a los demás niños como verdaderos compañeros, socios y personas con derechos propios, con quienes puede compartir, competir, amar, odiar, identificarse, etc., esta etapa prepara al niño para el compañerismo y entablar amistades y enemistades de todo tipo y duración.

Y finalmente, otra línea de desarrollo que plantea Anna Freud es **Desde el cuerpo hacia los juguetes y desde el juego hacia el trabajo**. Para Freud (1993), el juego se inicia a través de la relación con la boca, los dedos, la piel. El juego puede tener características autoeróticas o en relación con la madre, (sobre todo cuando se presenta la función de la alimentación).

La sensación de suavidad tanto del cuerpo de la madre como del niño, se trasfiere a otros objetos, que sirven como primeros objetos de juego. Debido a que son objetos inanimados y sin reacciones, permiten al niño expresar su ambivalencia hacia ellos.

Los juguetes suaves van desapareciendo poco a poco, y solamente se les utiliza en los momentos de paso del mundo exterior al retraimiento narcisista con la finalidad de

lograr el sueño.

Ya en esta fase, durante el día se utilizan juguetes que sirven al desarrollo del yo y a las fantasías subyacentes. Lo anterior sigue más o menos este proceso: juguetes que ofrecen posibilidades de desarrollo del yo (llenar-vaciar, cerrar-abrir, etc.), después el niño utiliza juguetes que tienen la propiedad de movimiento, para que posteriormente utilice los juguetes con los cuales se puede construir; y finalmente el uso de juguetes que sirven para expresar las conductas femeninas y masculinas (Freud, 1993).

La satisfacción directa o desplazada obtenida de la misma actividad lúdica va dejando cada vez más lugar al placer por el producto final de las actividades, el concluir una actividad, provoca en el niño placer y satisfacción que repercutirá indiscutiblemente en su autoestima (Freud, 1993).

Posteriormente, la capacidad lúdica se convierte en laboral siempre y cuando exista control, inhibición o modificación de los impulsos para utilizar determinados materiales y de forma positiva (construir, planificar, aprender y compartir). Así mismo, de que el niño tenga la capacidad de postergar hasta el final el placer que le genera el uso de los materiales, y que ese placer lo conduzca hacia la realización.

De la línea de desarrollo corporal hacia el juguete y desde el juego hacia el trabajo, basados especialmente en sus fases posteriores, se deriva una cantidad de importantes actividades para el desarrollo de la personalidad, tales como el soñar despierto, las aficiones y determinados juegos (Freud, 1993).

Las líneas de desarrollo pueden seguirse sin dificultad bien hacia atrás por medio de la reconstrucción del cuadro adulto, o hacia delante por medio de la exploración analítica longitudinal y la observación del niño (Freud, 1993).

Freud (1993) expresa que se espera que las líneas de desarrollo, arriba descritas, se presenten a la par, de tal forma que el desarrollo en cada una vaya siendo simultáneo; aunque, obviamente va a haber situaciones específicas en donde los niños presenten diferencias en las diversas líneas de desarrollo. Se ha encontrado que las diferencias en el desarrollo entre cada niño lo marca, por un lado la secuencia de la maduración en el desarrollo de la libido y la agresión, en el campo del yo, ciertas tendencias innatas hacia la

organización, defensa y estructuración; y por otro lado, la personalidad de los padres, de sus acciones e ideales, la atmósfera familiar y el impacto del medio cultural en su totalidad. El desequilibrio entre las líneas de desarrollo no siempre tiene carácter patológico. La falta moderada de armonía prepara el terreno para las innumerables diferencias que existen entre los individuos desde temprana edad; es decir, producen una cantidad de variaciones de la normalidad que debemos tener en cuenta.

#### 1.1.4. El enfoque de Winnicott

Para Winnicott (1986) el desarrollo del ser humano es un proceso continuo, tanto en lo corporal como en la personalidad y en la capacidad para las relaciones. Es imposible saltar o frustrar etapas sin que tengan efectos nocivos.

La salud es madurez, madurez adecuada a la edad. En el desarrollo emocional de un ser humano, si no hay tropiezos o distorsiones en ese proceso, hay salud. (Winnicott, 1986).

Winnicott (1986) expresa que un niño se desarrolla y pasa de una etapa a otra en el complejo desarrollo interno y en el desarrollo de la capacidad para las relaciones, en donde el cuidado que los padres le proporcionan es vital para sentar las bases para un buen comienzo de la vida.

Las estructuras psíquicas se integran desde muy temprano por un proceso de internalización, o sea de apropiación operativa, de las experiencias habidas en cada momento, desde el primero de la vida (Dupont, 1991).

La historia de un ser humano comienza en el momento de nacer, incluso antes; cada bebé es desde el comienzo una persona, y necesita de alguien que lo conozca, la madre, para su supervivencia.

La conducta materna observable en su relación con el recién nacido -y aún con el feto en formación- y el repertorio de comportamientos más o menos automatizados que todo bebé trae como herencia, entran en interacción continua y circular y se estimulan e inhiben

entre sí en forma constante, lo que dá como resultado el desarrollo paulatino de la estructura psíquica del infante. De esta manera, la conducta materna actúa como organizadora de las estructuras internas en el bebé, con apoyo en la constitución de éste. (Vives, Lartigue, y Córdova, 1992)

La atención personal de la madre, o de quien la sustituya, nunca será suficientemente exaltada, ya que su influencia emocional, su presencia, su contacto físico, más su disposición sin condiciones para satisfacer las necesidades del bebé, crean las bases de las estructuras mentales (Dupont, 1991).

Una buena madre percibe la necesidad del bebé y se prepara a satisfacerlo, ofreciéndole lo que el bebé está solicitando, confirmándole su omnipotencia, ya que el bebé en ese momento no posee la conciencia de la existencia de otro.

La adecuada atención maternal reduce la tensión que acompaña a la actividad espontánea temprana y puede ser necesaria para la vida misma (Dana, 1972).

Para Winnicott, la realidad interna, la cual surge de la fantasía del individuo, consiste en elaboraciones muy simples, de imaginaciones, sentimientos y funciones corporales muy primitivas, que no tienen acceso a la conciencia (Michaca 1987).

El mundo interno surge a partir de las experiencias cada vez más amplias, junto con el desarrollo neurológico adecuado.

El infante humano se constituye principalmente a través de su interacción con sus figuras significativas durante la primera infancia, en particular con lo que sus padres les comunican a través de sus actitudes y de cómo "miran" a su bebé. De esta forma, el recién nacido va incorporando la forma en que es catectizado libidinalmente por sus padres. De ahí la importancia de la mirada de los mismos sobre ese bebé en pleno desarrollo, de la forma en que lo sienten y piensen (Vives et al., 1992)

Michaca (1987) expone que para Winnicott la *dependencia* es equiparable a una desvalidez física real del bebé, esta es tan grande que su crecimiento depende de un ambiente facilitador o cuidado materno, el cual junto con el infante forma una unidad. El potencial heredado que es el núcleo de la persona no puede realizarse sin un ambiente adecuado.

*El amor de la madre expresado en términos de manejo físico (técnicas maternas).* El cuidado físico es la base del cuidado psicológico del bebé. La madre sabe, instintivamente las necesidades del bebé. Ella le presenta el mundo al niño en la única forma que no implica caos: satisfaciendo las necesidades a medida que se presentan. Al expresar amor en términos de manejo físico y al proporcionar satisfacciones físicas contribuye a que la psique infantil comience a vivir en el cuerpo del niño. Mediante su técnica de cuidado expresa sus sentimientos hacia el niño, y se va consolidando como una persona que el individuo en desarrollo puede reconocer. Para el niño, todas las necesidades son absolutas, teniendo en cuenta su cualidad cambiante.

La incapacidad para satisfacerlas trae una distorsión del desarrollo infantil, cuando más primitivo es el tipo de necesidad, mayor será la dependencia del individuo con respecto al medio, y más desastrosa la incapacidad para satisfacerla. Solo alguien que ama al niño puede ayudarlo a adaptarse a las diversas circunstancias que la vida le presenta. Las necesidades esenciales de los niños menores de 5 años corresponden a los individuos involucrados, y a los principios básicos. Esto resulta aplicable a los seres humanos del pasado, el presente y el futuro, en cualquier parte del mundo y en cualquier cultura.

Winnicott (1986) expone la importancia de que los padres tengan un sentido de tarea de criar a sus hijos lo mejor posible en un marco de salud mental, proporcionarles también los mejores elementos a través del amor y de ir corrigiendo las circunstancias que resulten poco funcionales para el desarrollo sano del niño.

Por otro lado, la sociedad adquiere un papel importante ya que su importancia se centra en la comprensión de que en la infancia se echan los cimientos en la salud mental y, eventualmente, de la madurez en términos del adulto que puede identificarse con la sociedad sin perder el sentimiento de autoimportancia.

Otro concepto que maneja Winnicott con respecto a la función de la sociedad radica en que la salud del país depende de las unidades familiares sanas, con progenitores que sean individuos emocionalmente maduros. Estas familias sanas constituyen, por lo tanto, el territorio sagrado que no se debe invadir si no se cuenta con una verdadera comprensión de sus valores positivos. Con todo, la unidad familiar sana necesita la ayuda de las unidades

más amplias. Los padres están permanentemente comprometidos a sus propias interrelaciones personales, y dependen de la sociedad para su propia felicidad e integración social (Winnicott, 1986).

En la misma familia se presentan relaciones que se desplazan más allá de las relaciones maternas, como aquellas hacia el padre y los hermanos. Cuando no existe posibilidad que estas relaciones se extiendan en la misma familia, la escuela viene a representar un papel de ampliación del rango de relaciones y oportunidades. Además, Winnicott (1986) menciona que este beneficio es bilateral, pues ayuda a que el niño se desarrolle también en otros ambientes, y a los padres les permite dar un respiro, cuando el cuidado lo proporcionan otras personas, le podrán dedicar tiempo a actividades personales.

Winnicott(1986) expone que para que el presente se tome en serio, la sociedad debe tener un futuro, y el futuro surge de la familia sana.

Conviene decir que en un hogar normal o sano, las necesidades son satisfechas. La sociedad debe de reconocer, en primer lugar, que la tarea del cuidado del niño surge del amor, no porque la madre sea capaz o inteligente sino que simplemente por el hecho de ser hijo de ella; y que la intromisión(de individuos que desean imponer sus expectativas para ese cuidado) perjudica el trabajo de los padres (Winnicott, 1986). Explica también, que una madre no necesita tener una comprensión intelectual de su tarea, porque su orientación biológica hacia su propio bebé es suficiente para que pueda brindarle un cuidado instintivo. Lo que le otorga suficiente eficacia como para manejar las cosas en las primeras etapas del cuidado infantil es su devoción por el bebé y no su conocimiento consciente.

El papel del padre es de vital importancia, al principio a través de su apoyo material y emocional a la madre, y luego, gradualmente, a través de su relación directa con el hijo (Winnicott, 1986).

Los niños entre los 2 y 5 años experimentan la necesidad de ampliar sus relaciones con otras personas. A esta edad, el niño y la niña todavía están aprendiendo a percibir la realidad externa y a comprender que la madre tiene su propia vida y que es imposible poseerla realmente, pues pertenece a otra persona (Winnicott, 1986).

La consecuencia de estos procesos es la de que las ideas de amor se ven seguidas por

ideas de odio, por los celos y el conflicto emocional doloroso, y por el sufrimiento personal, y cuando el conflicto es demasiado severo, hay una pérdida de la capacidad plena, inhibiciones, represión. La expresión de los sentimientos es en parte directa pero, a medida que avanza el desarrollo de un niño, se torna cada vez más posible obtener alivio mediante la autoexpresión a través del juego y del lenguaje (Winnicott, 1986).

El niño en la etapa del jardín de infantes tiene una capacidad plenamente establecida para mantener amor y odio hacia la misma persona. La forma más primitiva de resolver el conflicto consiste en separar lo bueno de lo malo. La madre del niño, que inevitablemente estimuló en el amor y rabia, ha seguido existiendo y siendo ella misma, y así ha permitido que el niño comience a unir lo que parece bueno y lo que parece malo en ella. De modo que ha empezado a tener sentimientos de culpa y a preocuparse por la agresión dirigida ahora contra la madre por amor a ella y por sus insuficiencias (Winnicott, 1986).

Existe un factor sutil en el desarrollo de la culpa y la preocupación. La secuencia es amor, odio, un período de digestión, culpa, reparación a través de la expresión directa o del juego constructivo. Si el niño carece de una oportunidad para la reparación, reacciona con una pérdida de la capacidad para el sentimiento de culpa y, finalmente, de la capacidad de amar (Winnicott, 1986).

Cuando al niño no le cuesta trabajo desprenderse de la madre en el momento de su ingreso al jardín de niños, Winnicott(1986) expone que esto tiene su significado en el destete; es decir, implica que la madre le ha dado algo bueno, que ha esperado hasta percibir los signos indicadores de que el niño estaba en condiciones para ser destetado, y que ha llevado a cabo la tarea, a pesar de que esta provocó respuestas de rabia. Cuando un niño se adapta fácilmente a las condiciones escolares, se puede tomar esto como una consecuencia del éxito de la madre en su tarea del destete.

La madre presenta al niño la realidad, pero sin una cuidadosa presentación de la realidad externa, el niño carece de medios para establecer una relación satisfactoria con el mundo (Winnicott, 1986).

El juego en el jardín de niños le permite al infante una forma intermedia entre el sueño y lo real, el jardín de niños puede enriquecer y ayudar al niño encontrar una relación

operativa entra las ideas, que son libres, y la conducta que necesariamente debe de depender del grupo (Winnicott, 1986).

El cuidado físico del niño desde el nacimiento (o antes) en adelante constituye un proceso psicológico desde el punto de vista del niño. La técnica materna en cuanto a sostenerlo, bañarlo, alimentarlo, todo lo que hizo con el bebé, se fue sumando a la primera idea de que el niño tuvo de la madre, y a todo esto se fue agregando gradualmente su aspecto, sus otros atributos físicos y sus sentimientos (Winnicott, 1986).

La capacidad del niño para sentir que el cuerpo es el lugar donde vive la psique no podría desarrollarse sin una técnica congruente de manejo, y cuando el jardín de infantes continúa proporcionando un ambiente físico y el cuidado corporal de los niños, cumple una tarea esencial de salud mental. (Winnicott, 1986).

## **2. REGRESIÓN**

Regresión significa que el individuo da marcha atrás a etapas superadas de su desarrollo (Freud, 1993); es el retorno del *yo*, a una circunstancia previa (Guarner, 1984); y esta se presenta cuando la acción es imposible o resulta inadecuada (Freud, 1993), volver o regresar hacia un estado o modalidad de funcionamiento anteriores, las etapas infantiles del desarrollo no han sido totalmente superadas, de modo tal que las pautas previas de conducta permanecen disponibles como modalidades de alternativa en el funcionamiento (Rycroft, 1976), y reaparecen ante momentos de frustración (Virel, 1977; Valentine, 1972; Winnicott, 1986). Puede ser un deseo de reintegrarse a una situación primitiva para experimentar un ambiente libre de amenazas o tentaciones (Guarner, 1984).

Para Freud (1900) existen 3 aspectos fundamentales de la regresión, que son: el *topográfico*, el *temporal* y el *formal*. El aspecto topográfico puede ocurrir en cualquiera de las 3 instancias de la personalidad *ello*, *yo* y *superyó* e ir de lo consciente a lo inconsciente. También se presenta como un salto a viejas estructuras psíquicas (temporal); y finalmente, podemos decir que durante la regresión las experiencias psíquicas aparentemente se desintegran en sus componentes pasados y entonces surgen en el aparato mental en formas más simples de experiencia (formal).

Dührssen (1993) expresa que cuando el individuo neurótico es incapaz de hallar soluciones maduras, se producen formas de conducta que pertenecen a un estadio inmaduro en el curso de la vida humana, llamadas regresiones, fenómeno que se entiende como el retroceso de estadios más infantiles del desarrollo ante la imposibilidad actual de adoptar un comportamiento maduro.

Para Winnicott (1986), a veces una criatura que se muestra muy madura, puede presentar conductas de menor edad cuando se encuentra ante una situación que le cause ansiedad y tensión. Así también, un niño de cualquier edad que necesita sentirse afectuosamente sostenida requiere una forma física de amor que la madre le proporcionaba cuando lo llevaba en el seno.

Así también el mismo Winnicott (1993) habla sobre la regresión al señalar el uso de los objetos transicionales, que se usan como defensa contra la ansiedad y que la necesidad de un objeto o de una pauta de conducta específicos que comenzó a edad muy temprana,

qué circunstancias se presenta la regresión: por ejemplo: 1) solamente en la vida de la fantasía y en el juego (lo cual puede considerarse todavía normal durante el período de latencia. 2) como reacción frente a la frustración en las situaciones de «stress» y en los casos de disminución de la resistencia (enfermedad, fatiga): en forma reactiva; o 3) en la conducta cotidiana («conducta regresiva»). La conducta regresiva puede exteriorizarse, durante el período de latencia de tres maneras: a) simplemente en la esfera emocional; b) como una inhibición general del desarrollo, en la cual figuran en el primer plano las dificultades del aprendizaje («seudo-debilidad mental de origen neurótico»), o c) en una forma en la que, junto con los trastornos del aprendizaje, se observa un comportamiento impulsivo.

Balint (1989) expresa que la regresión presenta clínicamente cuatro formas:

- a) como un mecanismo de defensa
- b) como un factor patógeno
- c) como una forma de resistencia
- d) como una aliada en la terapéutica analítica.

Si se ve a la regresión como un mecanismo de defensa es que el paciente vuelve a situaciones pasadas que le generaban seguridad y bienestar a fin de evitar el dolor que le pudiera causar la situación actual; si se visualiza a la regresión como un factor patógeno no se manifiesta como un hecho del pasado, sino más bien como un hecho dinámico del presente. Para el paciente que se resiste a revisar los aspectos actuales de su psicodinamia le queda como recurso utilizar la regresión y manifestar una forma de ocultarse en el "pasado". Y finalmente el terapeuta tiene la posibilidad de que la regresión sea su aliada, ya que volver "al pasado" le da la oportunidad de revisar, elaborar y reconstruir esos aspectos que quedaron confusos durante el desarrollo del paciente.

"Es inútil revivir un trauma si es que esto no se complementa con la *reelaboración*, si el trauma no es reintegrado en el curso de una historia o si las situaciones traumáticas iniciales de la vida del sujeto no son diferenciadas del mito histórico de sus orígenes" (Barganer y cols., 1983 citado en Thomä y Kächele, 1989).

Bajo el marco psicoanalítico todos los pacientes sin excepción alguna presentan un

proceso regresivo hasta determinado punto; es decir, se hacen infantiles y experimentan emociones intensas que son primitivas en relación con el analista, esto se da a través de la transferencia. El paciente siente al analista como una persona poderosa, importante, pero solo en la medida que el analista es capaz de gratificar o frustrar sus expectativas, deseos y necesidades. El paciente presenta una serie de fantasías respecto a su analista, pero en general esas fantasías tienen que ver más con el mundo interior del paciente que con la vida real y la personalidad real del analista.

Según Balint (1989) los factores benéficos de la regresión terapéutica se pueden detectar a través de la siguiente sintomatología clínica:

1. Inicialmente hay un incremento de la tensión con manifestaciones confusas y fuertes; y posteriormente viene un cambio repentino que genera una sensación de tranquilidad o bienestar.

2. La intensidad de la gratificación de las actividades recién comenzadas nunca alcanza los niveles de placer terminal.

3. Todos los nuevos comienzos se producen en la transferencia, lleva una relación modificada del paciente con sus objetos de amor y de odio, y por lo tanto a una disminución de la ansiedad.

4. Los comienzos también determinan cambios de carácter.

5. El nuevo comienzo significa: remontarse a algo "primitivo" a un punto anterior a aquel que comenzó el desarrollo "defectuoso", movimiento regresivo: pero al mismo tiempo poder hacer un descubrimiento de un nuevo camino, la **progresión**. El buen resultado de una regresión terapéutica se manifiesta por haber forzado a la conciencia o al yo a dejar de lado parte de la represión y a aceptar su pulsión instintual como egosintónica o placentera; y haber fortalecido al yo a través de su dominio sobre el ello, y por último ayudar al paciente a entrar en la progresión o a un nuevo comienzo.

Las manifestaciones de la regresión terapéutica se pueden dar a varios niveles. A través del análisis el paciente aprende a expresar más explícito y con mucha intensidad lo que piensa y siente al expresar sus emociones. Puede aquí variar la intensidad y volumen de su voz y entonces utilizar gestos y movimientos, hasta que esté invadido por su emoción y

así llegar a la exoactuación en la transferencia o en la situación analítica. La exoactuación, comportamiento o repetición dentro del contexto analítico siempre tiene un aspecto regresivo. Desde el punto de vista clínico, esta circunstancia significa que de vez en cuando se observan fenómenos de regresión durante todo el tratamiento analítico. Este fenómeno se presenta y está influenciado por factores propios del paciente (por su personalidad, por su naturaleza y por la gravedad de su patología) y por otro lado, por la técnica individual del analista, entonces se puede decir que ambos contribuyen pero no se puede determinar hasta que punto sea su participación de cada uno.

Una regresión es terapéutica si es reparadora, la regresión sería inútil o incluso peligrosa si no extrajera de sí la gratificación y compensación de los defectos y fallas del desarrollo o la liberación de los imanes traumáticos que penden sobre el sujeto en forma de inautenticidad defensiva, inhibiciones o formaciones somáticas (Gallo, 1998).

El valor reparador de la regresión presenta subsidiariamente otros beneficios: la adaptación y el descubrimiento de nuevas potencialidades que estaban inhibidas o colapsadas por influencia de las defensas, La regresión es un medio o dinamismo de progreso por cuanto se da en un clima que permite culminar gratificadamente las necesidades de dependencia infantil. Esta nueva oportunidad, esta provisión de cuidado seguro y confiable es lo que actúa truncando la cadena compulsiva del sufrimiento, lo que permite la desconexión con los núcleos enloquecedores internos y una apertura más íntegra y real a la vida (Gallo, 1998).

La etapa a la cual se regresa está determinada por la existencia de puntos de fijación (Rycroft, 1976). La fijación es una persistencia de determinado modo de satisfacción en cierta parte del desarrollo libidinal (Virel, 1977) en la conducta, deseo, emoción o satisfacción más allá de los límites tolerados en el rango de edad (Reisman, 1973). El propio concepto de fijación implica que no ha existido un progreso satisfactorio, y que el sujeto, por vía de la regresión, trata de encontrar esquemas de conducta infantil (Virel, 1977). Uno tiende a volver a escalas que fueron puntos de fijación en tiempos anteriores (Gresson, 1994).

En el área de la psicopatología, un padecimiento suele definirse, en su relación con

el desarrollo como efecto de la regresión desde un estadio evolucionado hasta otro primitivo. Pero también se describen cuadros psicopatológicos que son efecto de la falta de evolución del desarrollo, lo que viene significando no un regreso a un estadio primitivo, sino una falta de evolución (Dupont, 1991).

Por otro lado, una importante fijación en un estadio temprano del desarrollo que podría suponerse que impediría la progresión del mismo y gestaría la enfermedad mental, puede ser superada en razón de la excelencia de la constitución psíquica del niño y de la bondad de las atenciones prodigadas ulteriormente (Dupont, 1991).

La psicopatología infantil que significa detención del desarrollo o regresión, está propiciada por series de factores internos y externos al niño, que terminan incrementando sus niveles de ansiedad más allá de su tolerancia. La enfermedad es no sólo un recurso adaptativo, un medio de descargar ansiedad y de pedir ayuda, sino también una forma de poder seguir viviendo (Dupont, 1984).

Se habla de fijación cuando el monto de retención de las pulsiones libidinales y agresivas bloqueadas en uno de los estadios evolutivos es suficiente para producir una perturbación en el desarrollo, de modo que la vida pulsional queda fuertemente vinculada a la imagen predominante en aquel período, a las pautas de relación con ella, a las zonas erógenas propias de tal momento y a las formas de descarga y satisfacción de los impulsos predominantes (Coderch, 1990).

El individuo, en el curso de su desarrollo instintivo, adquiere los llamados puntos de fijación a los que permanece ligada una parte de sus energías instintivas, mientras que otras cantidades de las mismas siguen progresando y alcanzan estadios posteriores de desarrollo. Cuando en estos estadios posteriores el individuo experimenta las frustraciones debidas a los peligros externos o internos, a privaciones y angustias, se abandona la nueva posición libidinal o agresiva y el individuo revierte a deseos anteriores, más primitivos, esto es, regresa a los puntos de fijación. Pero dado que las formas regresivas de gratificación no son compatibles con las actitudes de su yo y de su superyó, comparativamente más maduras, surgen conflictos que deben de ser resueltos mediante formaciones conciliatorias, que Freud (1993) llama síntomas neuróticos.

Los puntos de fijación pueden ser determinados por cualquier tipo de experiencia traumática, sea de frustración o por gratificaciones excesivas en cualquiera de estos niveles pudiendo existir con distintos grados de conciencia o de represión e inconsciencia.

En la regresión se produce una marcha atrás en dirección a una fase anterior del desarrollo, hasta alcanzar uno o más puntos de fijación. (Coderch, 1990)

Tanto las regresiones como las fijaciones son consideradas interdependientes, debido a que los puntos de fijación ejercen una atracción regresiva sobre la actividad de los impulsos. Mientras que normalmente, en el lado físico, el desarrollo progresivo es la única fuerza innata que opera, del lado mental invariablemente tenemos que contar con un segundo conjunto de influencias complementarias que trabajan en dirección opuesta; es decir, las fijaciones y regresiones. Sólo el reconocimiento de ambos movimientos, progresivo y regresivo, y de sus interacciones, provee explicaciones satisfactorias de los hechos relacionados en las líneas del desarrollo (Freud, 1993).

El desarrollo de la libido no es nunca perfecto y raras veces procede armoniosamente de una fase a la siguiente. Con frecuencia se producen fijaciones; muchas veces se producen regresiones. Mientras que el cuerpo central de la libido progresa de un estadio a otro, pueden quedar fijadas algunas unidades del mismo. Si, dadas unas circunstancias desfavorables, las fijaciones son sustanciales, el cuerpo central de la libido se debilita y se torna menos capaz de superar los obstáculos externos del desarrollo (Wolman, 1968).

Si la libido tropieza con dificultades que se oponen a su satisfacción y no puede ser desviada hacia el camino de la sublimación retrocederá hacia aquel punto débil que vendrá a constituir un punto de fijación. Es un retroceso de la libido (Ramírez, 1994)

Erikson (1978) explica a través del diagrama epigenético que el desarrollo psicosocial procede según pasos críticos, siendo lo crítico una característica de los cambios decisivos, de los momentos de elección entre el progreso y la regresión, la integración y el retardo.

Los factores psicológicos correspondientes a cualquier fase dada nunca se abandonan por completo y en el que, en estados de tensión, la personalidad retrocede hacia

anteriores puntos de fijación (Scheidlinger citado en Kissen, 1994).

Kernberg, (1993) señala la diferencia de regresión entre los pacientes neuróticos y fronterizos. Menciona que en los primeros, el desarrollo de relaciones objetales internalizadas en la transferencia tiene lugar gradualmente, a medida que se desarrolla la regresión y que la autonomía secundaria de la estructura caracterológica se diluye en pautas transferenciales actualizadas. En los segundos pacientes, por el contrario, las estructuras superyoicas despersonalizadas del más alto nivel y las estructuras yoicas autónomas están ausentes, en tanto que las relaciones objetales tempranas y conflictivas son prematuramente movilizadas en la transferencia en relación con estados yoicos recíprocamente escindidos. De tal forma que se podría decir que los pacientes fronterizos representarían relaciones objetales internalizadas "no metabolizadas".

Bion citado por Scheidlinger en Kissen (1994) postuló que en un grupo terapéutico surgen grados de regresión aún más profundos que los activados en el análisis individual.

Dupont y Jinich (1993), consideran que la regresión y la proyección de los objetos internos que los niños hacen sobre los terapeutas y sobre los otros niños del grupo, además de las actuaciones diádicas, canibalísticas, perversas, etc. se unen para exteriorizar un conflicto primario. La regresión facilita la actuación de los contenidos inconscientes reprimidos y la expresión impulsiva. El continente grupal es capaz, por sí mismo de tolerar, limitar y ayudar a elaborar la regresión de un miembro nuevo, cuando se presenta.

Una vez que el infante puede aprender a confiar en una figura materna lo suficiente para permitirse expresar ese deseo y regresar a una relación infantil, se ha dado un gran paso ya que se está permitiendo sentar bases diferentes en el reinicio de su desarrollo (Bowlby, 1953)

En un contexto terapéutico las regresiones son necesarias para el establecimiento de cambios estructurales en la personalidad del paciente y su progresiva reiniciación de las experiencias personales auto-alineadas, el volverse más plenamente vivo con un ser subjetivamente histórico (Bryce, 1988 cita a Ogdenm 1985).

De alguna forma, la regresión en el contexto terapéutico permite realizar una revisión y en su caso una corrección de los aspectos que quedaron "pendientes" a lo largo

del desarrollo del individuo (Freud, 1993).

### **3. PSICOTERAPIA**

### 3.1. DEFINICION DE PSICOTERAPIA

Laplanche y Pontalis (1993) definen psicoterapia en 3 niveles:

- a) *En un sentido amplio, todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales que utilice medios psicológicos y, de manera más precisa, la relación del terapeuta con el enfermo; hipnosis, sugestión, reeducación psicológica, persuasión, etc., en este sentido el psicoanálisis es una forma de psicoterapia.*
- b) *En un sentido más estricto, a menudo se opone el psicoanálisis a las diversas formas de psicoterapia, por diversas razones, especialmente: la función primordial que en él desempeña la interpretación del conflicto inconsciente y el análisis de la transferencia, que tiende a su resolución.*
- c) *Con el nombre de "psicoterapia analítica" se designa una forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa.*

Para Slavson (1990) la verdadera psicoterapia (en cuanto se diferencia de la orientación o el asesoramiento), especialmente en la neurosis de transferencia, solo puede ser eficaz si pasa por el proceso de regresión emocional y la revivencia de los sentimientos y los recuerdos traumáticos del pasado.

La meta en la psicoterapia es facilitar al paciente un tipo específico de experiencia en el examen y expresión del contenido de la mente del paciente (Paul, 1973).

### 3.2. CONCEPTO DE GRUPO

Es un número de persona unidas con algún propósito que poseen intereses, aspiraciones, funciones o temores comunes que les permite ser diferenciados como una entidad social, tanto por sí mismo como por los demás (Rycroft, 1976).

Una pluralidad de individuos que están en contacto unos con otros, que tienen en cuenta su mutua existencia y la conciencia de que su meta tiene también mutua importancia (Olmsted, 1972 citado por González, 1992).

González (1992) dice que es una reunión relativamente permanente de varias personas que interactúan e interfluyen entre sí con el propósito de alcanzar metas comunes y en donde cada integrante se reconoce como miembro del grupo y que determinadas normas rigen su conducta que son creadas por el grupo y que todos aceptan.

Un grupo consiste en 2 o más personas con objetivos comunes. Estos motivos pueden ser religiosos, filosóficos, económicos, recreativos o intelectuales, o bien pueden ser todos estos aspectos (Reeves, 1978).

Un grupo es un conjunto de individuos que se relacionan unos con otros y que hace que ellos sean interdependientes en grado significativo (Cartwright, y Zander, 1968). Estos mismos autores consideran que los miembros de un grupo comparten las siguientes características: a) están en frecuente interacción; b) se definen ellos mismos como miembros; c) son definidos por otras personas como pertenecientes al grupo; d) comparten normas relacionadas con intereses comunes, e) participan en un sistema de roles interrelacionados, f) se identifican con los otros como resultado de tener el mismo modelo o ideales en su superyó; g) esperan obtener gratificación en el grupo; h) promueven objetivos interdependientes; i) tienen una percepción colectiva de su unidad; y, j) tienden a actuar de una manera unitaria hacia el medio que les rodea.

Anzieu y Martin, (1980) lo definen como un conjunto de personas reunidas que pueden adoptar diferentes nombres (mechedumbre, conglomerado, agregado, constelación, etc.).

Por otro lado, un grupo terapéutico es un medio *ad hoc* que se crea artificialmente sobre la base de encuentros pautados y en el que varias personas interactúan, se comunican y comparten normas. Los encuentros se realizan de una vez a varias veces por semana durante un período no definido con anticipación, aunque limitado e interminable. El objetivo de las reuniones es la terapia (Puget, Bernard, Games, y Romano, 1991).

En los grupos se pretende que los pacientes vivan sus conflictos gracias a la acción y

la interacción acompañada de la palabra. (Coromines, Farré, Martínez y Camps, 1996).

El grupo terapéutico está constituido por una serie de personas que se reúnen de común acuerdo (Grinberg, Langer y Rodrigué, 1974), actúan al unísono (Battegay, 1974), y comparten normas tendientes a la consecución de un determinado fin: la curación. A partir de esto, cada integrante desempeña una función, consciente o inconsciente, que se halla en estrecha interdependencia con las demás (Grinberg et al., 1974).

Speier, (1984) menciona que el tipo de grupo, la forma de un individuo de interactuar en el grupo y la pertenencia en él nos permite observar aspectos relevantes del desarrollo del individuo.

Para Grinberg et al. (1974) un grupo terapéutico “está constituido por una serie de personas que se reúnen de común acuerdo, y comparten normas tendientes a la consecución de un determinado fin: la curación”. Además, cada integrante desempeña una función consciente o inconsciente, que se halla en estrecha interdependencia con los demás.

La psicoterapia grupal analítica sostiene que los progresos sólo pueden ser aceptados como relativamente permanentes cuando los problemas se elaboran en transferencia y a través del análisis de las resistencias. Por elaboración entendemos aquí que las ansiedades ligadas a las diferentes situaciones traumáticas del pasado del paciente se han puesto de manifiesto y que sus sentimientos y reacciones actuales se han hecho accesibles al examen y por ende al control del yo (Slavson, 1990).

Concluiremos esta sección mencionando lo que plantea Portuondo, (1985) respecto al trabajo en grupos terapéuticos: “Lo fundamental es resolver el problema emocional de la sociedad y para ello se necesitan cada vez más terapeutas de grupo”.

### **3.3. HISTORIA DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL**

Ya en las sesiones grupales de hipnosis dirigidas por Mesmer y el movimiento de tratamiento moral, se pudo observar que se presentaban saludables interacciones de grupo y

experiencias sociales reestructurativas entre los pacientes, durante la Edad Media, en los asilos para ayudar a enfermos mentales (Scheidlinger en Kaplan y Sadock, 1996).

La psicoterapia del grupo fue iniciada por Pratt en 1905 al introducir el sistema de "clases colectivas" en una sala de pacientes tuberculosos. La finalidad de la terapia consistía en acelerar la recuperación física de los enfermos, mediante una serie de medidas sugestivas destinadas a que los enfermos cumplieron de la mejor forma posible su régimen dentro de un clima de cooperación. Las clases o sesiones a las que concurrían más de 50 pacientes, constaban de una breve conferencia del terapeuta, que disertaba sobre la higiene o problemas del tratamiento de esa enfermedad (Grinberg et al., 1974).

De esta manera, Pratt (citado en Grinberg et al., 1974) utilizó de forma sistemática y deliberada las emociones colectivas en la persecución de una finalidad terapéutica. Su técnica se apoyó en 2 aspectos: por un lado, activa en forma controlada la aparición de sentimientos de rivalidad, emulación y solidaridad en grupo; por el otro, el terapeuta asume el papel de una figura paternal idealizada. Así las terapias que siguen la línea de Pratt se les llama exhortativas paternas (Grinberg et al., 1974).

A partir de la terapia anterior surgen las llamadas terapias que actúan por el grupo con estructura fraternal y a diferencia de la anterior el grupo no idealiza a un terapeuta, sino que estimula una fraternidad que busca homogeneizar a sus miembros y disminuir el liderazgo. (Grinberg et al., 1974).

Marsh formó grupos antes que estos últimos con el propósito de crear un ambiente feliz y propicio, lo que importaba era la charla y conferencia, y también disminuir la autoridad de su propio papel profesional como líder. Cuando el paciente se dá de alta, se le invita a que participe en una asociación de *ex-enfermos* que trabaja activamente en la vida social de la institución, ayudando a elevar la moral de los otros pacientes y de la misma institución (Grinberg et al., 1974).

Otro teórico que pertenece a la terapia por el grupo es Moreno, quien con el psicodrama, como un instrumento psicoterapéutico, se permite la dramatización de los conflictos psicológicos del paciente, en donde la dramatización permite un libre intercambio de papeles y en donde se hace mínimo el papel del líder formal (Grinberg et al., 1974).

Moreno funda la *American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama* creada en la segunda guerra mundial (Scheidlinger en Kaplan y Sadock, 1996).

Una línea más dentro de la psicoterapia grupal son las que establece Slavson, (citado por Scheidlinger en Kaplan y Sadock, 1996) quien crea la *American Group Psychotherapy Association*, también en la segunda guerra mundial. En esta línea, se introduce la interpretación desde un contexto colectivo y desde un punto de vista psicoanalítico. En este caso la interpretación surge como un elemento para comprender y modificar los dinámismos del grupo y de esta forma transformar su estructura.

Freud (1921) en *Psicología de las masas y análisis del yo* estudia a los grandes grupos y explica los procesos que se expresan en estos, como son la identificación entre los integrantes, el papel de líder como símbolo o figura paternal y a quien se dirige la energía libidinal para integrar al grupo. Así mismo señala que en el grupo se remueven las relaciones primarias significativas.

En 1925, Burrow miembro fundador de la APA (*American Psychological Association*) empezó a trabajar en grupos informales con pacientes, familiares y otros colegas aplicando lo que él denominó análisis de grupo, él pretendía estudiar la conducta social en esas sesiones colectivas (Scheidlinger, en Kaplan y Sadock, 1996).

Wender en 1921 combinó conceptos freudianos sobre la psicología de grupo con interpretaciones de la transferencia familiar a la transacción dentro del grupo (Scheidlinger, en Kaplan y Sadock, 1996).

Redl (1942) introdujo los grupos de diagnóstico de niños abriendo campo en el trabajo grupal para el tratamiento de niños y adolescentes con trastornos graves en el hospital. (Scheidlinger, en Kaplan y Sadock, 1996).

Wolf en la década de los 30's utilizó la teoría freudiana para terapia de grupos con adultos. Utilizaba un derivado de la asociación libre, análisis de la transferencia, la resistencia y los sueños. Proponía que las sesiones terapéuticas se podían dar alternadamente con presencia y ausencia del terapeuta (Scheidlinger, en Kaplan y Sadock, 1996).

En los años 50's surgen nuevas terapias, el Análisis transaccional de Berne, la

Terapia Gestal de Perls, la Terapia Racional-Emotiva y la Existencial. Por lo que la terapia se empezó a aplicar en variados espacios y en una diversidad de tipos de grupo (Scheidlinger, en Kaplan y Sadock, 1996).

Con la *Community Mental Health Center* se expanden a lo largo de Estados Unidos centros de salud mental para cubrir las demandas de los ciudadanos. Se cree que aquí se empieza a cuestionar que los tradicionales objetivos del tratamiento de hacer conscientes los conflictos inconscientes del paciente y de reorganizar el carácter, se sustituyeron por expectativas limitadas, orientadas hacia el funcionamiento yoico, las capacidades sociales y la supresión de síntomas. (Scheidlinger, en Kaplan y Sadock, 1996).

Es necesaria la utilización del tratamiento psicoterapéutico grupal debido a la creciente necesidad de técnicas grupales para niños, adolescentes, adultos, pacientes orgánicos y consumidores de drogas. Probablemente irán ganando popularidad las modalidades de terapia de grupo con objetivos a corto plazo orientadas a las crisis y fundamentalmente de apoyo, frente al modelo de terapia reconstructiva de larga duración (Scheidlinger en Kaplan y Sadock, 1996).

Bion es otro teórico que hace sus aportaciones al estudio de la psicoterapia grupal. El expone que puede tener 2 significados: primero puede ser un tratamiento de un número de individuos reunidos para realizar sesiones terapéuticas especiales; o segundo, puede ser un esfuerzo planeado para descubrir las fuerzas que en un grupo llevan a una fácil actividad cooperativa.

Para Bion (1991) todo grupo se reúne para hacer algo, y cada integrante coopera en dicha actividad de acuerdo a sus capacidades individuales, para él un grupo de trabajo se refiere a la actividad mental de una naturaleza particular.

Cuando los pacientes se reúnen en una terapia de grupo, siempre se dedica parte de la actividad mental a plantear problemas cuya solución los individuos buscan ayuda.

La actividad del grupo se ve obstruida, diversificada y en ocasiones asistida por otras actividades mentales que tienen en común el atributo de poderosas tendencias emocionales. Estas actividades, que inicialmente parecieran caóticas, adquieren cierto grado de cohesión y se puede decir, que surgen de supuestos básicos comunes a la totalidad del grupo y

representa que cada miembro comparte esa idea.

Bion (1991) explica su teoría a través de 3 supuestos básicos:

- 1) **Supuesto de dependencia:** el grupo se reúne a fin de lograr el sostén de un líder de quien depende para abastecerse material y emocionalmente y además para obtener de él protección.
- 2) **Supuesto de emparejamiento** en donde se manifiesta un sentimiento de esperanza en sí mismo y de ideas optimistas que se expresan verbalmente; los sentimientos que se expresan en el grupo son lo opuesto a los sentimientos de odio, destrucción y desesperación.
- 3) **Supuesto de ataque-fuga,** el grupo se ha reunido para luchar o huir de algo en donde al líder se le puede enfrentar de forma agresiva o se puede retirar de él; o si, por el otro lado no se cumple con las expectativas del grupo se le puede ignorar. El terapeuta encuentra que sus intentos para aclarar lo que está sucediendo se ven obstaculizados por la facilidad con que aquellos propuestos que expresan odio a toda dificultad psicológica obtienen apoyo emocional.

El pertenecer a un grupo en específico no depende de que el individuo posea una capacidad para cooperar, sino depende del grado en que los individuos posean lo que Bion (1991) llama *valencia*, que es la capacidad que poseen los individuos para combinarse entre sí instantánea e involuntariamente y compartir y actuar de acuerdo con el supuesto básico.

El grupo va actuar en un momento determinado y conjuntamente a un solo supuesto básico; y este supuesto puede variar o puede permanecer por varias sesiones.

Los supuestos básicos aparecen como fuente de impulsos emocionales, dirigidos a objetivos muy diferentes, tanto con respecto a la tarea manifiesta del grupo, como a las tareas basadas en el grupo familiar.

Las tensiones que pertenecen a las pautas familiares, y las ansiedades primitivas de las relaciones parciales objetales son las causas últimas de todo el comportamiento del grupo.

Grinberg et al. (1974) enfatizan la importancia de que el ser humano actúa en grupo, y que al trabajo terapéutico grupal se le puede comprender de forma integral si se le explica

desde un encuadre histórico los diversos puntos de vista (político, social y científico).

Para estos autores la tendencia cada vez más marcada hacia la organización colectiva y la especialización, agregando los ajustes que tiene que hacer hoy el hombre para adaptarse a un medio excesivamente inestable y complejo, expresan la importancia del desarrollo de la psicoterapia grupal.

Grimberg et al. (1974) explican la diferencia entre un grupo social y uno terapéutico, en este último hay una figura del terapeuta e interpretaciones, que va a permitir al grupo ver con mayor claridad el contenido latente de la situación tras lo manifiesto, esto promoverá que, haya una mayor comprensión de sí mismos y de su culpa, en el aspecto vivencial; es decir, debe de haber insight.

La terapia de grupo depende de la adquisición del conocimiento y de la experiencia de los factores que condicionan un buen espíritu de grupo (Bion, 1991)

La interpretación se puede basar en 1) lo expresado en el grupo como producto de la interacción de las fantasías y vivencias individuales y de considerar que cada uno intenta colocar a los demás en roles que corresponden a sus fantasías inconscientes, o 2) considerar al grupo como una totalidad, un solo yo dividido en "yos" parciales, ya que cada integrante actúa en función de los demás (Bion, 1991).

El grupo terapéutico pretende que el grupo como un todo, encuentre su cura a través de su integración; y de manera individual que cada miembro se modifique, después de proyectar lo dañado, introyecten algo nuevo menos destruido (Bion, 1991).

Kernberg (1980) encuentra puntos de convergencia entre las aportaciones sobre el estudio de los grupos entre Freud y Bion y expresa que el estudio de las masas y de los grupos pequeños siguen procesos similares de desarrollo, irracionalidad, identificación e idealización al líder, aunque cada grupo presenta sus peculiaridades.

El grupo terapéutico ofrece oportunidades para subsanar comunicaciones interpersonales defectuosas para la experiencia social constructiva, para la comprensión de lo que pudieran ser las relaciones padre-hijo o hermanos, más sanas, para llenar las necesidades tempranas no satisfechas y las privaciones emocionales dentro de la comprensión temporal que implica la sesión de grupo. La terapia de grupo proporciona

ayuda para la satisfacción de la necesidad universal de pertenecer; reúne a gente de diferente raíz con problemas diferentes y semejantes. Los introduce a las relaciones íntimas cara a cara que fomentan la prueba de realidad, la capacidad para enfatizar, las soluciones realistas de conflictos y una autoimagen mejor (Abell, 1970).

En un ambiente de contención, la persona puede encontrar la aceptación, la profunda y variada experiencia emocional, el apoyo y la ayuda mutua que necesita para dar curso al cambio personal (Abell, 1970).

Grinberg et al. (1974) prefieren que al iniciar un grupo no halla un contacto previo con cada uno de los integrantes pues las tensiones que se provocan frente a una situación nueva, es un material valioso de interpretación; y por otro lado, permiten que surjan temporalmente los conflictos y diferencias individuales que se crean en los grupos. El avance o retroceso en el trabajo terapéutico, repercute en cada miembro del grupo debido a que este forma una totalidad y los problemas expuestos por cualquier integrante contienen, en forma latente o manifiesta, al resto de los participantes. La forma en como impacta, depende de las características de cada individuo y su capacidad de dar y recibir.

El grupo forma un continente de tolerancia y cohesión debido a los procesos de identificación que se desatan. Como parte del proceso grupal, puede existir amenaza de desintegración del grupo, esto es debido a la ansiedad que despierta la propia agresión, y por otro lado, la admisión de la culpa es lo que lleva a la reparación, que se lleva a cabo mediante la comunicación, que tiene principalmente un carácter verbal (Grinberg et al., 1974).

Grinberg et al. (1974) consideran que un grupo actúa terapéuticamente en la medida que suprime los síntomas y facilita la adaptación e integración de los individuos en el grupo, y en consecuencia a la sociedad.

Este enfoque que es llamado "Escuela de Buenos Aires de Psicoterapia de Grupo" enfatiza en los siguientes puntos:

- 1) Interpreta al grupo como un todo al señalar el clima emocional con sus oscilaciones y las fantasías subyacentes.
- 2) Interpreta en función de roles, por considerar que éstos están en función de una situación

o de un sentimiento en común del grupo.

- 3) Interpreta la actitud y las fantasías del grupo hacia una persona (un participante o no) o hacia el terapeuta.
- 4) Interpreta en términos de subgrupos como partes complementarias de un todo, como índice de desintegración de ese todo y como dramatización de las fantasías inconscientes.
- 5) Interpreta en función del “aquí y ahora”. El grupo está formado por la interacción y sobreposición de las creencias y actitudes de cada uno de los integrantes hacia el grupo como una totalidad, hacia los miembros y hacia el terapeuta.
- 6) El rol del terapeuta se asume consciente y plenamente a través de la función de la interpretación.

#### **3.4. ANTECEDENTES Y TIPOS DE PSICOTERAPIA DE GRUPO CON NIÑOS**

El trabajo terapéutico grupal con niños se desarrolla a partir de la experiencia con el trabajo terapéutico individual. La psicoterapia grupal con niños surge a partir de la propuesta que hacen algunos estudiosos de que los pequeños pacientes, quienes estaban en tratamiento individual, se perdían de la experiencia social que esta última no les proporcionaba, y de esta forma se les evitaba un desenvolvimiento adaptativo (Johnson, Rasbury y Siegel, 1992). Inicialmente, para compensar esta falta, a los niños en tratamiento se les hacía participar en actividades complementarias, tales como: campamentos, excursiones, etc., pero en realidad estas actividades aunque eran benéficas, no tenían el carácter terapéutico (Slavson, 1962).

El iniciador de la psicoterapia grupal con niños, fue Slavson, a principios de los años 30 con sus estudios con la Terapia de Grupos con Actividades (TGA) (Johnson et al., 1992). Para Slavson, los grupos terapéuticos ofrecían a los pequeños pacientes, la posibilidad de interactuar con los demás miembros y además de que en el ambiente

terapéutico se resolvían aspectos que no habían podido ser resueltos en el ámbito familiar.

Slavson (1962); Freud (1985); Grinberg et al. (1974) y Winnicott (1986) coinciden en que el ambiente familiar y social son de vital importancia para la formación del carácter del niño y de su futuro desarrollo psicológico.

Así también, la conducta disfuncional que surge en el ámbito familiar, se extiende a otras áreas del individuo, tales como compañeros, la escuela y la comunidad (Johnson et al., 1992).

La familia, como primero y máximo exponente de la sociedad externa, brinda al niño un patrón básico de comportamiento, que lo lleva gradualmente a atemperar la naturaleza extrema y fantástica de su mundo interior. De ahí que el normal desarrollo de las relaciones interpersonales en los años formativos de la niñez, sean de vital importancia para la futura adaptación de la sociedad (Grinberg et al., 1974).

La familia es un grupo primario y se pretende que el grupo terapéutico sea primarizado, con el propósito de que a través de que se revivan las experiencias que han venido frenando el desarrollo del niño.

Ayala, Barajas, Camacho, Féder, López, Martínez, Paz, Prado, Velasco y Yáñez (1986) mencionan que los mecanismos familiares en esencia son similares a los procesos grupales, y que existe una diferencia entre ambos, en la familia la direccionalidad y regulación de los procesos es fundamentalmente inconsciente, mientras que en el grupo terapéutico esos mecanismos se entienden y se utilizan con la máxima racionalidad.

Johnson et al. (1992) proponen tres modelos de grupo terapéutico infantil: **a) Grupos no interpretativos y poco estructurados**, **b) Grupos interpretativos con estructura moderada** y **c) Grupos conductuales**. Los primeros grupos son recomendados para niños con problemáticas no severas, problemas generales de conducta o de inmadurez emocional; mientras que los de los otros dos, se recomiendan para pacientes con psicopatologías más graves, ya que existe controles externos y guía por parte del terapeuta.

En los grupos no interpretativos y poco estructurados, la participación del terapeuta es no directiva y el terapeuta no hace interpretación. En este concepto de grupo se consideran Slavson y Schiffer (1975) con una orientación psicoanalítica y el de Axline

(1986) con un enfoque centrado en el cliente.

En los grupos interpretativos con estructura moderada, el terapeuta hace una interpretación de la dinámica individual y de grupo; además proporciona una estructura organizativa generalizada para las actividades y debate de grupo (Johnson, 1992). Dentro de esta categoría están consideradas la Psicoterapia de grupo con Actividades y Entrevistas de Slavson y Schiffer (1975) para niños de 8 a 12 años y la Terapia de Grupos con juegos para los niños de 4 a 7 años, las cuales tienen una orientación psicoanalítica. También Ginott (1961) se apoya en la teoría psicoanalítica, aunque con una terapia más estructurada que los TGA.

Y en los modelos conductuales de psicoterapia de grupo, se enfatiza la importancia de las conductas observables, tanto individuales como de grupo. Es el aprendizaje y la conducta social los factores que contribuyen a determinar una conducta a través de los principios de reforzamiento, extinción, generalización, etc. Aún cuando esta orientación no rechaza el aspecto psicodinámico, este enfoque más bien enfatiza la descripción de conductas desadaptativas, observables y los procedimientos objetivos para modificarlas (Johnson et al., 1992).

### **3.5. EL MODELO DEL GRUPO INFANTIL NATURAL (GIN)**

El trabajo de Dupont y Jinich tiene su historia a través de la formación de 5 grupos terapéuticos para niños, que uno a uno se fueron modificando y afinando para dar forma al modelo de Grupo Infantil Natural (GIN) actual (Dupont y Jinich, 1989).

Las bases teóricas del modelo GIN están sustentadas desde el punto de vista psicoanalítico, principalmente desde el enfoque de Freud, Klein, Winnicott, Bion y Meltzer (Dupont y Jinich, 1993).

Este modelo propone que el primer vínculo del ser humano, madre-hijo, es de gran importancia para el desarrollo futuro del individuo, la madre proporciona al hijo aspectos

que están relacionados con su mundo interno, el bebé los internaliza creando las bases de su aparato mental, de sus estructuras psíquicas y de su funcionamiento (Dupont y Jinich, 1993).

En el modelo GIN se considera que el bebé pasa de una posición esquizo-paranoide a una depresiva; además de que existe un paso significativo de la integración del objeto parcial al objeto total y de que el uso de defensas maníacas permiten evitar el dolor de manera temporal, y el uso de la reparación conduce al individuo a integrar más su yo (Dupont y Jinich, 1993).

La envidia primaria, la intolerancia a la frustración y la agresión acumulada incrementan la ansiedad e interfieren en el desarrollo y generan patología. Por otro lado, en el modelo GIN se toma en cuenta de que existen 3 niveles de internalización; el *primitivo*, el *intermedio* y el más *evolucionado*. El primero se refiere a la incorporación en donde la expresión corporal se enfatiza, el segundo se refiere a la introyección en donde se hacen presentes los llamados fenómenos transicionales; y finalmente, en el último nivel está la identificación en donde se presenta el concepto de identidad, predomina la posición depresiva y el sistema del *self* ha alcanzado un mayor grado de organización (Dupont y Jinich, 1993).

Se cree también que el desarrollo del individuo se dá a través de un proceso que va desde la simbiosis hasta la individuación. Y que el desarrollo se presenta a través de la identidad, de la genitalidad, de la creatividad y de la autonomía (Dupont y Jinich, 1993).

Para Dupont y Jinich (1993) en la formación de la enfermedad del niño tiene participación la enfermedad de los padres, de la familia y del ambiente.

El concepto de grupo se basa en que este tiene un campo, un texto y un contexto. El primero tiene una parte objetiva (espacio físico, normas, encuadre, función del terapeuta y de los pacientes) y otra subjetiva (incluye la comunicación grupal y el universo emocional y fantasías individuales y grupales). El texto es la comunicación verbal y pre-verbal en su actividad dentro del grupo, a la transferencia entre los miembros dentro del grupo y con el terapeuta y a la interpretación que realizan los terapeutas. Y finalmente el contexto se refiere al periodo de evolución del grupo, por medio de este se expresa su historia, sus

avances, sus regresiones y progresiones (Dupont y Jinich, 1993).

Con lo que respecta a la manifestación de la psicopatología se propicia de forma directa en y mediante el grupo, por esta razón no se utilizan juguetes, en el grupo se reproducirá la familia como parte importante en donde se gestó la psicopatología infantil, por lo que habrá terapeutas y pacientes de ambos géneros (Dupont y Jinich, 1993).

La formación de un Grupo Analítico de Padres (GAP) que trabaja simultáneamente con el GIN permite que los padres tengan una participación activa en la recuperación de sus hijos (Dupont y Jinich, 1993).

### **3.5.1. HISTORIA DEL GIN**

Los propósitos iniciales del GIN (0) fueron: abreviar el tratamiento psicoterapéutico dando la oportunidad de que en este se beneficiaran más niños, de detectar e intervenir en la psicopatología del niño, reconociendo, interpretando y modificando los aspectos patológicos propiciados por los padres; y por último, evitar la resistencia de los padres que pudieran conducir a la deserción. Además de que los objetivos anteriores se cumplieron, se pudo comprobar que el área psicótica de la personalidad está conectada con la acumulación de agresión y ansiedad, que la catarsis mejora el cuadro o síntoma clínico, pero que el cambio estructural se realiza por la internalización e identificación con objetos reparados. Estos fenómenos propician el proceso de desarrollo del niño, su mejoría clínica y su socialización. A nivel de la técnica terapéutica surge la necesidad de colocar las cosas en su lugar y el cuarto limpio como el antecedente de la tercera fase del GIN que más adelante se explicará (Dupont en Dupont y Jinich, 1993).

El GIN I se llevó a cabo en Naucalpan con pacientes de bajos recursos económicos y al igual que en el GIN anterior, se entrevistó y evaluó a los niños, se descartaron niños con organicidad y los niños remitidos fueron con problemas de conducta en la escuela. En esta fase hubo una intensa catarsis motora de agresión y la expresión verbal y gráfica de

fantasías primarias (dibujos elaborados en el pizarrón que estaba dentro del consultorio). En este GIN no se formularon interpretaciones, solo se hicieron señalamientos, se empezó a instaurar la hora de pensar, 15 minutos antes de finalizar la sesión, los terapeutas suspendían la acción, se sentaban en el piso y los niños los seguían, los niños comunicaban en “tribuna libre” los que habían experimentado. Se formó un grupo de madres que trabajó simultáneamente con el de niños y se manejó a nivel de orientación. Se redujo el número de sesiones por semana a una y la duración del tratamiento a 6 meses. Aquí se propuso reproducir el ciclo de regresión – progresión que en el GIN 0 llevó más de 6 meses. Se promovió la regresión en cada sesión y al final se llevó a la reflexión en la hora de pensar para que de esta forma se promoviera la progresión (Dupont en Dupont y Jinich, 1993).

En el GIN I se dejó ver la resistencia que tienen que vencer los terapeutas para regresar al rol de niños y al mismo tiempo mantener su capacidad de adulto terapeuta y la resistencia de los padres en el grupo de orientación para profundizar en la comprensión de la enfermedad de sus hijos. Otro aspecto muy importante en este modelo fue que se demostró que la capacidad de verbalizar el conflicto se podría inducir muy temprano en el desarrollo de la terapia (Dupont en Dupont y Jinich, 1993).

El GIN II se realizó en las instalaciones de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG) y con ello se persiguieron 2 objetivos importantes. Primero, formar nuevos terapeutas en el manejo del modelo, y segundo, dar servicio a la comunidad local. Nuevamente se formó el grupo descartando a los niños con organicidad para que no estuvieran en desventaja con los otros integrantes del grupo. A los padres se les canalizó a algún tipo de terapia en la misma institución y se les solicitó que asistieran a las reuniones “*mamut*” de los padres y los hijos de forma periódica. La co-terapia se transformó en tri-terapia y la sesión fue de una hora semanal, esto debido a los requerimientos institucionales. El tratamiento fue de 2 años. Los terapeutas se reunían antes y después de la sesión terapéutica para compartir y cruzar información con los terapeutas del GAP. En el GIN II se trabajó 3 grupos de niños, de entre 4 a 6 años, menores de 11 y de púberes (Dupont, Jinich y Socorro en Dupont y Jinich, 1993).

El GIN III se realizó en el Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la

Adolescencia (IMPPA). Los pacientes y sus familias eran de bajo nivel socioeconómico, pertenecían a familias desintegradas, algunos eran de hijos de madres solteras y abandonadas y predominaba la ausencia de la figura paterna. En las familias había promiscuidad y violencia y en el GAP se presentó un alto nivel de resistencia. Se incluyeron 2 terapeutas más y su participación fue de observadores externos y colaboradores del supervisor clínico, esto con el objetivo de entrenar a futuros terapeutas (Dupont, Chao y Castro en Dupont y Jinich, 1993).

El GIN IV se realizó nuevamente en AMPAG. A partir de esta experiencia se denominó *efecto GIN* al evento cuando ha llegado el máximo de la acción durante varias sesiones, la actividad de los niños decrementa notablemente. La agresividad y la ansiedad se expresa más con palabras que con el cuerpo. Al cierre del proceso terapéutico la duración de los tiempos de la sesión se invierte, el período de la acción es menor y el tiempo de pensar es marcadamente más prolongado que cuando se inició. Se deja ver que el principio de realidad y el placer de pensar y comunicar se va instaurando (Dupont, Garza, Guadarrama, Guerrero y Siniego en Dupont y Jinich, 1993). El grupo de padres que anteriormente se denominó Grupo de Orientación ahora pasaría a ser el Grupo Terapéutico de Padres y fue manejado por una pareja terapéutica (Garza, Guerrero y Guadarrama, 1984). El encuadre fue psicoanalítico y se enfocó a la relación conflictiva padre-hijo. En este grupo se filmaron las sesiones y se permitió la observación del trabajo a través de la *Cámara de Gesell*. El tiempo del proceso terapéutico disminuyó a 1 año y después de concluidas las sesiones terapéuticas hubo una etapa de seguimiento para fines evaluativos. Se enfatizó la importancia de las reuniones previas al trabajo terapéutico y las reuniones posteriores con la finalidad de ofrecer información sobre la dinámica en cada grupo y elaborar el material abrumador para el terapeuta y supervisar (Dupont, Garza, Guadarrama, Guerrero y Siniego en Dupont y Jinich, 1993).

### 3.5.2. SUPUESTOS TEÓRICOS Y PROPUESTAS

Una intención muy marcada en el Modelo GIN fue la de diseñar un procedimiento que permitiera el acceso al conflicto infantil desde su origen, para estar en contacto con los factores primarios de la enfermedad (Dupont y Jinich, 1993).

Tanto las fantasías inconscientes como las ansiedades se deben de exteriorizar, mostrarse y comunicarse para que de esta forma se pueda dar la elaboración. La reflexión y la rectificación razonada de la conducta se presenta después de desarrollar un mayor nivel de tolerancia a la frustración, de control de impulsos y de la posibilidad de reparar (Dupont y Jinich, 1993).

La ausencia de juguetes y consignas, concierte el espacio GIN en un espacio de imaginación que desde el inicio del proceso posibilita la emergencia de fantasías inconscientes, ansiedades persecutorias, temores, dudas y otras emociones tempranas de los niños (Asebey, 1995)

Por otro lado, la participación de los padres en el GAP ha contribuido a intervenir en el ambiente de los pacientes, con el propósito de modificarlo favorablemente, y cuando el paciente concluya su tratamiento, esto le ayudará a continuar en su proceso de desarrollo dentro del ambiente familiar (Dupont y Jinich, 1993).

De acuerdo con Dupont y Jinich (1993)), las propuestas teóricas del Modelo GIN son las siguientes:

- La ansiedad del niño y las fantasías inconscientes que la estimulan se desarrollan a partir de la primera relación con la madre.
- La ansiedad del niño no neutralizada ni elaborada por la madre es el principal obstáculo de desarrollo normal. La ansiedad del niño se magnifica con la ansiedad de la madre, padre y de los demás miembros de la familia. Desde la primera entrevista de selección del paciente, se pretende detectar la enfermedad del niño, la concientización por parte de los padres de sus propias ansiedades y conflictos. Como la del resto de la familia. La formación del GAP tiene como propósito implementar el trabajo terapéutico en donde están articulados los conflictos de los padres e hijos. "El núcleo duro dentro del análisis

de niños suele ser justamente la actitud de los padres hacia los conflictos de los niños y las posibilidades que tienen o no de comprometerse a los lineamientos que le ofrece la clínica. Sabemos que la terapia del niño pone en peligro el inestable equilibrio emocional del grupo familiar, equilibrio obtenido por la existencia de un niño enfermo dentro del grupo” (Jinich, 1995).

- Los terapeutas interpretan las actividades defensivas de los niños, el grupo tendrá una regresión en el que se presenta el escenario inconsciente de los objetos internos de cada niño y del grupo.
- Los terapeutas y compañeros se convierten en una pantalla en donde se proyectan los objetos internos de cada niño y del mismo grupo.
- Se hace externo un conflicto primario: la agresión dirigida al objeto y contenida en la actuación de una fantasía específica es seguida de la aparición de ansiedades persecutorias o depresivas, que producen sintomatología defensiva.
- La regresión facilita la actuación de los contenidos inconscientes reprimidos y la evacuación impulsiva.
- En el GIN 0 la primera fase significa el regreso de lo reprimido y no elaborado; y en la segunda fase, la elaborativa el grupo se asocia en el pensamiento reflexivo y la demora. El continente grupal ayuda a tolerar, limitar y ayudar a elaborar la regresión de un nuevo miembro cuando se integra.
- La interpretación es una comunicación en el nivel informativo en presencia del sujeto y objeto, que dá cuenta al informado de eventos propios no conscientes que afectan su vida mental y emocional. Esto se va tomando objetivo en la medida que hay respuesta a esa interpretación y se va haciendo consciente en el sujeto. La resistencia a la comunicación puede surgir como una medida de negar la recepción a la interpretación por lo que se utiliza la *interpretación marginal* que ayuda a romper esa resistencia y logra que se modifique el proceso de comunicación.
- En el GIN original se manifestaron 3 fases:
  - a) La acción corporal es predominante, hay evacuación de la agresión, hay destrucción y retaliación, hay proyección de los objetos primarios, internalización persecutoria

con ciclos maníacos.

- b) Ya no hay violencia física, la agresión y fantasías son a nivel verbal que es ideativo y elaborativo, disminuye la ansiedad.
- c) Se presentan actitudes reparadoras, hay un grado de socialización y permite la organización de actividades grupales.

En los GIN posteriores estas fases se denominaron: a) *la hora de la acción*, b) *la hora de pensar*; y c) *la hora de poner las cosas en su lugar*, y se establecieron como las fases importantes en el proceso terapéutico.

- En el *efecto GIN* hay una inversión de tiempo en *la hora de la acción* y en *la hora de pensar*. Inicialmente la primera es mayor que la segunda, y como va desarrollándose el proceso, la parte elaborativa va tomando mayor relevancia.
- El grupo GIN tiene características teóricas y técnicas en su diseño, lo que hace que tenga indicaciones específicas y limitaciones.
- Los terapeutas deben de tener ciertas características como:
  - a) Tolerancia a la agresión verbal y física
  - b) Control sobre sus instintos agresivos
  - c) Aceptar el contacto físico
  - d) Capacidad de realizar regresiones parciales en el yo terapéutico.
  - e) Capacidad de mantener el área observadora cuando se presente una regresión parcial
  - f) Entrar en contacto con las propias identificaciones infantiles en el momento de la regresión
  - g) Solidaridad con los co-terapeutas
  - h) Empatía con sus pacientes y objetos
  - i) Aptitud física y proporcional al esfuerzo físico
- Son elegibles para llevar a cabo un trabajo con el modelo GIN las clínicas de instituciones dedicadas a la enseñanza e investigación de la psicoterapia de servicio a la comunidad.
- Las condiciones institucionales requieren de un espacio administrativo que facilite sus

operaciones.

- La base de la metodología GIN expresa la continuidad en sus tres fases en donde una acción motora desencadena una serie de contenidos mentales y emocionales desde niveles no conscientes, la reflexión ayuda a fijar y elaborar nuevos contenidos que tiene como finalidad reparar el proceso de desarrollo y conducir al individuo hacia la integración.

Para los autores del GIN el único elemento terapéutico es la interpretación, en donde se rescata e interpreta lo que de simbólico contiene el juego infantil. La exteriorización de las fantasías y ansiedades a través del marco de contención terapéutica, de seguridad y de confianza que permite su comprensión y elaboración.

En el GIN, a través de los terapeutas se interpreta las actividades defensivas de los niños, y por lo tanto se espera una regresión en la que emerge el inconsciente del niño y del grupo mismo. La interpretación da cuenta al informado de eventos propios, no conscientes que afectan la vida mental y emocional. La interpretación adquiere objetividad, al surgir una respuesta informativa hacia el emisor por parte del receptor. Para resolver las resistencias grupales, la interpretación marginal (que se realiza de forma indirecta y por medio del diálogo con un coterapeuta) permite que el paciente avance (Dupont y Jinich, 1993).

Las tres fases que conforman la sesión terapéutica son:

- 1) *"La hora de la acción"* en donde predomina la evacuación de los impulsos destructivos y agresivos y la acción corporal es relevante en este momento (Dupont y Jinich, 1993). La hora de la acción actualiza situaciones traumáticas al promoverse precozmente la regresión a estados tempranos (Asebey, 1993).
- 2) *"La hora de pensar"* en donde disminuye notoriamente la actividad física abatiendo la violencia física y se promueve la expresión verbal y la actividad ideativa y elaborativa (Dupont y Jinich, 1993).
- 3) *"La hora de poner las cosas en su lugar"* permite adquirir una actitud reparadora hacia los objetos individuales y hacia el grupo que alcanza un grado de socialización que permite la organización de actividades grupales dirigidas (Dupont y Jinich, 1993).

Las tres fases mencionadas anteriormente se enlazan continuamente. La primera en

términos de respuestas a un estímulo, la segunda como reflexión y elaboración de la respuesta y la tercera como reelaboración reparadora. En la primera, la intensidad y lo específico de la respuesta atrae y transfiere a la conciencia contenidos mentales y emocionales desde niveles no conscientes como fantasías y evocaciones reprimidos. En la segunda fase, la reflexión sobre el evento contenido es la respuesta, tiende a asumir conscientes los nuevos contenidos, fijarlos y elaborarlos, y evitar una repetida disociación a la represión sin elaboración. La reelaboración de los contenidos recuperados por la conciencia, sólo persigue una finalidad reparadora que se dirige hacia el proceso de integración, que se puede observar en la tercera fase (Dupont y Jinich, 1993).

### 3.5.2. LA TECNICA GIN

La técnica GIN tiene las siguientes características que señalan Dupont y Jinich (1993):

- El grupo se forma por niños y niñas en edad de latencia. En el GIN 0 se recibieron 8 niños y se tuvo una modalidad abierta, en los demás modelos fundamentalmente cerrada y con tiempo limitado. En el modelo original se dispusieron 8 sillas ligeras para niños y dos para adultos, en los GIN posteriores las sillas se sustituyeron por cojines (Dupont y Jinich, 1993).

Los niños en etapa de latencia fueron observados en el trabajo clínico realizado por Dupont y Jinich, a través del modelo GIN encontraron que los niños en etapa de latencia mostraban (Dupont, Juárez y Morales, 1987):

- a) Aparición durante el juego de fantasías eróticas y agresivas hacia los terapeutas que muchas ocasiones pasaron a la acción.
- b) Señales de deseo de identificarse con los terapeutas así como la presencia del mecanismo de identificación con el agresor.
- c) Aparición de mecanismos defensivos propios de esta etapa: sublimación, formación reactiva, consecuentemente se observaron intereses epistemofílicos.

## Muestras de madurez psicobiológica.

- La abstinencia por parte del terapeuta se debe a la ausencia de instrucciones lo que promueve la regresión. La interpretación rompe la defensa y promueve la aparición del escenario familiar reprimido.
  
- En el modelo GIN se propicia fácil y rápidamente la fase regresiva de proyección de los objetos internos sobre terapeutas y compañeros, así como la actuación de fantasías y catarsis de la agresión, esta última produce una mejoría sintomática debido a su carácter evacuativo y todavía no a la elaboración de los contenidos.
  
- Los co-terapeutas deben registrar las proyecciones que se les depositan, su carácter y modificaciones, así como liderazgo y sumisión, ataque, etc, dentro del contexto grupal e incluyendo a los involucrados.
  
- **Interpretación Marginal** La interpretación marginal es una técnica que utilizan los terapeutas, dirigiéndose la palabra uno al otro, de tal forma que los niños se muestran interesados, atentos y se acercan ante esa interpretación y previo a una resistencia, a pensar en lo que ocurre, lo que había ocurrido y lo que temen que ocurra. Las interpretaciones marginales resultan útiles porque se hacen desde los padres-terapeutas, como en una escena primaria, es escuchada y atendida porque es dirigida al grupo, impactando en el *self* de los individuos quienes desplazan o depositan los contenidos persecutorios en sus pares que actúan como dobles y de esta forma tolera no lo persecutorio. Con la interpretación marginal, finalmente se reestablece la comunicación (Dupont, 1988).
  
- **La ley retaliativa** surge como una respuesta al incremento de la agresión entre los mismo compañeros. Es decir, si un niño golpea a otro, este último regresa con la misma intensidad al golpe, y por otro lado se presenta también su contraparte, si se recibe algo bueno, se dá algo bueno.

- Cuando el conflicto se presenta, este se puede mediatizar por la capacidad de discutir, reflexionar, comunicar y entender el origen de este.
- Cuando se integran nuevos elementos al grupo, estos lo hacen rápidamente a la actividad grupal, aunque haya una tendencia a la adaptación defensivo imitativa, que es en realidad un período muy corto.
- El paciente tiene la libertad de permanecer o retirarse del grupo terapéutico.
- Cuando se marca la hora de pensar y el niño sigue en la acción, se hace la interpretación generalmente referida a la carga de ansiedad y a la dificultad de lograr su control.
- *Tribuna libre.* Hay tribuna libre en la hora de pensar, tanto para los niños como para los terapeutas, que cada vez, a lo largo del proceso, se va haciendo más espontáneo y libre, concluyendo con *la hora de poner las cosas en su lugar*, como una forma de dar orden y de reparar.
- Se eliminan las ansiedades persecutorias y defensas maníacas y surge el desarrollo del pensamiento reflexivo, su expresión verbal y la reparación.
- *Pacientes con características específicas.* En el trabajo GIN, se excluyen pacientes con cuadros autistas, con algunas psicosis infantiles, con organicidad y con limitaciones físicas y de la percepción.
- Se puede incluir pacientes neuróticos aunque parezcan muy graves, siempre y cuando no impliquen inhibiciones irreversibles de la motilidad. Se incluyen aquellos casos de inhibición en el aprendizaje hasta las organizaciones fronterizas y con áreas psicóticas de la personalidad.

- *Grupo de Adultos para Padres*. No se puede incluir en un grupo pacientes en donde no participen los padres o persona que los sustituyen.

- No se recomienda incluir en el grupo a pacientes que vivan muy lejos del centro de trabajo terapéutico debido a que esto puede ser un elemento más de conflicto y promover la resistencia del paciente y de los padres.

- *Co-terapia y tri-terapia*. La presencia de la pareja terapéutica, hombre y mujer, permite que se promueva la aparición del conflicto desde estas figuras primarias.

En la tri-terapia que se presentó en el GIN II se observó que no alteraba el proceso sino que facilitaba el programa previsto (1 coordinador masculino, un coterapeuta mujer y otro hombre). El grupo de niños ofreció movimientos dinámicos y variables en cuanto a las identificaciones, proyecciones y alianzas, que siempre fueron de utilidad al reducir las a la interpretación del conflicto proyectado.

- Jinich (1995) expresa la importancia de la supervisión en modelo GIN y GAP, y afirma que el supervisor tiene como responsabilidad el de mantener el encuadre asumiendo el rol de continente de lo negativo del grupo y del equipo terapéutico, y proteger a este equipo de su autodestrucción.

- Cada terapeuta con sus características personales soportará algunos aspectos parciales, porque el espacio de supervisión a donde se reúne a todos los equipos, sirve para conocer estos elementos para integrarlos en una mayor comprensión y para evitar “pelearse unos con otros” y con todo esto, podemos ver que las identificaciones proyectivas depositadas en los terapeutas pueden duplicar las actitudes de los padres.

- Cuando se logra armonía en el equipo, se mejora el niño y se mejoran los padres, todo esto facilita el vínculo con los terapeutas (Jinich, 1995).

- *Servicio en una clínica o institución.* El establecer el servicio terapéutico GIN en una clínica tiene 3 razones: dar servicio a la población, cubrir una demanda interna, curricular y académica, y promover el crecimiento hacia la investigación.

Toda institución como todo paciente tiene su área o fuerza saludable y/o enfermedad. La fuerza saludable es la que impulsa a alcanzar de la mejor manera sus objetivos. Así también, se puede decir que los logros de salud de los pacientes impactan en los logros institucionales. Asebey y Rivera (1995) exponen en su trabajo que cuando la institución deja de prestar el apoyo al grupo de terapeutas, se desatan una serie de ansiedades e insatisfacciones que generan inconformidad, conflicto y deserción en el grupo de terapeutas. Y que es necesario analizar esta problemática abriendo un tiempo, un espacio y un momento con el propósito de fortalecer el proyecto, a pesar de la separación-individuación con la institución.

- *Estructura administrativa.* Es necesaria una estructura administrativa que apoye el buen funcionamiento del trabajo terapéutico, desde facilitar instalaciones, manejar expedientes, atención de las aportaciones económicas, emitir constancias de asistencia, etc.

- Con el GIN se intenta crear un proyecto, una teoría y una técnica terapéutica para ayudar a los niños y a sus padres, y de abrir un espacio de creatividad y juego terapéutico para los niños y sus padres. Recordaremos el sueño de Freud con el deseo de abrir clínicas con un costo simbólico para ayudar a las familias marginadas (Jinich, 1995).

## **4. MÉTODO**

## **OBJETIVOS**

- 1) Especificar las manifestaciones de conductas regresivas presentadas en el proceso terapéutico y su significado en el desarrollo e historia del niño
- 2) Valorar los cambios producidos a través de la regresión; es decir, el proceso de progresión que se produce en el paciente infantil que participa en el grupo terapéutico GIN.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Una de las formas de conocer, a nivel terapéutico cuál ha sido la experiencia pasada del individuo y, cómo ha venido repercutiendo a lo largo de su desarrollo, es la regresión. Esta, no es más que un medio que permite que el paciente vuelva hacia un estado de funcionamiento anterior manifestado durante el tratamiento y en relación con él, y en donde se promueve la posibilidad de revisión y cambio en el nivel desarrollo en donde ocurrió el conflicto y de su progresión.

La psicodinamia del niño junto con las manifestaciones de las conductas regresivas, permiten comprender el proceso de desarrollo.

De lo anterior surgen las siguientes preguntas de investigación:

## **PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

1. ¿Cuáles son las manifestaciones de las conductas regresivas de niños en edad de latencia que participan en el Grupo Infantil Natural (GIN)?
2. ¿Cómo se va presentando el proceso de progresión a través de la regresión en niños que participan en el GIN?

## HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

La regresión que se presenta en el proceso terapéutico, permite al niño reeditar la experiencia y la posibilidad de cambio en el nivel de desarrollo donde se presentó el conflicto. Por lo tanto el proceso regresivo que se genera es la posibilidad de rectificación y de generar la progresión.

## LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

En el presente trabajo de investigación se han estudiado las manifestaciones de conductas regresivas y la manera en que la regresión va permitiendo la aparición de un proceso correctivo, desde un punto de vista psicodinámico.

Los datos que proporcionó este trabajo son cualitativos de tal forma que se utilizó el Método Cualitativo de Investigación.

La Metodología Cualitativa produce investigación que arroja datos descriptivos, como pueden ser las propias palabras (el discurso) habladas o escritas o la conducta que se observa (Taylor y Bodgan, 1992).

Este tipo de metodología de acuerdo con Taylor y Bodgan (1992) tiene características propias, las cuales se resumen de la siguiente forma:

- a) Es *inductiva*, esto quiere decir que el diseño de investigación es flexible y es a lo largo de la obtención de los datos como se van planteando y formulando los conceptos; sin que por ello se elabore inicialmente una propuesta de diseño, misma que se va a ir afinando a medida que avance la investigación.
- b) La investigación cualitativa *estudia el pasado y el presente* del individuo, el escenario y las personas son consideradas como un todo.
- c) Se considera el impacto que tiene el propio investigador sobre el individuo que estudia.

- d) A través de esta metodología se pretende *conocer y comprender a las personas dentro de su marco referencial*; es decir, es importante conocer la realidad tal y como los otros la experimentan; y para ello es necesario apartar las propias creencias, juicios y predisposiciones para no contaminar la observación; es decir, no perder la objetividad.
- e) No se busca la verdad o la moralidad de los actos, más bien el sentir de las personas y por lo tanto *todas las aportaciones son valiosas e importantes*.
- f) El escenario en donde se desarrolla la investigación y los individuos *son únicos*, aunque compartan ciertas características en el sentido de que en cualquier escenario o entre cualquier grupo de personas se pueden encontrar procesos generales.
- g) Para la metodología cualitativa lo que el individuo dice o hace es producto del modo en que define su mundo.

Para Hudelson (1994) la investigación cualitativa es una aproximación que procura describir y analizar la cultura y la conducta de los seres humanos y sus grupos desde el punto de vista de quienes son estudiados, se ven los eventos, acciones, normas, valores, etc., desde esta perspectiva. La investigación cualitativa pone énfasis en proveer una comprensión o entendimiento holístico del contexto social en el cual se realiza la investigación. La vida social es vista como una interconexión de eventos que es necesario describir completamente para reflejar la realidad de la vida diaria. La investigación cualitativa es flexible e interactiva, el investigador define tópicos que pueden ser modificados como avanza la investigación.

Taylor y Bodgan (1992) aborda el tema de la validez y confiabilidad en los métodos cualitativos de investigación y expresa que es mucho más importante la validez dado que realmente se quiere asegurar que el fenómeno que se estudia es eso y no otro; y que la confiabilidad y la reproducción de la investigación pasa a un segundo término debido a que si deseamos producir estudios válidos del mundo real no es posible lograr una confiabilidad perfecta, debido a la unicidad de cada caso.

Dentro de la investigación cualitativa, Blumer citado en Taylor y Bodgan (1992) enfoca su análisis al estudio del *interaccionismo simbólico*, y que de acuerdo a sus

características y premisas básicas, es una postura que apoya el trabajo psicoanalítico, mismo que es eje teórico del presente estudio.

El interaccionismo simbólico se sustenta de acuerdo a 3 premisas:

- a) las personas actúan respecto de las cosas y de las otras personas, basándose en los significados que tienen para ellas; es el significado lo que determina la acción;
- b) los significados son producto de la interacción del individuo con otros individuos, el significado que adquiere un objeto o persona se desarrolla a partir de la forma en que otras personas actúan con respecto a ella en lo que corresponde a la cosa de que se trata; y
- c) los individuos asignan significados a situaciones, a cosas y a personas a través de un proceso de interpretación.

"A través de la interpretación, el individuo señala las cosas que tienen sentido y significado y por lo que él mismo selecciona, controla, suspende, reagrupa y transforma los significados a la luz de la situación en la que está ubicado y de la dirección de su acción" (Taylor y Bodgan, 1992).

En el Psicoanálisis, el individuo se estudia desde una perspectiva de la interpretación que él le da a su realidad, y al igual que el enfoque del interaccionismo simbólico, este proceso de interpretación es un intermediario entre los significados o predisposiciones a actuar de cierta manera y la acción misma.

Los individuos están, en forma constante, interpretando y definiendo al mismo tiempo que están en contacto con situaciones diferentes, es por ello que diferentes personas dicen y hacen cosas distintas, cada persona ha tenido diferentes experiencias y por lo tanto ha aprendido diferentes significados.

Ahora bien, el proceso de interpretación es un proceso dinámico. La manera en que una persona interprete algo dependerá de los significados que le dé a ese algo y de cómo se aprecie una situación.

## LA TÉCNICA TERAPÉUTICA

El trabajo terapéutico se realizó a través del Modelo GIN (Grupo Infantil Natural), modelo con orientación psicoanalítica, creado y desarrollado en México por los doctores Marco Antonio Dupont y Adela Jinich desde 1979.

*El espacio terapéutico.* El trabajo terapéutico se realizó en las instalaciones de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional (IPN). Fue un salón grande y alfombrado. Así también, hubo por lo menos un cojín para cada niño (instrumento que le permitió interactuar motrizmente y sacar la agresión contenida hacia los demás, ayudando a amortiguar los golpes que se pudieran dar en el transcurso de las sesiones).

Hubo otro salón con sillas en donde se realizó paralelamente el trabajo con padres a través del Grupo Analítico de Padres (GAP), y para fines de este estudio solamente se menciona.

El grupo de terapeutas del GIN estuvo conformado por 2 mujeres y un hombre.

Cabe hacer mención que ya en el Modelo GIN II se utilizó la Psicoterapia Tripartita, que ayudó a acelerar el proceso. La función de los terapeutas fue la de promover la reaparición del conflicto en el contexto grupal, además de interpretar en la transferencia individual y grupal de los eventos (Dupont, Jinich y Socorro en Dupont y Jinich, 1993).

El grupo de terapeutas del GAP estuvo conformado por 2 mujeres y su función fue la de orientar a los padres sobre el entendimiento y manejo de la problemática de sus hijos.

Cada una de las sesiones del GIN estuvieron conformadas por tres momentos:

1. *"La hora de la acción"*: etapa en donde se promovió el juego y el contacto físico, así como la descarga motriz y la aparición de actuaciones y regresiones con la posibilidad de interpretar.
2. *"La hora de pensar"*: momento en que se realizó la actividad elaborativa del juego.
3. *"La hora de poner las cosas en su lugar"*: momento que permitió realizar la reaparición de todo aquel movimiento y "desorden" tanto interno como externo.

Las 18 sesiones terapéuticas, tanto del GIN como del GAP, constaron de una hora semanal de trabajo. Dos sesiones del total fueron de "sesión plenaria", en donde se

reunieron pacientes, padres y terapeutas del Gin y del GAP.

Cada sesión fue grabada en *audiocassette*, con la finalidad de realizar la transcripción literal de la sesión posteriormente.

## MUESTRA

El grupo GIN estuvo conformado por 10 niños de edades que se consideran dentro del período de latencia, entre los 6 y 10 años (Ver cuadros del 1 al 10). Así mismo, el motivo de canalización estuvo relacionado con problemas escolares (de atención, agresividad, aprendizaje, etc.) y que además involucró el aspecto afectivo. (Ver cuadro 11).

## SELECCIÓN DE SUJETOS

La selección se realizó a través de una entrevista a los padres y la evaluación psicológica a los niños. Dicha evaluación estuvo conformada por las siguientes pruebas psicométricas:

- a) **Test de Bender.** Prueba visomotora que se utilizó para descartar daño orgánico y cuya interpretación se realizó de acuerdo a Koppitz.
- b) **Test de la Familia.** Se aplicó con el propósito de valorar las relaciones del niño con su entorno familiar, y viceversa.
- c) **Test de la Figura Humana.** Se aplicó con el fin de estudiar los rasgos de personalidad del infante de acuerdo con Machover.
- d) **Terman.** A través del cual se evaluó el coeficiente intelectual del niño.

La entrevista, una historia familiar que fue elaborada por los propios padres, el

reporte de la profesora al inicio del tratamiento, misma que fue utilizada en la etapa de seguimiento (ver anexo 1) y los resultados de la evaluación psicológica se integraron en una ficha, que contempló los siguientes aspectos:

- a) Datos generales del paciente y sus padres
- b) Estructura familiar
- c) Datos previos al nacimiento del paciente
- d) Características perinatales
- e) Características pos-natales
- f) Historia del desarrollo del paciente en las diferentes etapas (oral, anal, edípica, actual)
- g) Situación escolar

Se evaluó la conveniencia del ingreso o en su caso el no ingreso del niño al grupo GIN. En el grupo GIN no se incluyó a pacientes con daño orgánico o invalidez, de esta forma y en la medida de lo posible se trató de homogeneizar al grupo y evitar que alguno de los miembros se encontraran en desventaja con relación al resto del grupo.

Finalmente, el grupo quedó conformado por 10 niños, 2 mujeres y 8 hombres.

## **PROCEDIMIENTO**

1. Al iniciar el trabajo terapéutico, se les explicó a los niños la forma de trabajo a través del encuadre que se estableció a partir de la primera sesión.
2. Cada una de las 18 sesiones tuvo una duración de una hora.
3. Después de cada sesión se efectuó una reunión con los terapeutas, tanto del GIN como del GAP, con el propósito de revisar los avances de esa sesión, así como de planear estrategias

para la siguiente; de esta forma se cruzaba información para realizar el trabajo terapéutico de forma integral.

4. Se grabó, en *audiocassette*, cada una de las sesiones.

5. Se realizó un seguimiento a cada uno de los pacientes, que consistió en que después de 6 meses de concluido el trabajo terapéutico se hizo una visita al niño y a sus padres en su domicilio; además se visitó a la profesora con el propósito de evaluar los avances y los cambios que el paciente había manifestado en este periodo de tiempo.

6. Una vez realizadas las grabaciones de las 18 sesiones, se hizo la transcripción literal de cada una de ellas. Es importante señalar que las sesiones terapéuticas fueron supervisadas por terapeutas con gran experiencia como son el Dr. Juan Guadarrama y por la Dra. Ma. Luisa Rodríguez Hurtado.

7. Se leyeron repetidamente los datos recopilados con el propósito de familiarizarse con ellos.

8. Se identificaron las manifestaciones de las conductas regresivas en cada una de las sesiones.

9. Se elaboraron las categorías de análisis.

En total fueron 27 categorías de manifestaciones regresivas:

- Chuparse el dedo
- Escondarse en una “casita”
- Llorar como bebé
- Morder el cojín
- Pelear por su cojín
- Jugar al “caballito” con su cojín

- Escondarse debajo de los cojines
- Querer comer en la sesión
- Acusar a un compañero
- Permanecer sentado sin participar
- No hablar
- Salirse de la sesión
- Jugar en la hora de pensar
- Escondarse debajo de la alfombra
- Pedir que le hagan vueltas
- Gritar
- Escondarse detrás del terapeuta
- Pegar al terapeuta
- Querer matar al terapeuta
- No acomodar los cojines
- Abrazar las piernas del terapeuta
- Rasguñar
- Sentirse un animal
- Encimarse sobre el terapeuta
- Querer matar a otro
- Morder
- Dormir o acostarse en la sesión

10. Cada manifestación se representó con una viñeta.

11. Se codificaron los datos y su frecuencia incluyéndolos en su categoría.

12. Se realizó un análisis psicodinámico de cada una de las sesiones.

## **5. RESULTADOS**

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

## RESULTADOS

Los datos de cada uno de los pacientes que integraron el Grupo GIN y su historia del desarrollo se presentan en los cuadros del 1 al 10, estos datos se obtuvieron de las entrevistas iniciales, de la ficha, de la historia que elaboraron los propios padres y del estudio psicométrico.

Los cuadros anteriores contienen el nombre que va a estar representado por una letra para respetar el anonimato de cada paciente, la edad y el género, el tipo de familia, la dinámica familiar, los resultados del estudio psicométrico, ocupación de los padres y el nivel socioeconómico, este último categorizado en bajo, medio y alto.

Por otro lado, la historia del desarrollo incluye la información de si el niño tuvo un desarrollo normal o patológico, sus juegos y/o juguetes favoritos, los rasgos de personalidad y su identidad psicosexual.

El cuadro 11 muestra el motivo por el cual fue canalizado el niño a tratamiento psicoterapéutico. Dicha canalización fue realizada por su profesor(a).

En el Cuadro 12 se presenta el número de asistencias de los niños por sesión. Se puede observar que, solamente un niño tuvo el 100% de asistencias, un niño cubrió el 94% de las mismas, un niño más el 66.66%, otro paciente el 61.11%, 2 niños presentaron el 50% de asistencia al proceso terapéutico. Los otros 4 pacientes tuvieron menos del 50% de asistencias: 33.33%, 22.22%, 16.66% y 11.11%.

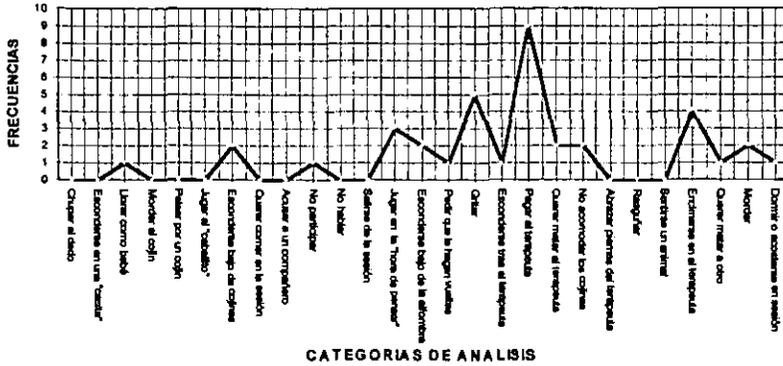
E. manifestó mayor número de conductas de golpear al terapeuta sin verbalizar. (Gráfica 1)

F. mostró más frecuentemente conductas de esconderse debajo de los cojines, de permanecer sentado sin participar y de esconderse detrás del terapeuta. (Gráfica 2)

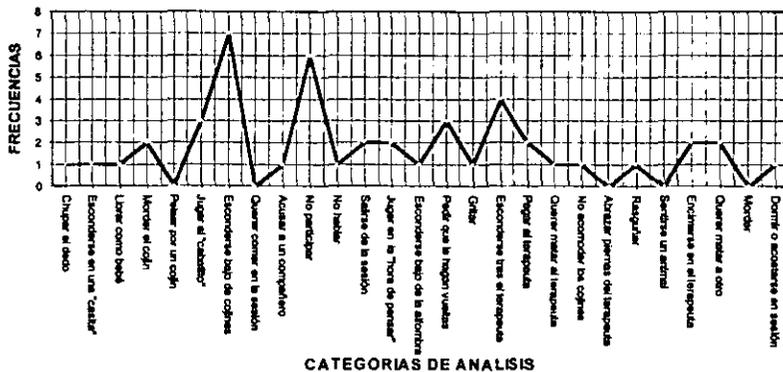
J. principalmente dejó observar conductas de abrazar las piernas del terapeuta y de acusar a un compañero sin poder defenderse directamente. (Gráfica 3)

Por su parte M. tuvo conductas regresivas de jugar en "la hora de pensar", de abrazar las piernas del terapeuta, de solicitar que le hicieran vueltas y de pegar al terapeuta sin verbalizar. (Gráfica 4)

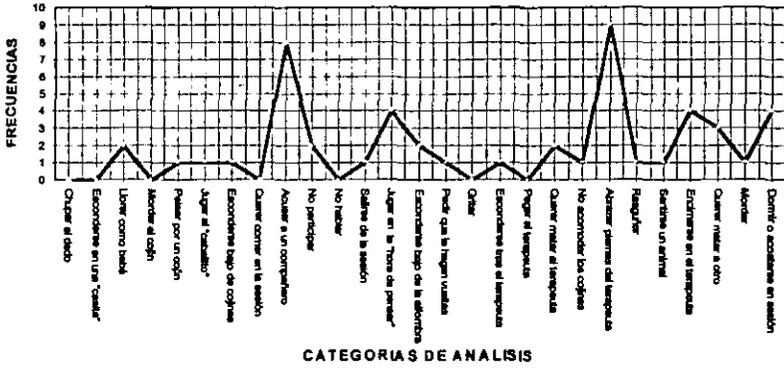
**Gráfica 1**  
**MANIFESTACIONES DE CONDUCTAS REGRESIVAS**  
***Paciente E.***



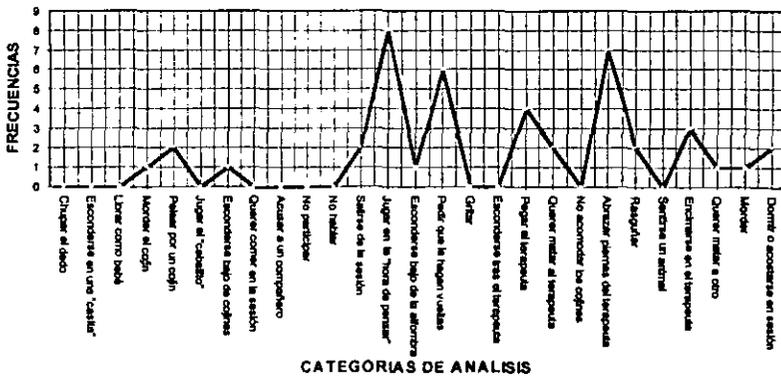
**Gráfica 2**  
**MANIFESTACIONES DE CONDUCTAS REGRESIVAS**  
***Paciente F.***



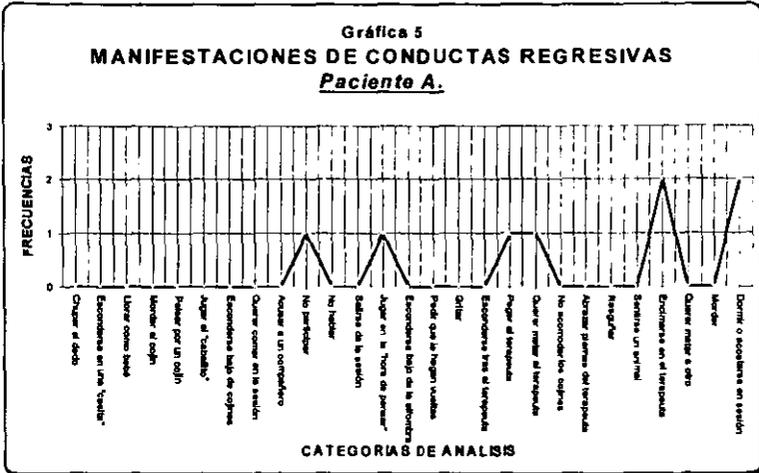
**Gráfica 3**  
**MANIFESTACIONES DE CONDUCTAS REGRESIVAS**  
***Paciente J.***



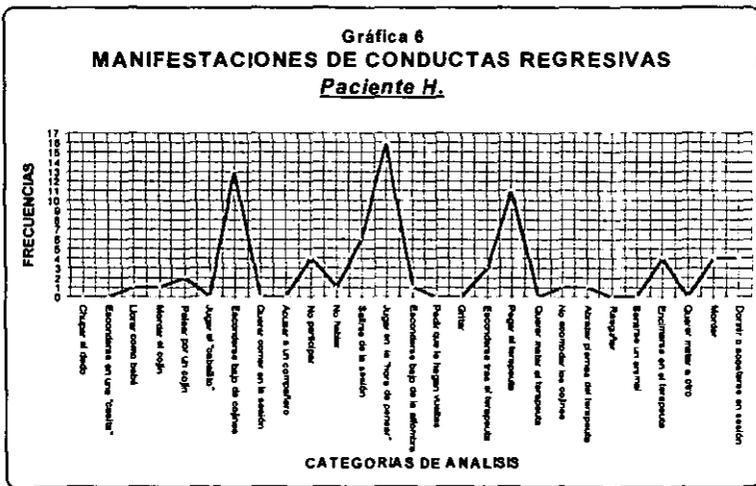
**Gráfica 4**  
**MANIFESTACIONES DE CONDUCTAS REGRESIVAS**  
***Paciente M.***



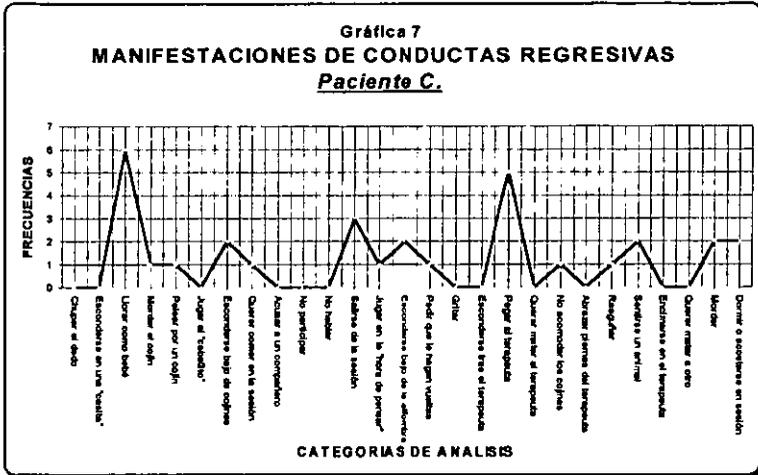
Aunque A. asistió pocas sesiones, las conductas frecuentemente presentadas fueron de encimarse sobre el terapeuta y de querer dormir o acostarse en la sesión. (Gráfica 5)



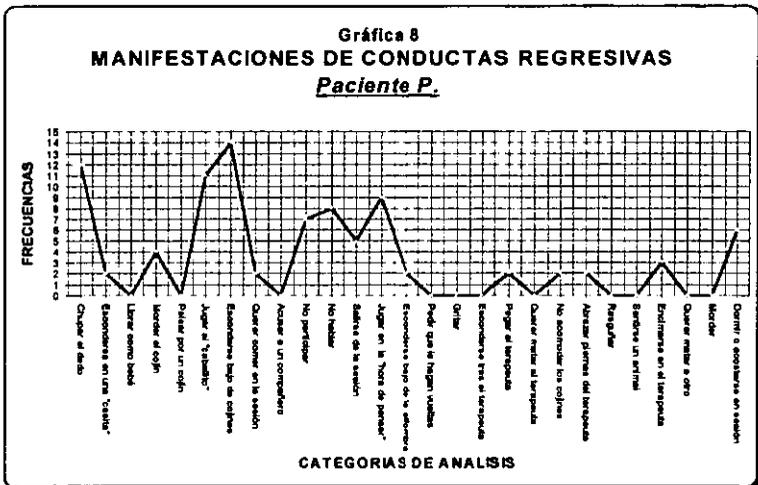
H. es un niño que más frecuentemente jugó en la hora de pensar, se escondió debajo de los cojines y pegó al terapeuta sin verbalizar. (Gráfica 6)



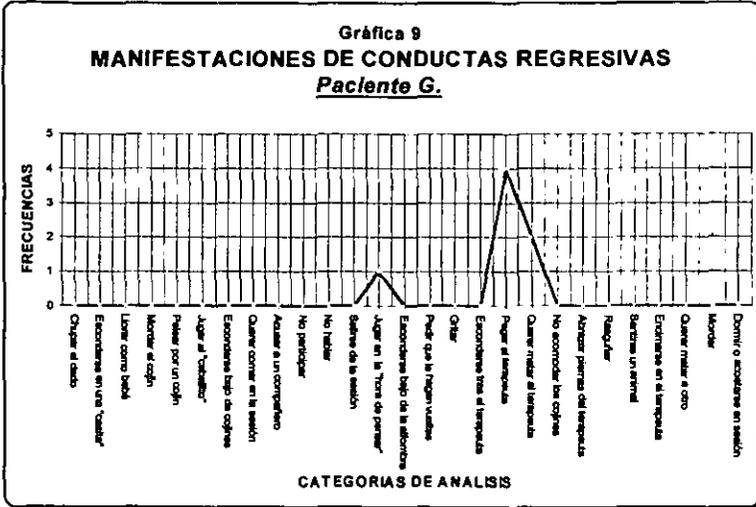
C. emitió conductas regresivas de llorar como bebé cuando surgieron frustraciones en su interacción con los demás, pegó al terapeuta y se salió de la sesión. (Gráfica 7)



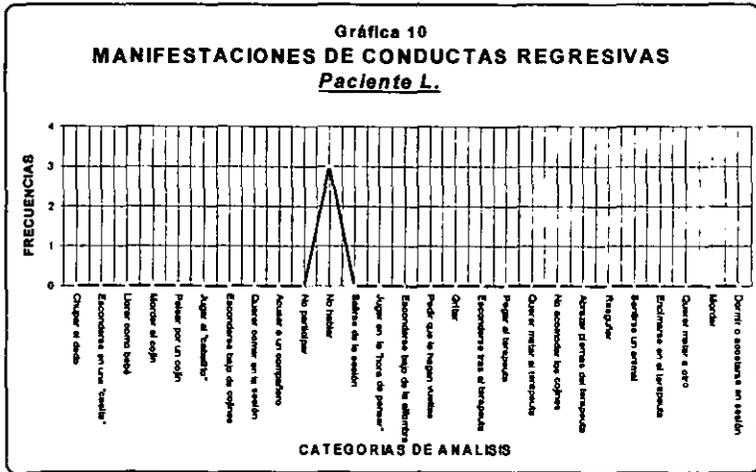
P. presentó con más frecuencia las conductas de esconderse debajo de los cojines, de chuparse el dedo, de jugar "al caballito" y de jugar en la "hora de pensar". (Gráfica 8)



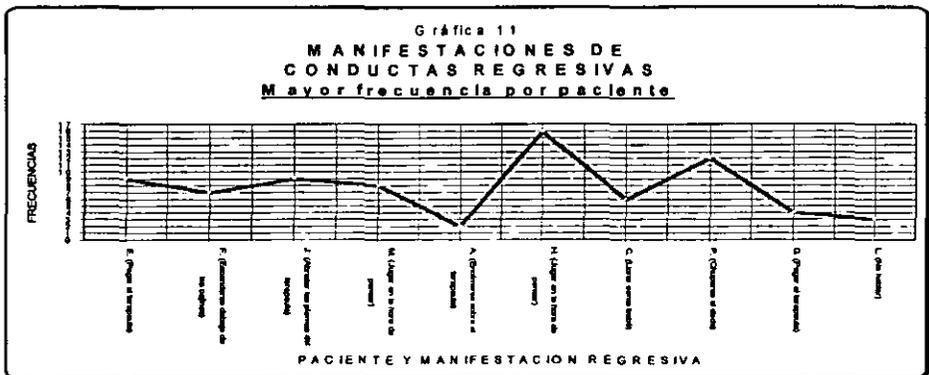
G. solamente asistió en 2 ocasiones y en este tiempo su conducta más frecuente fue la de pegar al terapeuta (Gráfica 9).



L. tuvo una participación muy corta a lo largo del tratamiento y generalmente no hablaba como conducta regresiva (Gráfica 10).



En la **gráfica 11** se puede observar la conducta regresiva de mayor frecuencia presentada por cada niño. H. fue el paciente quien tuvo el mayor número de manifestaciones de conductas regresivas (16) en el transcurso de las 18 sesiones terapéuticas, esta fue la de jugar en “la hora de pensar”. Posteriormente se encuentra P., con 12 veces que repitió la conducta de “chuparse el dedo”. Le sigue, en menor número (9) E., quien pegó al terapeuta mayor número de veces. J. abrazó las piernas del terapeuta un mayor número de ocasiones (9). Por su parte, M. jugó en más ocasiones en la “hora de pensar”. Esconderse debajo de los cojines fue la manifestación conductual que más repitió F. La manifestación de conducta que más veces presentó C. fue la de llorar como bebé. G. al igual que E., presentó, en mayor número, la manifestación conductual de pegarle al terapeuta, aunque en menor frecuencia. L. no dió respuesta verbal con mayor frecuencia. Y finalmente A. se encimó sobre el terapeuta.

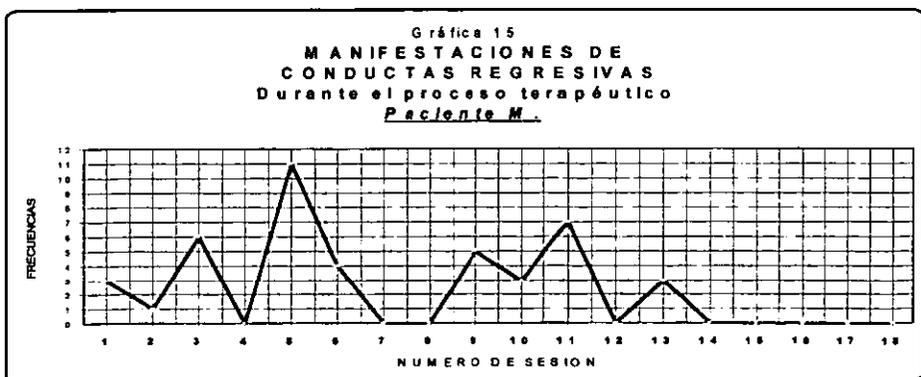


En el transcurso del proceso terapéutico E. tuvo mayor frecuencia de manifestaciones regresivas en las sesiones 4 y 7 (Gráfica 12). Por su parte F. tuvo más conductas regresivas en la sesión 8 (Gráfica 13).

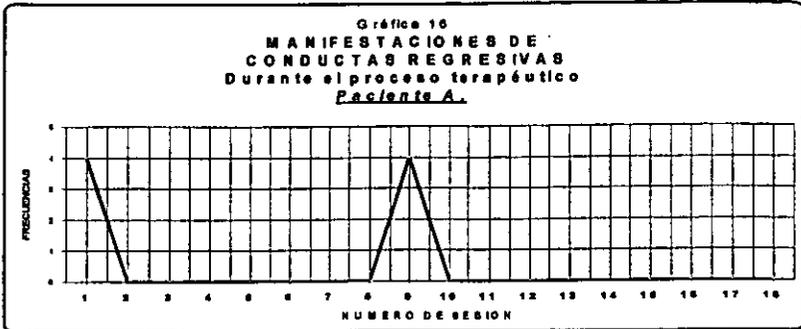


En la **Gráfica 14** se puede observar que J. emitió mayor número de conductas regresivas en la sesión 7.

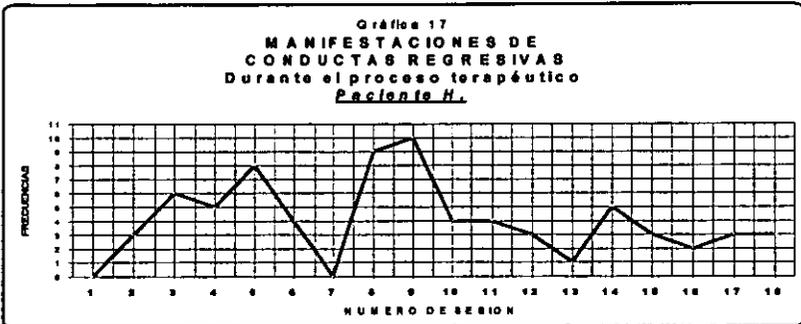
Fue en la sesión 5, en la que M., tuvo mayor frecuencia de manifestaciones regresivas. (Gráfica 15)

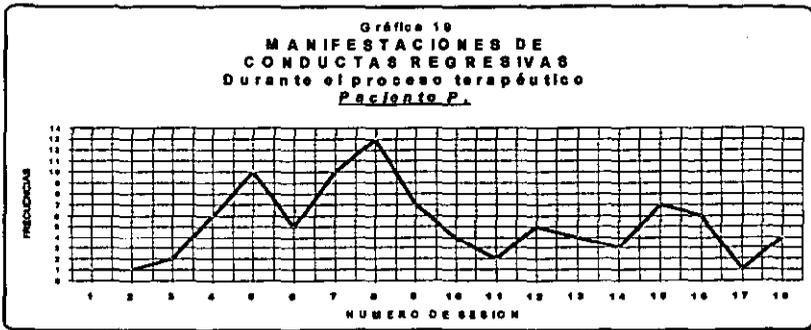


A. expresó conductas regresivas en las sesiones 1 y 9. (Gráfica 16).

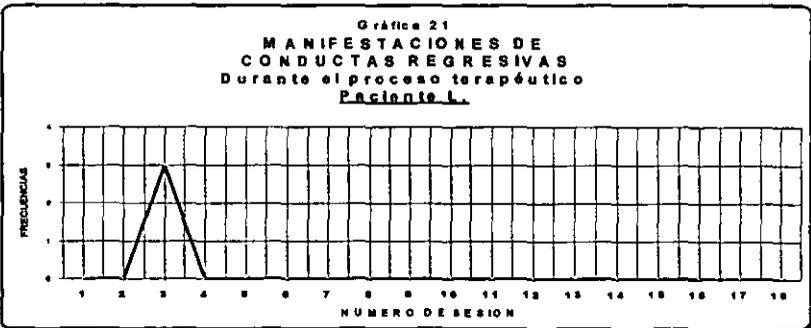
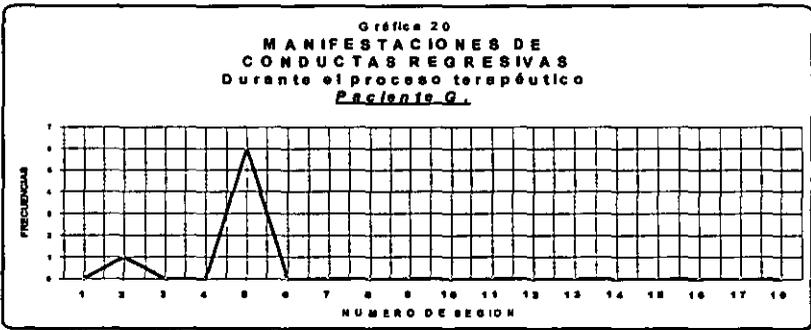


Fue en la sesión 9 en donde H. presentó el mayor número de conductas regresivas (Gráfica 17). C. en la sesión 7 (Gráfica 18) y P. en la sesión 8 (Gráfica 19) tuvieron mayor frecuencia de manifestaciones regresivas.





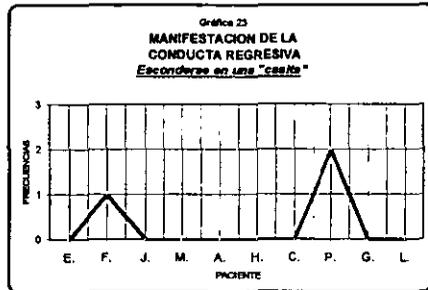
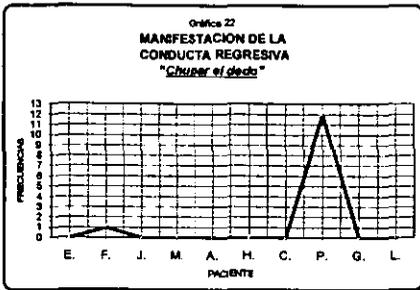
Finalmente, en las sesiones que asistieron, G. y L. expresaron el mayor número de conductas regresivas en las sesiones 5 y 3, respectivamente. (Gráficas 20 y 21).



Los resultados siguientes permitirán observar las frecuencias de cada una de las 27 manifestaciones de conducta regresiva que se presentaron en este estudio.

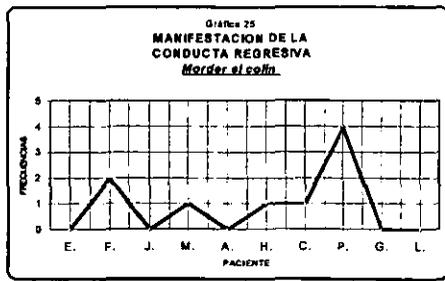
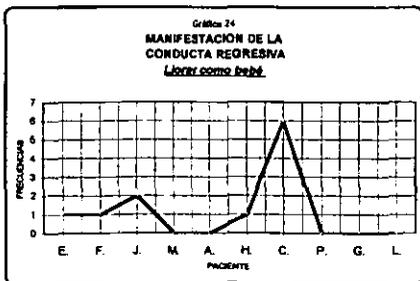
Inicialmente, en la manifestación de “chuparse el dedo” fue P. quien mostró un mayor número de veces esta conducta. (Gráfica 22)

“Esconderse en una casita” elaborada con los cojines utilizados en las sesiones, lo hizo P. con más frecuencia que los otros pacientes. (Gráfica 23)



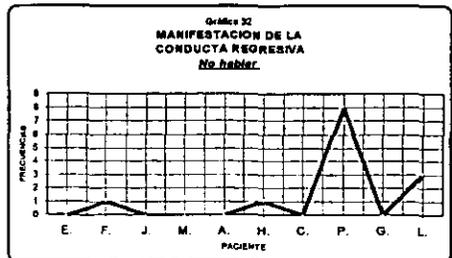
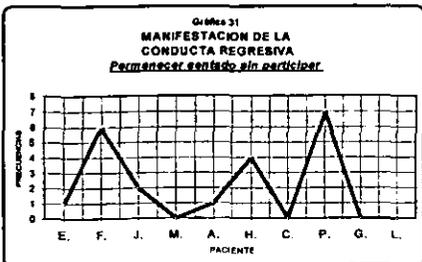
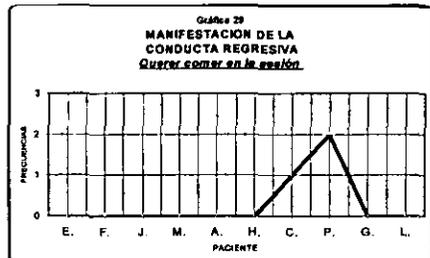
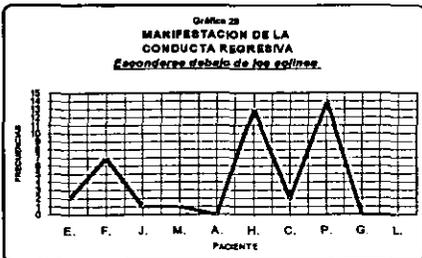
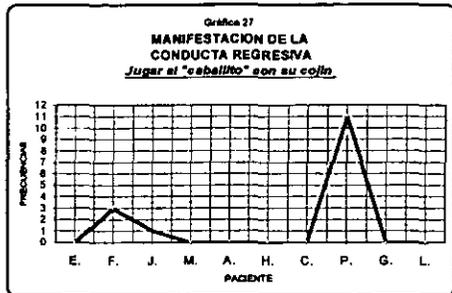
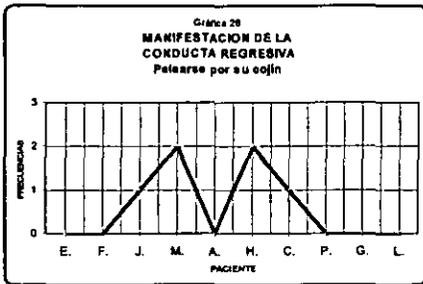
Como ya se mencionó anteriormente y también se puede observar en la gráfica 7, C. “lloró como bebé” en un mayor número de veces. (Gráfica 24)

P. repitió en más ocasiones a lo largo del proceso terapéutico el “morder el cojín”. (Gráfica 25).



La conducta de “pelear por su cojín” fue mayormente manifestada por M. y H. (Gráfica 26)

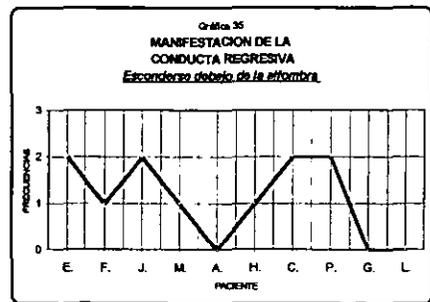
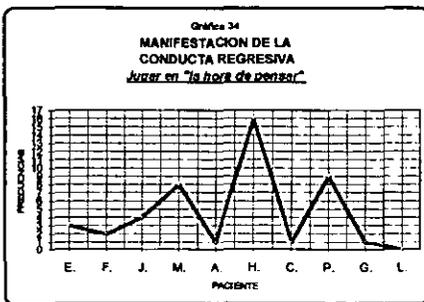
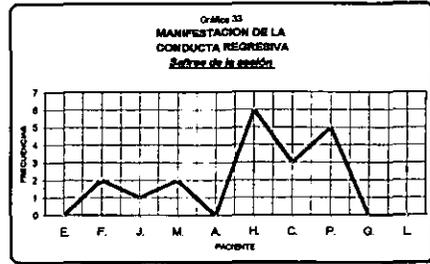
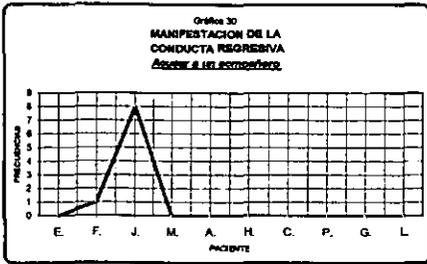
Las manifestaciones de las conductas regresivas de “jugar al caballito” con el cojín, de “esconderse debajo de los cojines”, de “querer comer en la sesión”, de “permanecer sentado sin participar” y de “no hablar” fueron presentadas por P. con mayor frecuencia. (Gráficas 27, 28, 29, 31 y 32 respectivamente)



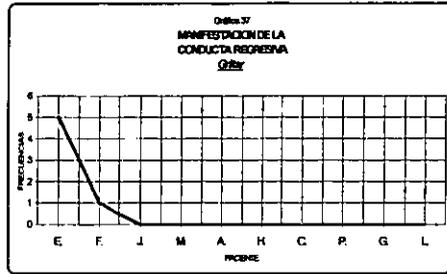
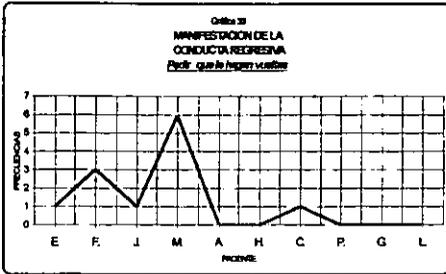
La conducta de “acusar a un compañero” solicitando la defensa fue presentada por J. en un mayor número de ocasiones. (Gráfica 30)

El “salirse de la sesión terapéutica” y el “estar jugando en la hora de pensar” fueron conductas repetidas más frecuentemente por H. (Gráficas 33 y 34)

Con lo que respecta a la manifestación conductual de “esconderse debajo de la alfombra” la presentaron 2 ocasiones E., J., C. y P. (Gráfica 35)

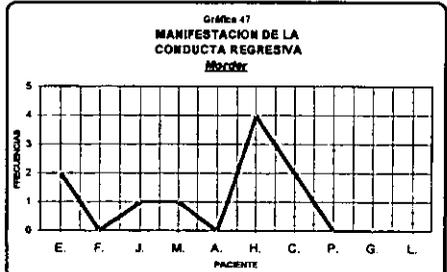
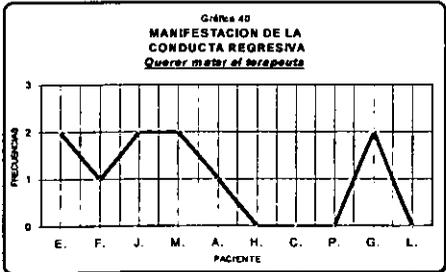
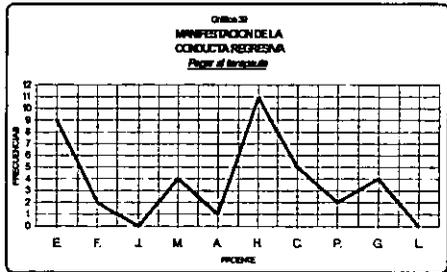
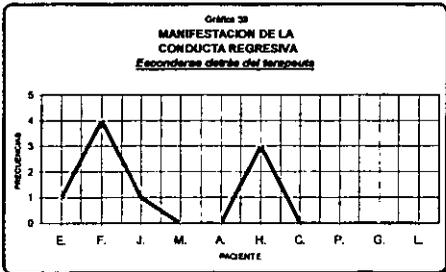


M. solicitó al terapeuta en más ocasiones que le hicieran vueltas “avioncito”. (Gráfica 36). “Gritar” sin emitir palabras cuando se enfrenta ante una amenaza, solicitando de esta forma la defensa del terapeuta, la presentó E. más veces. (Gráfica 37)



La manifestación conductual de “Esconderse detrás del terapeuta” fue emitida por F. en más ocasiones. (Gráfica 38). Pegar al terapeuta” y “Morder” como defensa las emitió más frecuentemente H. (Gráficas 39 y 47, respectivamente).

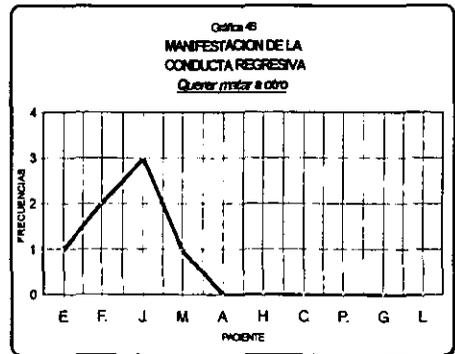
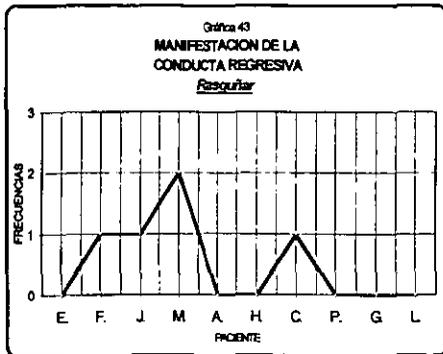
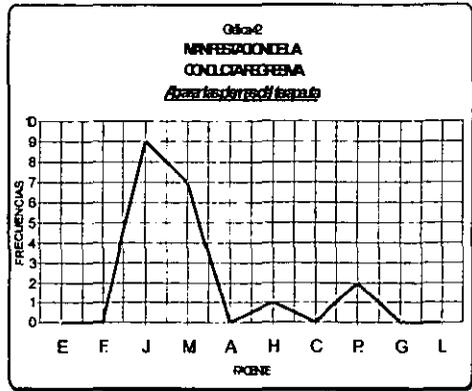
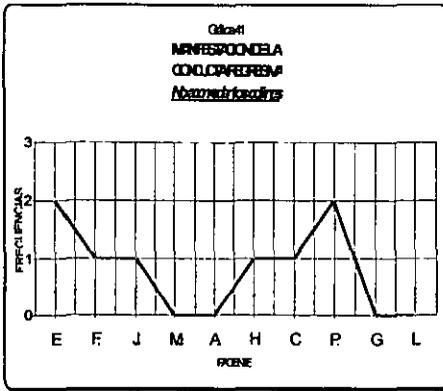
E., J. M. y G. presentaron en 2 ocasiones el “Querer matar al terapeuta” (Gráfica 40)



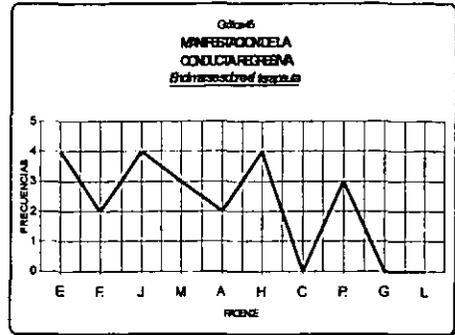
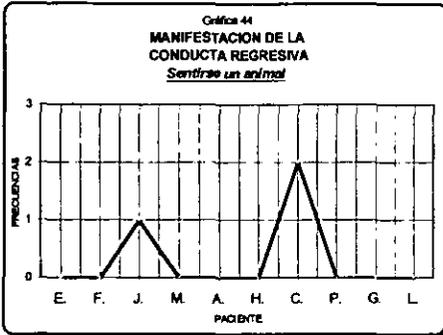
“No acomodar los cojines” en la hora de “poner las cosas en su lugar” E. y P. fueron quienes presentaron esta manifestación en más veces. (Gráfica 41)

J. manifestó el “Abrazar las piernas del terapeuta” y el “Querer matar a otra persona” como conducta regresiva, en un más alto número que sus compañeros. (Gráficas 42 y 46)

“Rasguñar” a otra persona para defenderse o atacar fue presentado con más frecuencia por M. (Gráfica 43)



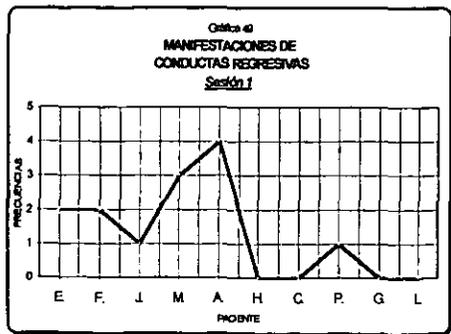
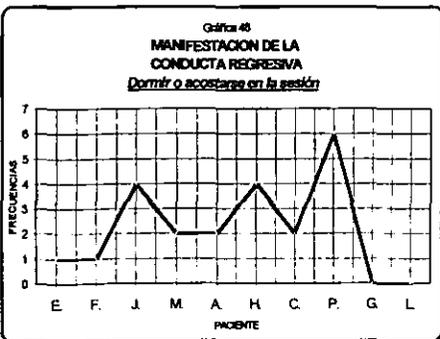
En 2 ocasiones C. expresó conductas de “Sentirse un animal” (Gráfica 44). A lo largo del proceso terapéutico, E., J. y H. se “encimaron sobre el terapeuta” más veces (Gráfica 45)



Y finalmente, tuvo un mayor número de conductas de “Dormir o acostarse” durante la sesión terapéutica P. (Gráfica 48)

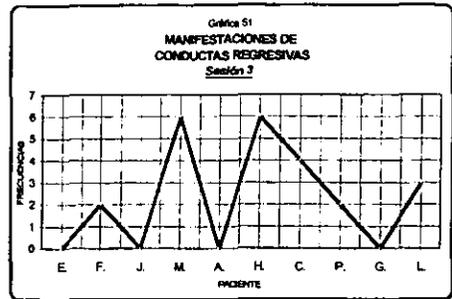
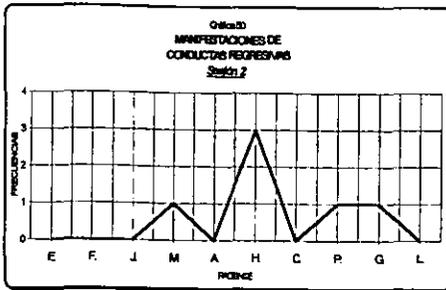
El comportamiento de las manifestaciones de conductas regresivas en cada una de las 18 sesiones terapéuticas se observa de la siguiente manera:

En la primera sesión, el grupo de pacientes presentó un total de 13 manifestaciones regresivas, siendo A. el que tuvo un mayor número de las mismas. (Gráfica 49)



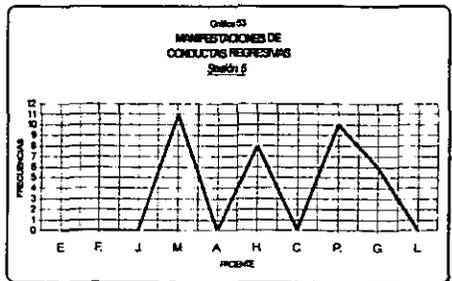
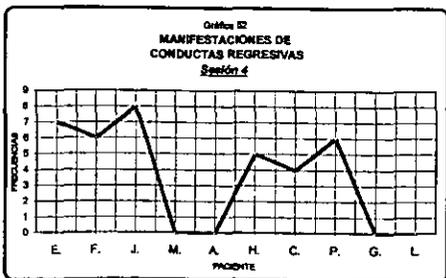
En la sesión 2 hubo un total de 6 manifestaciones regresivas y fue H. quien las presentó con mayor frecuencia. (Gráfica 50)

En la sesión 3 se presentaron 23 conductas regresivas, M. y H. fueron quienes las manifestaron más veces. (Gráfica 51)



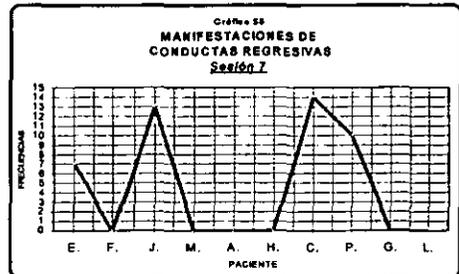
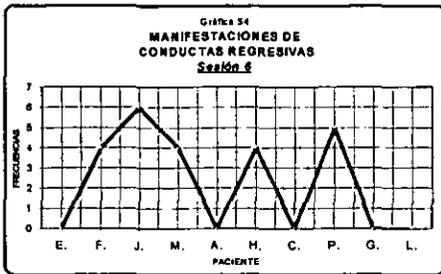
En la gráfica 52 se puede observar que J. fue quien más frecuentemente presentó conductas regresivas en la sesión 4.

En la sesión 5 se pudo observar un total de 35 manifestaciones de conductas regresivas, y fue M. quien presentó un mayor número de ellas. (Gráfica 53)

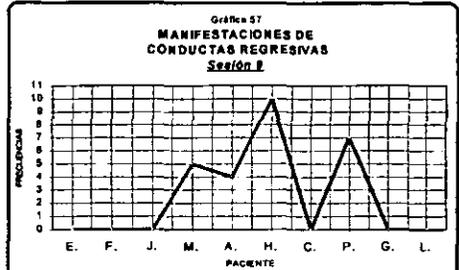
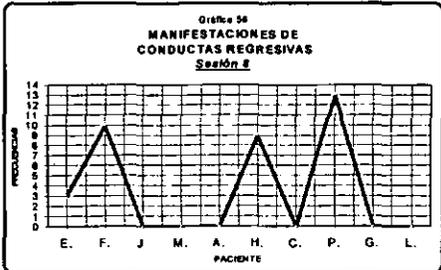


En la sesión 6, J. mostró mayor conductas regresivas (8) de un total de 23 que se dieron en esta sesión. (Gráfica 54)

La sesión 7 fue la que mayor número de manifestaciones de conducta regresiva tuvo de todo el proceso terapéutico (44) y C. fue quien presentó 14 de ellas. (Gráfica 55)

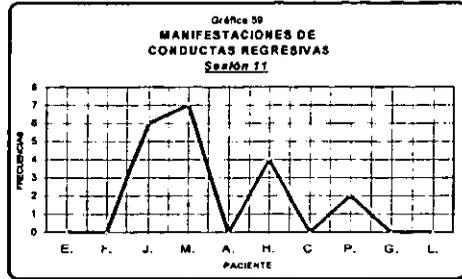
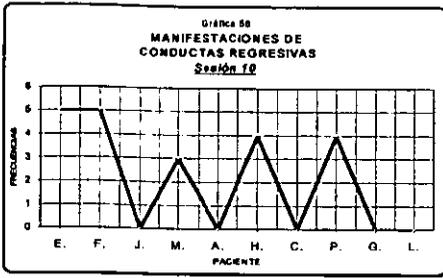


En la sesión 8, P. presentó 13 de 35 conductas regresivas. (Gráfica 56). H. presentó 10 de las 26 conductas regresivas que se observaron en la sesión 9. (Gráfica 57)



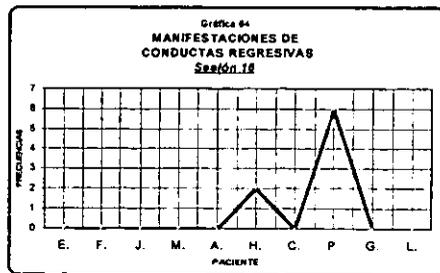
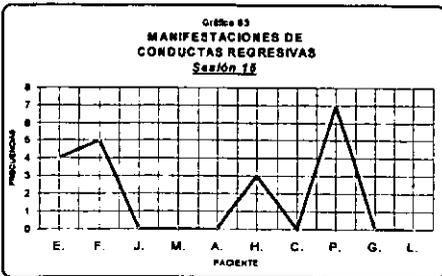
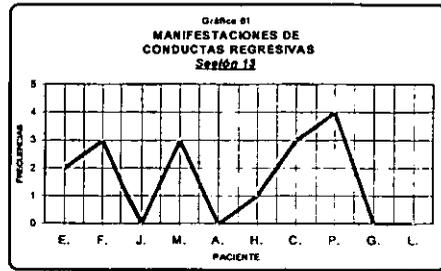
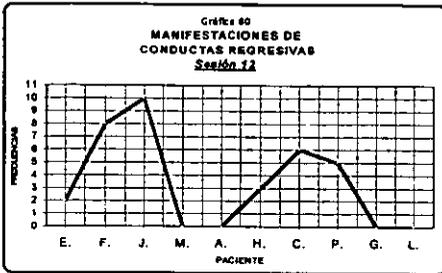
E. y F. presentaron el mayor número de regresiones en la sesión 10, de un total de 21. (Gráfica 58)

En la gráfica 59 se observa que en la sesión 11, M. presentó un mayor número de manifestaciones regresivas de un total de 17.

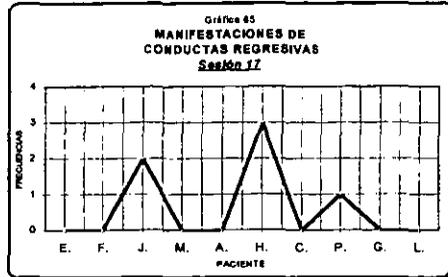
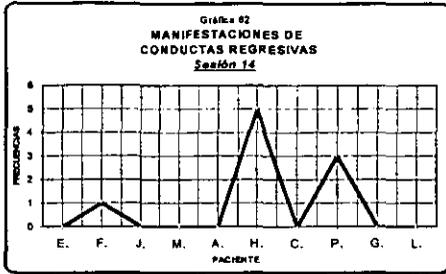


De las 34 manifestaciones de conductas regresivas que hubo en la sesión 12, J. presentó 10 de ellas. (Gráfica 60)

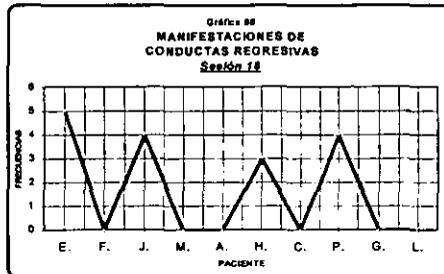
En las sesiones 13, 15 y 16, P. presentó el mayor número de conductas regresivas de un total de frecuencia en cada una de ellas de 16, 19 y 8, respectivamente (Gráficas 61, 63 y 64)



En las sesiones 14 y 17, H. mostró mayor regresiones de un total de 9 y 6, respectivamente. (Gráficas 62 y 65)

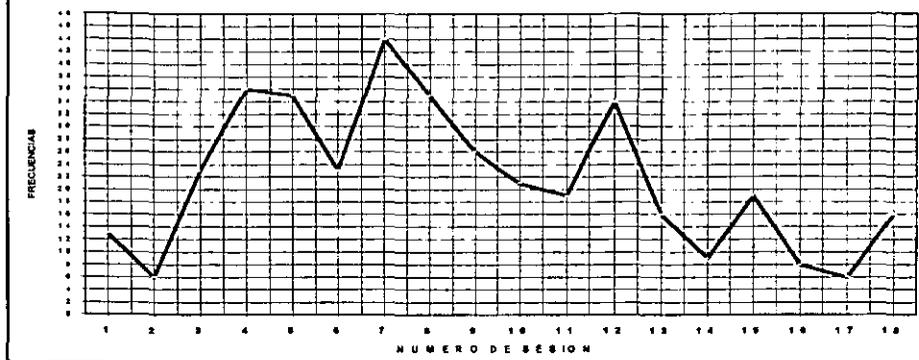


En la gráfica 66 se observa que E. emitió mayor regresiones en la sesión 18 de un total de 16.



Y finalmente, en la gráfica 67 se puede observar las frecuencias de las manifestaciones regresivas a lo largo del proceso terapéutico, en total se presentaron 389.

Gráfica 67  
**MANIFESTACIONES DE  
 CONDUCTAS REGRESIVAS**  
Total de sesiones



El cuadro 13 muestra el informe final de la etapa de seguimiento, información proporcionada por uno o ambos padres y la profesora.

A continuación se presenta el análisis de cada una de las 18 sesiones.

### ANÁLISIS DE LA SESIÓN 1

Se inició el trabajo con el Grupo Infantil Natural (GIN), con niños en la etapa de latencia en un rango de edad de 6 a 10 años. En esta sesión asistieron 7 niños varones. Participaron en co-terapia 2 terapeutas mujeres y 1 hombre.

El terapeuta varón es quien inició "la hora de jugar" lanzando el cojín, los niños respondieron y al mismo tiempo se presentó el encuadre.

El encuadre del trabajo terapéutico se estableció, aunque hubo rupturas del mismo por parte de los niños, lo que indica que existe rebeldía por cumplir las normas de la terapia.

Lo anterior, se puede considerar como un índice para medir el nivel de aceptación

de los niños de los límites externos.

La transferencia hacia los terapeutas se presentó de forma inmediata, se identificó a las terapeutas como la figura materna y al terapeuta varón como al padre.

En esta sesión se manifestó un verdadero enojo hacia los objetos primarios, el niño expresó su deseo de matar al padre y a la madre. Hubo agresiones físicas y verbales hacia los terapeutas. Existió una distorsión a nivel muy primitiva de las figuras paternas.

Las conductas regresivas se presentaron con el deseo de los niños de que la madre los protegiera, los asistiera y los integrara al grupo.

Hubo poca producción en la hora de pensar, los niños solamente expresaban haber visto objetos concretos, querían continuar jugando en este momento de la sesión. Es importante señalar, que generalmente en las primeras sesiones se presenta este tipo de reacciones, debido a que se espera que se dé "el efecto GIN", en donde inicialmente la hora de la acción es mayor en tiempo y la hora de pensar es menor, y conforme va avanzando el trabajo esta manifestación se va invirtiendo.

## **ANÁLISIS DE LA SESIÓN 2**

En esta sesión se presentaron 9 niños. Se integró una niña al grupo, esto originó que se manifestara la rivalidad y la envidia hacia el hermano, debido a que el hermano se muestra más seguro y fuerte en la defensa.

Hubo descarga de hostilidad y deseos de muerte hacia el padre, aunque esto generó sentimientos de ambivalencia, ya que al mismo tiempo surgieron sentimientos de compasión por él; esto provocó ansiedad en el grupo por el temor a quedarse solo. Hubo expresiones de no querer al padre, pero en realidad el niño siente que nadie lo quiere. Por otro lado, para no sentirse maltratado o desprotegido, se alía con el padre.

La carencia de dinero tiene como significado la falta de afecto que siente el niño. Se presentó también la alianza y defensa a la madre para evitar de esta forma ser objeto de

violencia sobre el niño y quedarse solo(a) sin la protección de ella.

Hubo necesidad de contacto físico y de expresión de sentimientos eróticos sexuales.

Las conductas regresivas se presentaron con la necesidad de sentirse protegidos cubriéndose con los cojines. En esta sesión se pudo observar que cada miembro es el representante del grupo.

### **ANÁLISIS DE LA SESIÓN 3**

En esta sesión asistieron 7 niños del grupo. Se integra otra paciente mujer.

Hubo alianzas de los niños hacia los desprotegidos y débiles. Las conductas regresivas se presentaron de diferente forma: el esperar y demandar que la madre les asista y proteja para poder participar en la dinámica grupal, el esconderse debajo de los cojines, el no poder defenderse. Además, la llegada de un hermano nuevo provocó que el grupo reviviera aquella experiencia y de esta manera demandar atención y protección a la madre. Nuevamente se presentó la necesidad de contacto con la madre, lo cual expresa la dependencia hacia ella. Los niños se ocultaron debajo de los cojines y alfombra para evitar pasivamente ser golpeados, es decir se presenta el miedo a la defensa. Manifestación de conductas con golpes y berrinches, en lugar de verbalizar su demanda.

El enojo hacia el padre y a la madre se hizo patente de nuevo. Se retó al padre con el deseo de destruirlo y de demostrar que el niño es más fuerte que él. Hubo deseo de muerte hacia el padre, porque lo percibe como un ser omnipotente y lo considera un ser destructor.

Existió temor a interactuar con otros niños por el miedo a no poder defenderse del nuevo miembro, percibiéndolo más poderoso que él.

La imagen interna de la madre es de una madre mala, monstruosa y perseguidora.

La agresión que depositan los niños varones en una de las integrantes del sexo femenino, es una agresión desplazada para la madre.

## ANÁLISIS DE LA SESIÓN 4

En esta sesión asistieron 7 miembros. Hubo sentimientos de ambivalencia hacia el padre, por un lado está el deseo de tenerlo cerca y cuando esto sucede el niño lo rechaza, debido a que su enojo por la vivencia de abandono es mayor que no tolera ese acercamiento y provoca que perciba al padre malo y destructor.

Por otro lado, la demanda de atención y afecto se hizo de forma agresiva por parte de un miembro del grupo y esto generó el enojo de los demás integrantes.

Deseos de derribar, morder y destruir a la madre a través de la alianza entre los niños.

Como el niño percibe al padre fuerte y poderoso, pidió ayuda para defenderse de él mostrando gran enojo.

Un niño, como representante del grupo, grita agresivamente que se callen todos los asistentes a la sesión (niños y terapeutas), como una forma de controlar la exagerada angustia que le crea el revivir la presencia de los conflictos intrafamiliares.

Surgen las peleas entre los niños, es decir, se presenta la rivalidad entre los hermanos.

Existe una gran demanda de contacto físico con la madre.

Las conductas regresivas manifestadas fueron básicamente de demanda oral, tales como:

- a) Morder los cojines y a los demás integrantes, además de llevar dulces a la sesión, esto permite ver que el grupo estaba tan ansioso que utilizó conductas orales regresivas, que en etapas anteriores funcionaron como apaciguadores de esa ansiedad.
- b) Demanda oral de esconderse debajo de los cojines y permanecer sentado sin participar, evitando de esta manera enfrentarse a su entorno que le parece amenazante y hostil.
- c) La demanda de dinero es una necesidad oral que permite observar la gran carencia de afecto y su deseo de que este sea satisfecho. Y por otro lado, existe el deseo canibalístico de querer devorar a la madre, para destruirla porque hay un gran enojo hacia ella; aunque también hay un gran deseo de incorporarla y que ella esté integrada a cada uno de ellos, de esta forma evitan quedarse solos y vacíos.

## ANÁLISIS DE LA SESIÓN 5

Asistieron 4 integrantes al grupo. Se da la transferencia negativa. Deseos de destruir a ambos padres. El grupo golpea con mucha fuerza al terapeuta masculino lo que indica que está verdaderamente enojado con su padre, y como no puede golpearlo a él, lo hace en el espacio terapéutico. La percepción de la figura paterna es la de un padre dañino y agresivo.

Surge la rivalidad entre los niños del sexo opuesto, una integrante se defiende mejor y al encontrarse en desventaja el niño, éste último quiere subestimar la participación de ella, lo que permite ver que el niño percibe a la madre tan fuerte, que no puede contra ella.

Se da la alianza con el integrante del grupo que presenta una mejor defensa, asegurando de esta forma su propia defensa y evita de esta forma ser golpeado en otro momento, esta se considera una conducta regresiva por que el niño busca protección.

La alianza también se presenta con la figura materna con la misma finalidad de ser protegido y evitar al mismo tiempo de ser agredido por la propia madre, es decir, busca la ayuda de la madre para defenderse de los otros ya que no es lo suficientemente fuerte para hacerlo él mismo.

La manifestación conductual de chuparse el dedo, permite observar la ansiedad experimentada por el niño al no poder defenderse de toda la agresión que se desata en el grupo, entonces utiliza una forma previa que le resultó efectiva cuando él era pequeño.

El grupo refleja la parte maltratada de todos ellos y la manifiesta en forma de rabia, entonces reviven el deseo de protección al chuparse el dedo, esconderse debajo de los cojines o salirse de la sesión.

A partir de esta sesión, los niños empiezan a hablar y analizar en “la hora de pensar” lo que actuaron en “la hora de jugar”.

## ANÁLISIS DE LA SESIÓN 6

Se presentaron 5 niños varones. Hubo una manifestación edípica al presentarse el enojo porque la figura paterna y la materna están juntas. Deseos de presenciar la escena primaria.

El derribar al padre significó un triunfo para el grupo, porque de esta forma vence la omnipotencia que el niño percibía de esa figura. Surgen las fantasías de destrucción hacia el padre con el deseo incestuoso de poseer a la madre, lo que le provocó "el temor a la castración".

Deseos edípicos de deshacerse del padre para quedarse con la madre. El niño experimenta pavor de ser castrado por el padre y esto lo resuelve con conductas regresivas.

Las conductas regresivas fueron las siguientes:

- a) Acostarse en una cama y subirse a un caballito como una conducta masturbatorio para tratar de resolver el temor a la castración.
- b) El deseo de destrucción de la madre y del padre.
- c) Esconderse debajo de los cojines y permanecer sentado sin participar como una forma de evitar ser agredido por los otros miembros del grupo y ante la inseguridad de poder defenderse ellos mismos.
- d) Chuparse el dedo para calmar la ansiedad que le genera el estar en un medio que le resulta amenazante y con pocas posibilidades de controlarlo.
- e) Poca tolerancia a la frustración, dejando de participar y manifestando enojo cuando un compañero mostró ser más fuerte.
- f) Necesidad de contacto materno con la demanda de protección y con una regresión oral (querer teta) que expresa el deseo de ser nuevamente un bebé.

En esta sesión se manifiesta el enojo y la rivalidad entre los hermanos. Dejan de asistir las niñas. El grupo experimentó una sensación de haber triunfado ante el padre.

La sesión tiene un contenido sexual, en su fantasía el niño mata a la madre por ser una mujer infiel, pero al mismo tiempo se queda solo y destruido.

Se presentó una conducta progresiva al poner palabras a los afectos.

## ANÁLISIS DE LA SESIÓN 7

Asistieron 4 niños. Esta sesión se caracterizó por ser altamente regresiva y agresiva. Faltó por primera vez el terapeuta masculino y los niños notaron su ausencia, lo que generó las agresiones y regresiones (necesidad de poseer a la madre, convertirse en un “bebé” y la expresión de gran tristeza).

Hubo agresión hacia ambos padres por el abandono del padre, en su fantasía lo mataron y lo desaparecieron, provocando temor a la castración.

Necesidad de sentirse amados y protegidos por la madre buscando el acercamiento físico con ella.

También hay enojo hacia la madre por su incapacidad de retener al padre y por la falta de atención a las demandas de los niños, y de esta forma se le percibe a ella como un ser malo.

La regresión se presenta a niveles muy primitivos como defensa de lo edípico. Para los niños le resulta muy peligroso crecer. Las manifestaciones regresivas se dieron de forma en que los niños se taparon con los cojines, se aislaron y jugaron con los cojines imitando estar montados en un “caballito”. Otra conducta regresiva fue la de rasguñar a los otros niños en señal de defensa, ya que no tiene formas más elaboradas de manifestar el enojo.

Ante la ausencia del padre, el niño se aferró y se apoderó de las piernas de la madre en dos sentidos: uno para retenerla y estar en contacto físico y afectivo con ella; y el otro, es que el niño desea ocupar el papel del padre y ser el varón de la casa y tratar a la madre como el padre lo hace, aprovechando la ausencia física del terapeuta varón.

Existen dos tipos de conductas: una de actuación para defenderse de la madre; y la otra, de apatía, sin querer actuar.

Hubo resistencia para participar en la hora de pensar, querían continuar en la exoactuación.

Se presentaron regresiones anales (olores) buscando de esta forma el poder (de ser más fuerte, el campeón)

Miedo a la castración ante las fantasías edípicas de quedarse con la madre y que el

padre se vengue de ellos y que los castre.

Dificultad de los terapeutas de controlar la agresión, que seguramente será el mismo sentimiento que genera en sus madres reales ante la ausencia paterna.

Los sonidos guturales, las vocalizaciones son conductas regresivas a etapas muy tempranas de su desarrollo como reacción a la gran carencia de sentirse amados por parte de la madre.

Las conductas regresivas presentadas se debieron a que el duelo que representó la ausencia del padre provocó mucha tristeza y susto; y por otro lado, a la falta de interpretación oportuna.

En esta sesión se pudo ver que cuando el padre está ausente, se provoca el caos en la dinámica familiar, los niños se desestructuran y la madre se enoja porque ella sola no puede manejar al niño pues el padre representa la ley, el orden y la norma.

Hay progresión de acomodar los cojines, como una forma de retirarse de esta sesión con un orden interno ante el caos que se manifestó a lo largo de la sesión.

## **ANÁLISIS DE LA SESIÓN 8**

Asistieron 4 niños. Los niños experimentaron el miedo a la castración ante la ausencia del padre nuevamente.

Hostilidad hacia la madre por su abandono. Ansiedad manifestada muy tempranamente en la sesión a través de conductas agresivas y regresivas como indicador de resistencia al trabajo terapéutico y ante la ausencia del padre. Las conductas regresivas fueron: chuparse el dedo, jugar "al caballito", esconderse debajo de los cojines, salirse de la sesión, jugar a la hora de pensar, permanecer sentado sin participar, encimarse sobre el terapeuta, querer matar a otros, gritar, dormir o acostarse en la sesión y no hablar.

El encuadre fue roto con conductas regresivas al abandonar la sesión en la hora de pensar, el insistir golpear con patadas y en el jugar en la hora de pensar; evitando de esta

forma, hablar en la hora de pensar, ya que al niño le resulta muy doloroso hablar y elaborar esas vivencias en “la hora de pensar”. Por otro lado, presenta conductas regresivas como jugar, esconderse debajo de los cojines y simular dormirse en esta etapa de la sesión, ante la imposibilidad de “hacerle el hijo a mamá”, y también lo compensa con conductas masturbatorias.

El grupo está enojado por la ausencia y el abandono del padre y dirigen su enojo hacia la madre, en forma edípica. El enojo lo proyectan hacia afuera (no ir a la escuela, no asistir a la sesión porque el padre los abandona al irse). También existe por no saber retener al padre y por no permitir el incesto (no le deja hacerle un hijo), es un deseo edípico de ir contra la madre. Existe agresión sexual con deseos de “violarla” lo que da como resultado demasiada ansiedad en el niño. El niño trata de resolver todo lo anterior de forma regresiva.

Hay curiosidad, por primera vez, en los niños de abrir la puerta que comunicaba al GAP (Grupo Analítico de Padres).

El niño ubica la fuerza de la defensa en el exterior y no en el interior. Deseos de destrucción o de muerte hacia el otro. Hay un enojo indiferencial (el estar enojado con todos) porque no se clarifica el abandono y el enojo.

## **ANÁLISIS DE LA SESIÓN 9**

Asistieron a la sesión 4 niños. Experimentaron el temor a ser destruido por el padre por la descarga de hostilidad hacia él, generado por el abandono experimentado en las dos sesiones anteriores. Hacia el padre hay deseos de destrucción y de muerte, y el enojo hacia la madre es porque ella no supo retener al padre. Miedo ante los sentimientos de ambivalencia, de amor y odio hacia los padres.

Resistencia al proceso manifestada en la poca asistencia de los niños en esta sesión. Alianza de un niño con el padre, ante la necesidad de identificarse con él, pero hay otra que le provoca ambivalencia y le genera odio y rechazo. Ante la imposibilidad de aliarse con la

figura paterna, el niño presenta conductas regresivas como de esconderse debajo del cojín, debido a la misma angustia que le genera ese sentimiento de ambivalencia. Esta ambivalencia también le genera un sometimiento hacia el padre ya que el niño tiene la expectativa de que sea protegido por él; y por otro lado, existe miedo de que el enojo contra él le sea devuelto con mayor intensidad.

Las conductas regresivas fueron de querer dormir y de “jugar al caballito” en la hora de pensar.

Negación de sentimientos debido a la no- aceptación de la intensidad de los golpes por parte del padre.

Enojo contra los niños que no asistieron por el abandono experimentado, lo que genera culpa y angustia en el grupo.

## **ANÁLISIS DE LA SESIÓN 10**

En esta ocasión se presentaron 6 niños. Hubo descarga de sentimientos hostiles hacia la figura paterna por su reciente abandono. Necesidad de afecto y amor no satisfechos.

Mayor participación de los niños. Alianza con la figura paterna y agresión del resto del grupo hacia el miembro que se alía con el padre; hay ambivalencia en ese integrante debido a que no exista una seguridad en la protección que representa la figura paterna. Se percibe a la madre como más fuerte.

Se presentó una división en el grupo terapéutico: a favor del padre o a favor de la madre. La conducta regresiva de esconderse debajo de la “casita” se dió ya que hubo un intento del niño de aliarse con el padre y al no lograr fortalecer esta relación por parte del terapeuta varón, el niño se protegió ante la ansiedad que esto provocó (sentimientos de rechazo y de inseguridad). El terapeuta varón repitió la vivencia de abandono y la no- protección del padre real.

Se buscó derribar o derrotar al padre, una vez que el niño lo logró,

momentáneamente deja de agredir a la figura paterna, como símbolo de un triunfo edípico de fortaleza, generando sentimientos de culpa y temor debido a los sentimientos de hostilidad que experimenta hacia los padres.

Deseos edípicos de querer ser pareja de la madre. Existe disposición y deseo de defender a la madre como una forma de hacerla su pareja.

Hay conductas regresivas de dependencia en la defensa (esperar que el padre lo haga por él). Otra conducta regresiva presentada fue la de querer abandonar la sesión ante la angustia que se genera a partir de situaciones que requiere la elaboración (hora de pensar) pues les resulta doloroso realizarlo. Rasgos de oralidad al presentarse la regresión de (“querer comer un taquito”).

Enojo hacia los padres porque los conflictos que genera su propia relación, los desplazan hacia ellos (los padres depositan la agresión en ellos y de esta forma los usan).

Enojo hacia el padre porque no reconoce las cosas que hace mal y no da una referencia de la realidad, existe negación de la realidad por parte del padre.

Gran deseo de sentirse amado y protegido por los padres. En esta sesión reviven el abandono real de los padres.

## **ANÁLISIS DE LA SESIÓN 11**

En esta sesión hubo 4 niños. Hay un gran enojo debido a que la demanda de afecto y atención que se le hace a los padres, no es satisfecha.

Conducta regresiva de solicitar la defensa de los padres acusando a un compañero sin defenderse por él mismo.

Deseos de acercamiento hacia el padre, pero es necesaria la intervención de la madre para que fomente esa relación.

Demanda de atención al padre, pero cuando el niño la tiene, este no responde a ella.

A un miembro del grupo le resulta más fácil acercarse al padre en situaciones de defensa, agresión y golpes, que en condiciones de acercamiento físico y afectivo más estrecho, debido a que su enojo es mucho mayor que su necesidad de afecto.

Por otro lado, existe una necesidad de contacto físico y de atención por parte de la figura materna.

Solicitan “la hora de pensar” como huida ante los sentimientos de angustia que genera el enojo hacia los padres y a los hermanos menores.

Demanda oral de atención ante la conducta regresiva de llorar y no defenderse.

Falta de referencia de la realidad por parte del padre, provocando conductas regresivas y caos en el grupo (no se respeta el encuadre).

El grupo rechaza y tiene deseos de muerte hacia el niño que se muestra ambivalente ante el afecto del padre, y de esta forma el grupo ataca su propia ambivalencia, es decir, el grupo busca a un integrante en el que deposite sus propios sentimientos y deseos.

Enojo y rivalidad hacia los hermanos menores.

Ante la imposibilidad de acercarse al padre, quien establece la ley de la familia, los niños tienen que regresar a la madre (charco del agua). En la situación terapéutica se repitió la realidad cotidiana de los niños, por eso no siguen el encuadre. Ante la indiferencia del padre y la frustración que genera el no poder establecer una relación con él, los niños presentan dos tipos de conductas: 1) de indiferencia hacia él, lo cual tiene connotaciones agresivas, y 2) la regresión hacia la madre.

Hubo niños que no se presentaron en esta sesión, debido a que no se les interpretó oportunamente el sentimiento de abandono por la ausencia del padre.

## **ANÁLISIS DE LA SESIÓN 12**

Se presentaron 6 niños a esta sesión. La sesión inicia con mucha resistencia para iniciar el trabajo terapéutico, esto se manifiesta con conductas regresivas.

Ante el acercamiento de la madre, el niño la rechaza sintiéndola perseguidora. Solicitan ayuda y alianza de sus compañeros y los compañeros responden a este llamado.

Temor a la retaliación o venganza debido a que el niño experimenta agresión hacia los padres. Percibe a los padres muy fuertes y poderosos, y aunque hay enojo por esto, existe un deseo de ser como ellos.

Deseos incestuosos de poseer a la madre. Buscan contacto físico con la figura materna lo que les genera seguridad y conducta masturbatoria.

Las conductas regresivas que se presentan son:

- a) Chuparse el dedo ante la presencia del agresor (niño que grita y espanta a los demás).
- b) Buscar la protección materna y de esta forma evitar ser agredido.
- c) Regresión de tipo anal (olores de calcetines, etc.)
- d) Manifestación de conductas regresivas de esconderse en una casita, chuparse el dedo y dormirse por la angustia ante la defensa evitando de esta forma el enfrentamiento con otros niños. Conducta regresiva grupal (todos emiten llanto de bebé) debido a las ideas de persecución por el temor a la castración y deseo incestuosos de poseer a la madre.
- e) Existe demanda oral de querer comer, pero en realidad es una demanda de afecto y atención.

No hay tolerancia al afecto paterno. Cuando el padre se acerca para abrazar a algún niño, este lo agrede y lo muerde pues su enojo es mayor que satisfacer esa necesidad.

Se presenta una conducta de progresión de que ahora el niño sí se defiende, y por otro lado la de solicitar la hora de pensar.

Cuando el niño le quita el calcetín a la terapeuta y llora cuando esta hace efectiva la retaliación, en realidad el niño siente curiosidad y ansiedad por la excitación sexual en la fantasía. Muestra una parte de su exhibicionismo, aunque es una agresión, él pretende que vean su cuerpo. En su fantasía, quitarle el calcetín significa sentirse descubierto e impotente.

Aparecen conductas femeninas por la identificación psicosexual con un padre y el niño no tiene la suficiente fuerza debido a una mala identificación con ese padre y por eso teme a la madre.

## ANÁLISIS DE LA SESIÓN 13

Se presentaron 6 niños. Nuevamente se ausenta el terapeuta masculino y desde el inicio de la sesión se provoca caos y confusión en el grupo. La ausencia del padre genera exacerbación edípica en los niños.

Existe competencia y rivalidad entre hermanos para quedarse con la madre. Deseos omnipotentes de poseer el lugar del padre y de poseer a la madre (“ocupar el lugar del rey”).

Conducta agresiva y regresiva de morder a otros y sentirse un animal feroz, pues de esta forma mantiene alejados a los demás integrantes y trata de calmar su deseo incestuoso.

Alianza con el niño físicamente más fuerte para evitar que le peguen. Indefinición de la alianza, no-claridad de pertenencia a un grupo (confusión).

Regresión oral (comer galletas) por la angustia que le genera la rivalidad y la lucha de quedarse con la madre y prefiere tomar una conducta y postura de indefenso. Hay agresión del grupo ante esta regresión.

Preferencia de permanecer acostado. Se presenta la regresión de no elaborar la vivencia experimentada dentro del grupo. Acostarse también para no defenderse.

Ante la figura agresiva, se genera en el grupo más agresión e impotencia (parálisis) por controlarla. Los niños quieren espantar a mamá, porque no está papá. Sin duda, este sentimiento lo experimentan las madres reales cuando su hijo presenta este tipo de conducta en su entorno cotidiano.

Se centra la oralidad canibalística con una gran carga agresiva y un deseo de destrucción.

Rechazo ante las muestras del afecto materno. Miedo hacia el padre porque vaya a tomar una conducta retaliativa, surge el temor a la castración.

Caos interno, desorden, confusión y enojo al no poder vislumbrar o aclarar la ausencia del padre porque las terapeutas no se lo explican y él mismo no se explica el deseo incestuoso de poseer a la madre. Ante la imposibilidad de quedarse con la madre hay un sentimiento de impotencia y lloran (conducta regresiva).

Presentación de conductas regresivas de chuparse el dedo y comer el cojín (regresión

oral) por la necesidad de amor, afectos y besos.

Deseos de no crecer permaneciendo pasivo.

Progresión de acomodar los cojines que representa un deseo de reparación, debido a que la interpretación se realiza de forma oportuna, lo que permite que el grupo salga del caos, de esta forma el grupo se tranquilizó y se organizó. La elaboración de la torre con los cojines tiene el significado de lo fálico, reorganizando de esta forma al grupo y permitiéndole actuar.

El niño revive en la terapia la agresión del padre hacia el más débil.

## ANÁLISIS DE LA SESIÓN 14

Esta sesión es la primera Plenaria, es decir asisten los pacientes con sus padres reales. Hay poca asistencia, dos niños con sus madres, por la resistencia y miedo de los padres a conocer la relación con sus hijos.

Se puede observar la defensa y protección de la madre real hacia sus hijos.

Los hijos aprenden los patrones conductuales de los padres (impulsividad, no rendirse, etc.).

A las madres les resulta muy agotador el acercamiento físico con su hijo porque esto les consume mucha energía.

Sentimiento de envidia y rivalidad hacia los hermanos reales.

Intolerancia hacia las muestras de acercamiento físico y afectivo de la madre. Miedo y enojo del niño al ser abrazado. El niño se puede relacionar con el golpe, pero no a través del afecto.

Sentimientos de confusión e impotencia por parte de la madre ante la agresión del niño, conducta que en ocasiones paraliza a los padres y que controlan a través de los golpes, aumentando de esta forma el enojo en el niño, esto provoca miedo e incapacidad de controlar la agresión.

También hay dificultad de los padres reales de acercarse a sus hijos, poca demostración de afecto que es aprendida por ellos.

Enojo manifiesto por el abandono de los padres y excesiva demanda de afecto.

Negación del enojo y del dolor, el niño se muestra invencible con mucha fortaleza física, pero en realidad es una especie de caparazón para que no muestre sus verdaderos sentimientos de vulnerabilidad.

Poca tolerancia a la frustración (no-aceptación del "perder") pues es una muestra de debilidad.

La madre niega y atenúa la agresión del padre, pues es una muestra de alianza agresiva de ambos padres en contra del niño.

Padres impulsivos, con poco control, existe autoagresión del padre, pues no puede expresar su rabia de otra manera. Madre con agresión contenida que proyecta cuando hay mucha tensión. Familia muy agresiva con poco control de impulsos.

Sobre demanda y exigencia del padre real hacia la madre para que se le atienda prontamente, misma conducta que el hijo tiene.

Sentimientos de ambigüedad del niño, por un lado quiere que desaparezca la madre, y por otro le atemoriza su pérdida y llora.

Regresiones:

- a) El niño evita exponerse hacia los demás para no ser golpeados. Las madres reales tienen los mismos patrones de conducta de evitación de los hijos (esconderse para no ser golpeadas).
- b) Cuando al niño se le confronta con su madre real (golpearla con el cojín), hace regresiones chupándose el dedo, debido a que esto le genera mucha angustia y confusión.
- c) El niño solicita la defensa de la madre real, de esta forma permanece simbiotizado a la madre real. Demanda de atención en forma de berrinche y enojo.
- d) Conducta regresiva canibalística (morder) para evitar el acercamiento (conducta que se torna agresiva).

Existe un rechazo velado de la madre real hacia el niño, pues en realidad es ella

misma quien no quiere acercarse a él. Pretextos de la madre para no permitir el acercamiento del niño, porque de esta forma evita la demanda.

Surge un miembro, en donde el grupo deposita su patología como reacción ante la ausencia del padre, que seguramente es el mismo papel que juega en su casa, lo que promueve que el niño se aisle y se enoje.

Hay un enojo del niño hacia la madre porque no lo defendió del padre, en realidad la madre se alía con el padre para *acusarlo*. Las madres demandan apoyo del padre para aliarse en el control agresivo hacia el niño.

La madre real proyecta en el marido su propio enojo.

Es importante explicar al niño la pérdida de su propio control (que el niño se dé cuenta de que no es malo, sino él puede modificarlo).

Se muestra en la sesión, que la historia de las madres reales (madre maltratada por su padre y su propio hermano) repercute en el desarrollo de los niños.

## ANÁLISIS DE LA SESIÓN 15

En esta ocasión asistieron 4 niños. Poca disposición a participar en el inicio de la sesión, cabe mencionar que esta fue la sesión posterior a la sesión plenaria. Aunque en la plenaria asistieron 2 niños, el grupo percibe la angustia que se generó allí.

En esta sesión la conducta de rodarse en la alfombra se hace de forma espontánea y sin enojo porque no está presente la madre real.

Búsqueda de alianza en la agresión con el padre, para defenderse de la madre devaluándola. El niño demanda al padre agredir y controlar a la madre.

El padre (terapeuta) no permite la alianza con los hijos y de esta forma dificulta la identificación con un padre bueno.

Cuando el niño no se siente atendido, se muestra indiferente y de esta forma se siente desplazado y evita sentir el dolor que esto le provoca.

Hay dificultad para que inicie la hora de pensar (se hacen 3 señalamientos) pues los niños prefieren estar en la exoactuación.

La sesión resultó muy amenazante para el niño a quien el grupo le exigió que se defendiera, en esta ocasión no pudo aliarse con los compañeros para evitar que lo golpearan, esta fue la última sesión que se presentó. A través de este integrante, lo que hace es que en el grupo se genera el miedo y temor a su propia homosexualidad. Este miembro se identifica con una madre que se deja golpear

Se muestra la fortaleza física frente al más débil. Pero cuando el otro es más fuerte, el niño huye.

Deseo de destruir a los padres y ser más poderoso que ellos, pues los perciben grandes y fuertes, sin poder defenderse de ellos, solo a través de ser más agresivos.

Las conductas regresivas fueron:

- a) Escondarse debajo de la alfombra porque le resulta muy angustiante defenderse.
- b) Búsqueda de protección de la madre ante la dificultad de defenderse.
- c) Gritar y evadir los golpes sin defenderse.
- d) Regresión oral y de esconderse debajo de los cojines al presenciar la agresión hacia la madre, como cuando observa los conflictos en su familia real.
- e) No defenderse y mostrarse débil provocando mucho enojo al resto del grupo, regresión que refleja el deseo de convertirse en bebé.

Existe rivalidad entre hermanos, enojo hacia la madre por defender al más débil (posiblemente este miembro será el más débil en casa y en la escuela) enojo que después se transforma en agresión verbal por parte de los demás miembros del grupo.

Hay un deseo de no ser visto y de desaparecer a todos los demás integrantes del grupo pues el niño está altamente enojado.

Aunque el impacto de la sesión anterior fue muy fuerte, no se retomó en la interpretación en la hora de pensar, esto hace que continúe su enojo.

Los niños no saben defenderse de los padres por el hecho de que son más grandes.

Contratransferencia de las terapeutas ante la debilidad del niño, que seguramente es lo que las madres reales sienten. Reflejo de la impotencia de la madre para darle

tranquilidad.

Parte del grupo siente y expresa que a su familia la percibe como una cárcel, sin libertad, maltratados y sin ser tomados en cuenta.

## **ANÁLISIS DE LA SESIÓN 16**

En esta sesión hubo poca asistencia, 3 niños. Hubo un intento de un juego reglado y con mayor estructura, aunque al inicio no hubo claridad en los límites y en las reglas. Un miembro del grupo empezó a poner orden y a marcar las reglas como una necesidad grupal de estructurarse internamente.

La conducta regresiva de chuparse el dedo se presenta ante la competencia con el otro compañero y ante la amenaza de abandonar al grupo.

Un integrante que ha venido participando sin solicitar ayuda, lo hace en esta ocasión y se le interpreta que de esta forma las cosas se facilitan más y se convierte en vocero del grupo en esta experiencia.

El padre deja de apoyar al hijo en la dinámica del juego, la madre sustituye este apoyo.

Poca tolerancia y enojo al perder, como si existiera un deseo voraz de acaparar el triunfo. Negación del enojo.

Se presenta el aviso de la terminación del tratamiento. (Antepenúltima sesión)

## **ANÁLISIS DE LA SESIÓN 17**

Segunda asamblea plenaria en la cual asistieron 4 niños, dos de ellos solamente con su madre real y los otros 2 con ambos padres reales.

Las conductas regresivas fueron:

- a) Evitación de enfrentarse con los demás y de ser golpeado ocultándose debajo de los cojines.
- b) Poca tolerancia a la frustración manifestada en llorar porque las cosas no salen como el niño espera con demanda de atención. No querer participar (berrinche porque no logra captar la atención de los demás) y manifestación de celos, como una demanda voraz de ser atendido.
- c) Chuparse el dedo ante la ansiedad que le despierta la interacción con los demás (de agresión cercanía, enojo).

Los padres manifiestan de una manera similar las conductas que el niño viene presentando en el grupo. Padre que golpea muy fuerte a las terapeutas, estas responden con igual fuerza. El padre parece invencible, mismo patrón de respuesta que tiene el niño. Hay negación del enojo por parte del padre, mismo que copia el hijo en una identificación de sentirse invencible y omnipotente.

Juego propuesto por los terapeutas para promover el acercamiento físico entre padre e hijos, mismo que es aceptado por la mayoría. Se favorece el acercamiento físico a través del juego.

En algunos niños hubo mayor tolerancia y disposición para participar en el juego con los padres. Los niños se muestran contentos y cooperativos para jugar con sus padres, y por otra parte en los padres existe mayor participación.

El grupo expresa resistencia y negación a través del miembro que no le gusta ni puede acercarse a los demás, no acepta que desea ese acercamiento y que este le genera emociones agradables. Parece que la familia no sabe relacionarse afectivamente. Racionalización de la emoción porque no se acepta plenamente la experiencia de placer que le genera el acercamiento.

Negación del enojo por parte del niño y la madre no le muestra una referencia de la realidad. La madre sola no sabe ni puede enfrentar, controlar, orientar y contener al hijo, le hace falta la presencia del padre, porque de esta forma le resulta una tarea muy desgastante. Ante la presencia del padre, el niño muestra mayor tolerancia de acercamiento con la madre,

esto debido a la exigencia del padre, por la autoridad y ley que él representa. Lo anterior es una muestra de la importancia en la participación de ambos padres en la formación de los hijos, porque de otra forma el niño termina siendo una carga.

Racionalización de una madre sobre la importancia de ser flexibles en la relación con los niños, aunque ella no lo realiza de esta manera (es decir, no lo pasa a la emoción) su hijo, en esta sesión, se mantuvo enojado y apartado de ella.

Manejo del fin del tratamiento. Algunos niños niegan el duelo que representa la terminación del trabajo terapéutico, mientras que otros aceptan la tristeza que esto genera.

Los padres hacen una evaluación de los avances del trabajo. Se toma conciencia de la importancia de la participación y asistencia para el avance del niño en el grupo. Así mismo de que los padres pueden jugar con sus hijos sin perder el respeto. Los padres pueden ver que es más fácil de lo que pensaban acercarse a sus hijos y demostrarles afecto. Hay mayor conocimiento de las necesidades del hijo y que el respeto en las decisiones del hijo es primordial para fomentar la comunicación y la cercanía. Deseo de un cambio interno y poder lograrlo.

Progresión general del grupo en exponer y verbalizar sus emociones y experiencias (situación que es expresada a través de la progresión de un miembro del grupo, que antes no hablaba y ahora lo puede hacer).

## **ANÁLISIS DE LA SESION 18**

La sesión inicia con 4 niños y 2 terapeutas (mujer y hombre). Hay evasión debido a la angustia que generó el ser el fin de la terapia, misma que se manifiesta en querer salirse muy tempranamente de la sesión.

Existe un deseo de que no finalice el trabajo terapéutico, que se manifiesta a través de un miembro del grupo que antes casi no golpeaba y que ahora lo hace de manera más intensa y constante, tanto a terapeutas como a demás compañeros del grupo.

Conducta de regresión esconderse debajo de una “casita” al hacerle la interpretación de maltrato de la madre, y esto le genera angustia. Conducta de regresión muy próxima a la hora de pensar y de finalizar el tratamiento como una forma de no-aceptación del fin del tratamiento y de no aceptar ni hablar el duelo de la terminación. Evasión de pensar enojándose y saliéndose de la sesión.

Hay conductas regresivas y masturbatorias, de evitación de la defensa y de esconderse debajo de los cojines. El niño se muestra regresivo ante la terminación de la terapia con expresiones de tristeza, aunque esto no lo puede verbalizar. También hay enojo y esto lo logran hacer consciente.

Se intensifica la agresión hacia la madre (terapeuta que se integra después) pues hace vivir nuevamente el abandono de la madre. El niño busca la alianza contra la madre, (tanto del padre, como figura de autoridad y a quien percibe y confiere poder para someter a la madre, como de otros miembros del grupo). Se reciente el abandono y agresión de la madre, se le percibe como vieja, amargada y descuidada en su arreglo personal.

Existe contra el padre, así mismo busca la alianza con otros miembros para someter, vencer y matar al padre, aunque este deseo lo vive con mucho miedo a la retaliación agresiva del padre.

Manifiestan su carencia de afecto ante el deseo voraz de comer y de no llenarse con nada. Conducta regresiva de querer estar siempre simbiotizado a la madre.

El querer convertir “la hora de pensar” en “la hora de soñar” expresa el deseo de ver realizado el sueño de ver a la mamá buena.

Progresiones:

- a) Rescatar la madre buena de la madre mala y peligrosa.
- b) Hay conductas de progresión de los niños que ahora sí pueden defenderse y atacar al mismo tiempo, y que anteriormente corrían y se escondían detrás de la terapeuta ante la misma amenaza.
- c) Anhelo de llevarse lo bueno del tratamiento para continuar en el mundo externo.
- d) El temor a la terminación del análisis es porque hay temor interno de que el terapeuta se olvide de ellos, sentimiento que cuando se aclara y se les asegura que el afecto

continuará, ellos pueden despedirse. La terminación del análisis le remueve el abandono que hay experimentado con respecto a la relación con sus padres reales, cuando se les señala que tengan confianza en el afecto que se generó en la relación terapéutica se abre la posibilidad de expresar y verbalizar un adiós y con esto la aceptación del fin del proceso terapéutico.

- e) La fotografía que tomó cada miembro del grupo, incluyendo los terapeutas es un símbolo de tener presente y de conservar la experiencia vivida en el proceso.

Fin del trabajo terapéutico.

## **6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

## DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos decir que los eventos regresivos que se presentaron en el trabajo terapéutico, con la técnica GIN (Grupo Infantil Natural) y realizado con niños latentes, ofrecieron la oportunidad de revivir la experiencia y la posibilidad de corregir en el nivel de desarrollo en donde se presentó el conflicto. Por lo tanto, el proceso regresivo originó la posibilidad de rectificación y progresión. A este respecto podemos señalar, de acuerdo con Melanie Klein (Segal, 1992), que ninguna experiencia se borra o desaparece, y sólo es necesario que en el individuo se vuelvan a presentar condiciones similares a aquella etapa de su desarrollo, para que se remuevan las ansiedades tempranas, y entonces se pondrán en acción los mecanismos de defensa tempranos.

El continente que proporcionó el contexto terapéutico, permitió a cada uno de los pacientes del grupo, regresar a las etapas anteriores en donde el conflicto que produjo la regresión se volvió a reeditar para que de esta forma se diera la oportunidad de “corregir” las experiencias que estaban incidiendo en el avance de su desarrollo, y junto con la interpretación, permitieron ir hacia la progresión.

Los eventos regresivos se fueron presentando de manera paulatina, y se fue incrementando la frecuencia hasta aproximadamente la mitad del proceso terapéutico, para que en la segunda mitad se diera un descenso paulatino también. Podemos decir que el grupo terapéutico permitió, desde el inicio, expresar las conductas regresivas con tolerancia y contención pero ahora con la posibilidad de comprenderlos de forma diferente al pasado y elaborarlos. Grinberg et al. (1974) enfatizan en que la tolerancia y la cohesión en el grupo se debe a los procesos de identificación que surgen entre sus miembros.

La historia del desarrollo de cada uno de los pacientes integrantes del GIN se dejó ver a lo largo de las 18 sesiones que conformaron el período de terapia. Cada niño mostró su propia historia, los éxitos y tropiezos en su desarrollo, y cómo estos contribuyeron a formar su estructura de personalidad. También podemos decir, que ese desarrollo mostró áreas de conflicto, pero no todas esas áreas fueron conflictivas, sino que algunas permitieron

que el niño pudiera, en el grado extremo, de “sobrevivir”, a pesar de las diferencias en el desarrollo de las diversas áreas. Freud (1993) en su propuesta teórica, expone que las líneas del desarrollo no siempre se dan a la par y que justamente esto permite la diferencia entre cada uno de los seres humanos. Son varios los factores que intervienen en esa diferenciación individual, tales como la maduración en el desarrollo de la libido y la agresión, el propio yo, las tendencias innatas hacia la organización, defensa y estructuración; la personalidad de los padres, la familia y el ambiente cultural.

En por lo menos alguno de los integrantes de este grupo GIN, se presentaron carencias muy importantes como la ausencia física y emocional de la madre, hecho que ha repercutido en el niño, quien fue canalizado por ser un niño sumamente problemático y sin control, y que a lo largo del tratamiento mostró su intolerancia hacia el acercamiento físico tanto de sus compañeros como de los terapeutas. Winnicott (1986) explica que en el desarrollo emocional del individuo hay salud cuando no hay eventos que distorsionen o hagan tropezar ese proceso; además afirma que el niño está constantemente en desarrollo y que éste demanda condiciones cuantitativas y cualitativas de acuerdo a su edad. Eventos tan traumáticos, y de acuerdo con Freud (1993) tienen un impacto en las actitudes del yo y las pulsiones.

Así también, las manifestaciones conductuales de regresión permitieron observar la etapa de desarrollo en donde se presentó el conflicto. Las 27 categorías de análisis nos muestran que surgieron expresiones regresivas tan primitivas como la de querer regresar al seno materno en demanda de sentir la protección inmediata e incondicional que proporcionó la madre en aquel momento, como se observa en las categorías de *“escondarse en una casita”*, *“escondarse debajo de la alfombra”* y *“escondarse debajo de los cojines”*. Winnicott (1986) asegura que en cualquier edad el niño requiere sentirse afectuosamente sostenido de una manera amorosa igual que cuando la madre lo llevaba en el seno, y que un buen *holding* en edad muy temprana y cuando el niño está en dependencia absoluta, permite apoyar el desarrollo del yo, de alguna forma la madre confirma al bebé la fantasía omnipotente de ser el creador del mundo, y cuando esta confirmación responde a ese sentimiento permite que el niño se perciba como un buen creador.

Se presentaron situaciones regresivas en donde se reeditaron períodos anteriores en la historia del desarrollo del paciente, como en la categoría de análisis de “no hablar” como una manera de no utilizar el recurso del lenguaje, que es más elaborado al poner palabras a sus afectos y expresar sus emociones. Un evento de progresión se presentó cuando el niño que manifestó este tipo de conducta regresiva de forma constante, pudo exteriorizar verbalmente su demanda. Dupont y Jinich (1993) expresan que el Gin promueve de manera temprana el verbalizar los conflictos.

Las manifestaciones regresivas de “chuparse el dedo” y “morder el cojín” y “querer comer en la sesión”, para propósitos de la presente investigación, tuvieron como significado el que el niño provocó una satisfacción oral en esa etapa del desarrollo para evocar experiencias que fueron más placenteras que las que se están experimentaron en ese momento. Freud (1993) explica en la línea de desarrollo desde la lactancia hasta la alimentación racional, que el chupeteo viene a sustituir una demanda de satisfacción y que de alguna forma genera en el niño cierta seguridad. Cuando existe una regresión oral se hace un regreso a un funcionamiento establecido por al principio del placer.

Uno de los recursos más potentes con los que cuenta el bebé es el llanto, para hacer saber a la madre cuál es su carencia, con ella él establece una relación de objeto parcial o de satisfacción de las necesidades, y utiliza este recurso para que principalmente sus necesidades orgánicas y derivadas de los impulsos, sean satisfechas de forma inmediata de acuerdo con Freud (1993). La regresión de “Llorar como bebé” permitió el observar en el ámbito terapéutico, que el paciente demandó de forma muy primitiva que se cubriera esa necesidad, que nos muestra que ahora es afectiva. A propósito de esto Winnicott (1981) y Erikson (1978) explican que es indispensable guiar al niño hacia la independencia, misma que se logra debido al recuerdo que conserva el niño de los cuidados de los que fue provisto anteriormente y de la confianza que se generó en él.

El “Pelear por su cojín” tuvo la connotación de no querer compartir con los otros, objetos y experiencias propias. La socialización permite al individuo integrarse con otros miembros del o los grupos en los que se desenvuelve. Erikson(1978) plantea que, ya en la etapa de Industria vs. Inferioridad que se presenta aproximadamente en la etapa de latencia,

el niño es capaz de compartir y relacionarse con los demás, y si renuncia a la interacción con sus compañeros, puede generar a que se regrese a una etapa anterior y quede condenado a la mediocridad e inadecuación.

*Jugar al "caballito"* con su cojín, es una manifestación conductual masturbatoria. En la medida de que un niño en la etapa de latencia emita una conducta masturbatoria públicamente, es regresivo. La conducta masturbatoria sin discriminar el contexto la emiten niños de 3 o 4 años.

Cuando el paciente "*Acusó a un compañero*", nos dejó observar que hubo una solicitud de protección de un adulto debido que el niño se sintió incapaz de hacerlo por él mismo. Según Erikson (1978) cuando hay un sentimiento de identidad yoica, el niño es capaz de ser autónomo y de responder a las exigencias del medio, sin necesidad de que la madre esté presente, debido a que ella lo ha provisto de elementos para su propio desenvolvimiento, todo esto a través de la confianza. Y por otro lado, existe constancia objetal, que plantea Freud (1993), debido a que hay una imagen materna permanente y estable y que conduce al niño hacia una autosuficiencia.

El "*Permanecer sentado sin participar*" mostró, inicialmente, una actitud pasiva y de dependencia, para no exponerse a interactuar con los demás. A través del trabajo terapéutico las experiencias de frustración fueron disminuyendo y se promovió en el paciente la confianza y autonomía para conducirlo hacia una etapa de iniciativa, en donde el paciente fue capaz de realizar acciones por él mismo y poner a prueba su propio potencial, promoviendo de esta manera la progresión.

La manifestación regresiva de "*Salirse de la sesión*", fue una forma de evadir la revisión de emociones que fueron dolorosas para el paciente, esto lo explicamos a través del supuesto básico de ataque-fuga, de acuerdo a Bion (1991) en donde el grupo se enfrenta al terapeuta de forma agresiva o ignorándolo, y se retira de él ya que, aparentemente, no cumple con sus expectativas. La función terapéutica consistió en hacer las interpretaciones de los sentimientos que se produjeron en la dinámica que se estaba generando en ese momento. De igual forma, el "*Gritar*", se explica en este supuesto básico, ya que es utilizado como defensa para descontrolar a su atacante, huir de él, y atraer la atención de

los demás, debido a que el niño no tiene otra forma más elaborada de responder.

Cuando el grupo insistía en continuar el "*Juego en la hora de pensar*", se interpretó como una necesidad de seguir actuando sus emociones, evitando de esta forma la reflexión y elaboración de lo manifestado en la "hora de la acción". Para Jínich y Dupont (1993), esta acción surge como una medida de resistencia a la interpretación, que no es más que la existencia de montos altos de ansiedad y dificultad de controlarla. En la medida en que se reflexionó, comunicó y entendió el origen del conflicto, se puede disminuir esa ansiedad.

La conducta de "*Pedir que le hagan vueltas*", expresó la necesidad de contacto físico, de ser abrazado y "arrullado". Para Balint (1989); Bowlby (1953) y Erikson (1978) el acercamiento físico con el niño, genera en él el sentimiento de ser digno de confianza, pues se le permite el acercamiento de los proveedores, sin que ellos sean agredidos y generando de esta forma la confianza básica.

Al "*Escondarse detrás del terapeuta*", el niño demandó la protección y defensa a las figuras paternas. De acuerdo nuevamente con Erikson (1978), lo cualitativo de la relación determinará las bases para promover el sentimiento de identidad en el niño. Y promover la autonomía produce en el niño el sentimiento de autocontrol generando en el niño orgullo y autoestima. Si interfirieron factores con el vínculo biológico de la relación madre-hijo, se dará lugar a una ansiedad de separación (Freud, 1993). Se espera que el niño atraviese por 3 categorías que lo conducen hacia la independencia: la primera es la dependencia, en donde no se está consciente del cuidado materno, solo se beneficia de ese cuidado; la dependencia relativa, existe una conciencia de esa dependencia; y finalmente hacia la independencia en donde el niño es capaz de enfrentarse con el mundo y todas sus complejidades (Winnicott, 1981). Según la explicación de Bion (1991), si lo trasladamos a nivel grupal, el supuesto de dependencia explica esta categoría, debido a que el grupo demanda del líder, sostén y apoyo para abastecerse material y emocionalmente y para obtener protección.

Las defensas maníacas conducen a una relación con el objeto que se caracteriza por el control, el triunfo y el desprecio, desde el punto de vista de Klein (Segal, 1992). Se niega la dependencia hacia el objeto controlándolo, pero paradójicamente se depende de él; por otra parte si se triunfa sobre él se evaden los sentimientos depresivos que genera el añorar

tal objeto amado; y si se desprecia a ese objeto la culpa de su destrucción es menor. El "*Pegar al terapeuta*", tiene una connotación de rechazo y agresión hacia las figuras paternas. Hay ambivalencia ante el objeto de amor y odio, el camino que lleva a la progresión es la reparación que guía a un mayor desarrollo del yo.

La conducta de "*Querer matar al terapeuta*", deja ver el deseo de destrucción y aniquilación de la figura paterna, en el trabajo de este grupo GIN, esta manifestación se dirigió exclusivamente al terapeuta masculino. La ambivalencia que provocó al grupo consistió en que ese ser amado, también genera odio. Por otro lado, tiene miedo a que desaparezca y no pueda identificarse con él (en el caso de los pacientes masculinos). Y en el caso de las pacientes femeninas, el de aniquilar al proveedor. En la medida que el paciente pudo integrar el que ambos sentimientos pueden ser experimentados hacia una misma persona, se pudo calmar la culpa y conducir hacia la reparación. Por otro lado, esta misma categoría junto con la de "*Abrazar las piernas del terapeuta*" y "*encimarse sobre el terapeuta*", representa el deseo incestuoso de poseer a la madre, para ello es necesario acabar con el padre y surge el temor a la castración debido a las fantasías incestuosas. Freud (1993) agrega que se presentan además celo por rivalidad hacia el padre del mismo sexo, tendencia a proteger, curiosidad, deseo de ser admirado y actitudes exhibicionistas. Para Winnicott (1981) la relación triangular exige que se vaya difuminando ese deseo y que el juego y las relaciones sociales ofrecen oportunidades para que esto suceda.

El deseo de no reparar se deja observar por la conducta de "*No querer acomodar los cojines*". Cuando el niño fue capaz de poner orden al espacio físico una vez concluida cada sesión, experimentó su capacidad de reparar y organizar lo sucedido en la hora de trabajo terapéutico. Conforme este último fue avanzando, el niño presentó esta disposición de forma más espontánea y decidida.

"*Rasguñar*" para atacar o defenderse, como una forma muy primitiva de defenderse. Para Freud (1993), la relación ambivalente de la fase preedípica sádico-anal, tiene como característica la de controlar, dominar y torturar los objetos amados. Surge la agresión como una medida de mostrar insatisfacción en la relación libidinal y producirá agresión y destrucción incontrolable. "*Sentirse un animal*" feroz mostró la impotencia del niño de no

poder defenderse y “*espantar*” a sus compañeros, agrediéndolos y alejándolos de él.

El “*Querer matar a otro*”, permitió observar la rivalidad y/o deseo de destrucción de un compañero. Jinich y Dupont (1993) dicen que en el GIN se promueve la regresión de proyección de los objetos internos sobre los terapeutas y compañeros, así como fantasías y catarsis de la agresión, provocando una evacuación y una mejoría sintomática. Freud (1993) expone en su línea de desarrollo desde el egocentrismo al compañerismo, que al inicio los otros niños no existen o son perturbadores de la relación con la madre, hasta que aprende que a los otros se les respeta y que tienen derechos propios preparándolo para definir sus amistades o enemistades futuras.

La manifestación conductual de “*Morder*”, se interpretó como una defensa a nivel oral, ya que el niño no se siente capaz e utilizar otras formas más elaboradas para hacerlo.

El “*Dormirse o acostarse en la sesión*”, nos permite ver el rechazo y la no aceptación de experiencias dolorosas, añorando la protección materna y el desentenderse de la relación y exigencias del mundo exterior.

El motivo de consulta de cada uno de los pacientes nos permiten ver que fueron remitidos a tratamiento por sus miedos constantes. Los resultados en la etapa de seguimiento nos muestra que el tratamiento ayudó a que los niños disminuyeran sus ansiedades. Erikson (1978) señala que, en la medida que el niño se va frustrando menos, se va generando confianza y promoviendo su propio desarrollo.

Cabe señalar que el paciente tuvo la posibilidad de expresar abiertamente en el contexto terapéutico los sentimientos que en su entorno familiar o escolar hubieran resultado amenazantes para quienes lo rodeaban y para él mismo; aunque de alguna manera los venía expresando en su entorno real, pero resultaban incomprensibles o indescifrables.

Es importante, agregar que el trabajo en el GAP, facilitó que los padres comprendieran los avances del tratamiento, proporcionaran la contención necesaria para que sus hijos, en la medida de lo posible, permanecieran en el grupo y no desertaran. Permitió que a partir de los cambios logrados en él, los padres descubrieran nuevas formas constructivas de interacción con su hijo.

Por otro lado, podemos decir que, el patrón que sigue el proceso terapéutico es que

inicia con un número menor de regresiones que va en aumento hasta la parte intermedia del proceso, para que poco a poco vaya disminuyendo en la segunda parte. respecto podemos decir que al inicio del tratamiento, el grupo está reconociendo a los terapeutas, compañeros y el medio, y poco a poco va identificando que el contexto terapéutico es un espacio para expresar sus sentimientos. Por eso, a medida que avanza el proceso terapéutico, el niño va emitiendo las regresiones hasta un punto máximo, para posteriormente conducirlo a la progresión, como resultado del tratamiento mismo.

Así también, se puede decir que los reportes proporcionados por los padres y profesores nos permiten observar que a través de las 18 sesiones los pacientes lograron la canalización de la libido y la dirigieron de la agresión a la construcción, lo cual permitió los avances y la progresión.

Los pacientes que asistieron con mayor frecuencia a las sesiones presentaron significativamente más avances. Lo anterior quiere decir que el compromiso que adquieren los padres al llevarlos a tratamiento repercute en el desarrollo del paciente.

Al final del trabajo terapéutico, cuando se dio el aviso de la próxima conclusión de la relación terapéutica, hubo un ligero incremento de las manifestaciones de las conductas regresivas, como si los niños quisieran permanecer en la seguridad que sentían en la terapia. Sin embargo, lograron despedirse de sus compañeros y terapeutas una vez se aclaró en el grupo la permanencia del afecto. Se dieron claramente progresiones al poder reparar a la madre mala y convertirla en madre buena. El querer conservar la imagen de cada uno de los miembros del grupo, al tomar una fotografía, representó el deseo de conservar la experiencia vivida en el proceso y de expresar que cada uno se sintió beneficiado.

La etapa de seguimiento realizada 6 meses después de concluido el proceso terapéutico permitió corroborar la permanencia del cambio.

Finalmente, diremos que la regresión tuvo éxito ya que el grupo pudo expresar sus sentimientos, pensamientos y emociones. En general se puede decir que el grupo avanzó hacia la progresión, aunque, de forma individual se presentaron diferencias debido a la personalidad del cada paciente, a la asistencia, a la permanencia en el grupo y a la participación de sus padres en el GAP.

Se pudo lograr que disminuyeran notoriamente la ansiedad y las defensas, lo que permitió que surgieran el pensamiento reflexivo, expresión verbal y la reparación.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a lo anterior podemos concluir que:

- 1) Al inicio del tratamiento GIN los niños en etapa de latencia no manifiestan regresiones o muy pocas, mismas que aumentan paulatinamente a partir de la segunda asistencia.
- 2) El mayor número de conductas regresivas se presenta a la mitad del proceso terapéutico, para que finalmente haya una significativa disminución de conductas regresivas, esto explica que al inicio del tratamiento el paciente aún no identifica el ambiente terapéutico como un ambiente de contención y tolerancia en donde pueda expresar sus sentimientos, y que conforme avanza el proceso, los manifiesta en toda su expresión.
- 3) Finalmente se presente una etapa de disminución de conductas regresivas y por lo tanto de ansiedad promoviendo de esta forma la resolución y progresión.
- 4) Para que existan avances significativos en el paciente, es necesario que su participación sea constante y sistemática.
- 5) El GAP funciona como una facilitador para el apoyo, comprensión y contención por parte de los padres a lo largo del tratamiento.
- 6) El GIN permite que los pacientes tengan avances significativos ya que se presentaron cambios a nivel estructural, debido a que hubo internalización e identificación con los objetos reparados.
- 7) La importancia del seguimiento radica en que se puede verificar si los avances logrados son permanentes o no. Se sugiere que estas visitas posteriores al niño, a sus familiares y a profesores se realizara por lo menos en 2 ocasiones más en lapsos de 6 meses, para confirmar la permanencia de los cambios.
- 8) Finalmente podemos asegurar que el Grupo Infantil Natural ofrece a los niños latentes una oportunidad para reconstruir, de manera favorable, las vivencias que quedaron fijadas en alguna etapa y que venían bloqueando su desarrollo con el propósito de que el niño fortalezca e integre más su yo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Abell, R. (1970) Psicoterapia de grupo: La dinámica del cambio. Revista de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología. Sept. – Dic.

Alatorre, R. J. (1994) Criterios para la elaboración de documentos psicológicos. Traducción selectiva del “Publication Manual of the Psychological Association”. Centro de Documentación, Facultad de Psicología , UNAM.

Axline, V. M. (1986). Terapia de juego. México: Diana

Anzieu, D. y Martin, J. (1980). La dinámica de los grupos pequeños. Buenos Aires: Kapelusz.

Asebey, A. M. (1993). Embarazo real y violación dramatizada en un grupo de niños en edad de latencia: realidad y fantasía. Trabajo presentado en el XXXII Congreso Nacional de Psicoanálisis, México, 25 al 27 de Noviembre.

Asebey, A. (1995). Acerca de las fantasías y juego en el espacio del Grupo Infantil Natural “GIN”. Memorias del Quinto Congreso Nacional y Primero Internacional de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y Adolescencia, A.C., México.

Asebey, A. M, y Rivera, J. (1995). Fantasías y sueños del equipo terapéutico de “GIN” y “GAP” en el grupo operativo. Memorias del Quinto Congreso Nacional y Primero Internacional de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y Adolescencia, A. C. México

Ayala, J.; Barajas, R.; Camacho, J.; Féder, L.; López, D.; Martínez, F.; Paz, A.; Prado, H.; Velasco, F. y Yáñez, J. (1986) Psicoterapia de grupo y psicoterapia familiar. Cuaderno de Psicoanálisis. Órgano oficial de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, A.C. Julio-Diciembre, Vol. XIX, Números 3 y 4.

Balint, M. (1989). La falta básica: aspectos terapéuticos de la regresión. Buenos Aires, Paidós.

Battagay, R. (1974). El hombre y el grupo. Barcelona: Herder.

Benavides T. J. y Di Castro S. F. (1984). Técnicas de evaluación de la personalidad. Programa de publicaciones de material didáctico. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Biermann, G. (1973) Tratado de Psicoterapia Infantil I. Barcelona: Espaxs

Bion, W. R. (1991). Experiencia en grupos. México, Paidós.

Bowlby, J. (1953) Cuidado maternal y amor. México. Fondo de Cultura Económica

Bryce, B. L. (1988) Aspectos técnicos del tratamiento de los pacientes regresivos. Psicoanálisis FEPAL. Convergencia de teorías, Psicoanálisis y poder y desarrollo temprano. XVI Congreso de Psicoanálisis, XI Precongreso didáctico Tomo I, pp 429-442.

Cartwright, D. y Zander, A. (1968). Group Dynamics. Research and Theory. New York: Harper & Row, Publishers.

Coderch, J. (1990). Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Barcelona: Herder.

Coromines, J.; Farré, L.; Martínez, M. y Camps, N. (1996). Psicoterapia de grupo en niños. Una experiencia de psicoterapia psicoanalítica aplicada a la enuresis. Barcelona: Paidós.

Dana, R. H.(1972) Teoría y Práctica de la Psicología Clínica. Argentina: Paidós.

Dührssen, A. (1993) Psicoterapia de niños y adolescentes. México: Fondo de Cultura Económica.

Dupont, M. A. (1984) El Proyecto GIN una investigación en psicoterapia grupal de niños. VIII Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo. Tema oficial: ¿Qué es lo efectivo en la psicoterapia de grupo?. Del 23 al 27 de abril, en la Ciudad de México: AMPAG.

Dupont, M. A.; Juárez de M. M. y Morales, M. A. (1987). “¿Latencia?” (Un grupo de psicoterapia de niños). 30 años de psicoanálisis en México 1957-1987. Asociación Psicoanalítica Mexicana, A.C. México.

Dupont, M. A. y Jinich, A. (1989). Reflexiones en torno al grupo terapéutico infantil (GIN Grupo Infantil Natural) . Teoría y praxis del psicoanálisis y la psicoterapia los 50 años de la muerte de Freud. Consejo Mexicano de Psicoanálisis Psicoterapia, A.C. Memorias 24-29 Octubre.

Dupont, M. A. (1988) La interpretación marginal. Cuadernos de Psicoanálisis. Órgano Oficial de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, A. C. Vol. XXI, No. 3 y 4. p.p. 109-116

Dupont, M. A. (1991) Normalidad y patología del desarrollo. Cuadernos de Psicoanálisis. Órgano Oficial de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, A. C. vol. XXIV: 3 y 4, enero-junio.

Dupont, M. A. y Jinich, A. (1993). Psicoterapia grupal para niños. México, Universidad de Guadalajara, Asociación Psicoanalítica Jalisciense.

Erikson, E. H. (1978) Infancia y Sociedad. Buenos Aires: Paidós

Etchegoyen, A. (1993). Latency-a reapraisal. Int. J. Psycho-Anal. 74, 347

Fenichel, O. (1994) Teoría psicoanalítica de las neurosis. México: Paidós

Freud, A. (1985). Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente. México: Paidós.

Freud, A. (1986). El yo y los mecanismos de defensa. 3ª reimpresión. México: Paidós

Freud, A. (1993). Normalidad y Patología en la niñez. Argentina: Paidós. 8ª reimpresión. (International Universities Press, 1965)

Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. Obras completas, Argentina: Amorrortu editores Vol. V, 1993.

Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. Obras completas, Argentina: Amorrortu editores Vol. XVIII, 1993.

Gallo, P. (1998). La regresión. Aproximación teórica, clínica y técnica. Salamanca: Amarú Ediciones.

Garza, C.; Guerrero, M. y Guadarrama, J. (1984) Grupo Infantil Natural (GIN IV). VIII Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo. Tema oficial: ¿Qué es lo efectivo en la psicoterapia de grupo?. Del 23 al 27 de abril, en la Ciudad de México: AMPAG.

Ginott, H. (1961). Group psychotherapy with children .New York: McGraw-Hill.

González, J. J. (1992). Interacción grupal. México: Planeta Mexicana.

Greeson, R. (1994) Técnica y práctica del Psicoanálisis. México: Siglo XXI

Grinberg, L., Langer, M. y Rodriqué, E. (1974). Psicoterapia del grupo: su enfoque psicoanalítico. Buenos Aires, Paidós.

Guarner, E. (1984) Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico. México: Paidós.

Hudelson, P. (1994) Qualitative Research for Health Programmes. Division of Mental Health World Health Organization. Geneva, Switzerland.

Jinich, A. (1995) Los niños "GIN", los padres "GAP" y la institución terapéutica. Memorias del Quinto Congreso Nacional y Primero Internacional de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y Adolescencia, A.C.

Johnson, J.; Rasbury, W. y Siegel, L. (1992) Métodos de tratamiento infantil. Introducción a la teoría, investigación y práctica. México: Limusa.

Kaplan, H. y Sadock, B. (1996). Terapia de juego. 3ª edición. Madrid: Médica Panamericana.

Kernberg, O. (1980) Internal World and external reality. Object Relations Theory Applied. J. Aronson.

Kernberg, O. (1993). La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis. México: Paidós

Kissen, M. (1994) Dinámica de grupo y Psicoanálisis de grupo. México: Limusa

- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1993). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Labor.
- Michaca, P. (1987) Desarrollo de la personalidad: teorías de las relaciones de objeto. México: Pax.
- Paul, I. (1973) Cartas a un joven terapeuta (sobre la conducción de la psicoterapia). Buenos Aires: Amorroto editores.
- Portuondo, J. (1985) Psicoterapia de grupo y psicodrama. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Puget, J., Bernard, M., Games, G. y Romano, E. (1991). El grupo y sus configuraciones. Terapia Psicoanalítica. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ramírez, S. (1994) Infancia es destino. México: Siglo XXI
- Reeves, E. T. (1978) La dinámica del comportamiento de grupos. México: Editora Técnica
- Reisman, J. (1973) Principles of psychotherapy with children. A wiley- Interscience publication John Wiley & Sons.
- Rycroft, Ch. (1976) Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós
- Segal, H. (1992) Introducción a la obra de Melanie Klein. México: Paidós.
- Slavson, S. R. (1962) An Introduction to Group therapy. Nueva York: International Universities Press.
- Slavson, S. (1990). Tratado de psicoterapia grupal analítica. Buenos Aires, Paidós.

Slavson, S. y Schiffer, M. (1975) Group psychotherapies for children. Nueva York: International Universities Press.

Speier, A. (1984) Psicoterapia de grupo en la infancia. Buenos Aires: Nueva Visión

Taylor, S. y Bodgan, R. (1992). Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. España: Paidós.

Thomä, H. y Kächele, H. (1989). Teoría y Práctica del Psicoanálisis. Barcelona: Herder

Valentine, C. W. (1972) The normal child and some of his abnormalities. A general introduction to the Psychology of Childhood. London: Penguin Books.

Virel, A. (1977). Vocabulario de las Psicoterapias. España: Gedisa

Vives, J. (1988) Fases críticas en el desarrollo temprano. Psicoanálisis FEPAL. Convergencia de teorías, Psicoanálisis y poder y desarrollo temprano. XVI Congreso de Psicoanálisis, XI Precongreso didáctico Tomo I, pp 319-325.

Vives, J.; Lartigue, T. y Córdova, A. (1992). Apego y vínculo. Comunicación preliminar. Cuadernos de psicoanálisis, vol. XXV: 1 y 2, enero-junio.

Winnicott, D. H. (1981). El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Barcelona: Laia.

Winnicott, D. H. (1986). El niño y el mundo externo. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. H. (1993). Realidad y juego. Barcelona: Gedisa

Wolman, B. B. (1968) Teorías y sistemas contemporáneos en Psicología. Barcelona:  
Martínez Roca.

**Cuadro 1.  
PACIENTE E.**

<b>DATOS</b>	
<b>GENERO</b>	Masculino.
<b>EDAD</b>	8
<b>TIPO DE FAMILIA</b>	Integrada. La constituye el padre, la madre y 2 hijos del segundo matrimonio de la madre. E. es el menor.
<b>DINAMICA FAMILIAR</b>	Madre agresivo-pasiva, dominante y sobreprotectora. Padre sumiso y dominado. Mala relación de E con su hermana, quien se burla de él y le dice que parece mujer. Familia poco afectuosa que critica severamente al niño. Del primer matrimonio la señora tiene 2 hijos que viven en la provincia con la abuela materna.
<b>INTEGRACION DEL ESTUDIO</b>	Niño que funciona en un nivel de inteligencia normal bajo. Torpeza motora en la coordinación debido al sobrepeso. Niño con rasgos de inseguridad y agresión reprimida.
<b>EMPLEO DE LOS PADRES</b>	Padre: empleado de limpieza en un hotel. Madre: hogar
<b>NIVEL SOCIOECONOMICO</b>	Medio
<b>HISTORIA DEL DESARROLLO</b>	
<b>DESARROLLO NORMAL O PATOLOGICO</b>	Madre añosa, embarazo de alto riesgo. Parto y desarrollo normal. Niño obeso
<b>JUEGO Y/O JUGUETE FAVORITO</b>	Avalanchas y muñecas
<b>RASGOS DE PERSONALIDAD</b>	Niño inseguro, berrinchudo.
<b>IDENTIDAD PSICOSEXUAL</b>	Adecuada, a pesar de que hay dificultad en consolidarla por el alejamiento del padre.

**Cuadro 2.  
PACIENTE F.**

<b>DATOS</b>	
<b>GENERO</b>	Masculino.
<b>EDAD</b>	6
<b>TIPO DE FAMILIA</b>	Integrada. La conforma el padre, la madre y 4 hijos, F. es el menor
<b>DINAMICA FAMILIAR</b>	Los padres lo sobreprotegen. Aparentemente el padre es más estricto y la madre más consentidora. No facilitan la independencia ni la seguridad del niño. Poca comunicación entre los miembros
<b>INTEGRACION DEL ESTUDIO</b>	El niño está funcionando en un nivel de inteligencia normal bajo. Se comporta de manera insegura y agresiva. Su actividad visomotora es inferior a lo normal. Hay dependencia e identificación con la madre y temor al padre.
<b>EMPLEO DE LOS PADRES</b>	Padre: empleado de ventas Madre: empleada en un restaurante
<b>NIVEL SOCIOECONOMICO</b>	Bajo
<b>HISTORIA DEL DESARROLLO</b>	
<b>DESARROLLO NORMAL O PATOLOGICO</b>	Patológico. Embarazo de alto riesgo, nacimiento prematuro con insuficiencia respiratoria, cordón umbilical en el cuello, bajo de peso, no fue amamantado. Madre anémica por lo que el niño nació icterico. A los 4 meses estuvo internado en el hospital por un cuadro de bronquitis aguda y a los 6 meses por bronconeumonía. Actualmente presenta problemas de lenguaje por tener frenillo corto. Los padres obstaculizan el desarrollo del niño al no promover su independencia.
<b>JUEGO Y/O JUGUETE FAVORITO</b>	Muñecas y muñecos de peluche.
<b>RASGOS DE PERSONALIDAD</b>	Niño sobreprotegido, aislado, inseguro, celoso de los hermanos, simbiotizado con la madre y con poca comunicación con los demás.
<b>IDENTIDAD PSICOSEXUAL</b>	Adecuada

**Cuadro 3.  
PACIENTE J.**

<b>DATOS</b>	
<b>GENERO</b>	Masculino
<b>EDAD</b>	6
<b>TIPO DE FAMILIA</b>	Integrada por el padre, la madre y el niño.
<b>DINAMICA FAMILIAR</b>	Padre permisivo, madre estricta y agresiva que aparenta que todo está normal, tiende a racionalizar. El niño duerme en ocasiones en la misma cama con sus padres.
<b>INTEGRACION DEL ESTUDIO</b>	Nivel de inteligencia normal medio. Rasgos de personalidad: ansiedad, enojo, hace berrinches, trata de dar una imagen adecuada hacia los demás.
<b>EMPLEO DE LOS PADRES</b>	Padre: chofer Madre: hogar
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>	Medio
<b>HISTORIA DEL DESARROLLO</b>	
<b>DESARROLLO NORMAL O PATOLÓGICO</b>	Parto normal, desarrollo normal. Hijo único, sobreprotegido por ambos padres
<b>JUEGO Y/O JUGUETE FAVORITO</b>	Carros y pelotas. Juego favorito: el fútbol
<b>RASGOS DE PERSONALIDAD</b>	Ansioso, enojón, hace berrinches.
<b>IDENTIDAD PSICOSEXUAL</b>	Adecuada

**Cuadro 4.  
PACIENTE M.**

<b>DATOS</b>	
<b>GENERO</b>	Masculino
<b>EDAD</b>	6
<b>TIPO DE FAMILIA</b>	Desintegrada. Padres separados, 2 hijos, M. es el menor.
<b>DINAMICA FAMILIAR</b>	El padre abandonó a la madre después de una relación de 3 años y el niño lo conoce 2 meses antes de cumplir los 6 años debido a que pedía constantemente a su mamá verlo. Hay ambivalencia hacia él porque lo rechaza y al mismo tiempo lo busca.
<b>INTEGRACION DEL ESTUDIO</b>	Está funcionando en un nivel de inteligencia Normal Medio. Presenta rasgos de agresión, interrelación muy pobre con los demás, enojo con la madre y ambivalencia hacia el padre.
<b>EMPLEO DE LOS PADRES</b>	Padre: ausente Madre: trabajadora doméstica
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>	Bajo
<b>HISTORIA DEL DESARROLLO</b>	
<b>DESARROLLO NORMAL O PATOLÓGICO</b>	Desarrollo Patológico. Niño no planeado, no deseado. Parto prolongado sin reacción inmediata al ambiente y presencia de hipoxia. De los 2 a los 3 años presentó sonambulismo, hablaba y cantaba dormido. Presentó angustia de separación ante la ausencia de la madre a la edad de 3 años. Presenta sobre-estimulación sexual por dormir en la misma cama con la madre.
<b>JUGUETE FAVORITO</b>	Canicas
<b>RASGOS DE PERSONALIDAD</b>	Berrinchudo.
<b>IDENTIDAD PSICOSEXUAL</b>	Adecuada, pero con comportamiento inseguro. Detención en el desarrollo en la separación propiciado por el dormir con la madre.

**Cuadro 5.  
PACIENTE A.  
DATOS**

<b>GENERO</b>	Masculino
<b>EDAD</b>	6
<b>TIPO DE FAMILIA</b>	Familia original desintegrada. Actualmente viven el niño, la madre y el padrastro.
<b>DINAMICA FAMILIAR</b>	Agresión y maltrato entre los padres y de ellos hacia el niño. Madre pasiva y demandante económicamente de su pareja. Padrastro agresivo.
<b>INTEGRACION DEL ESTUDIO</b>	Niño funcionando en un nivel de inteligencia normal bajo. Su conducta se caracteriza por: rigidez, racionalización y verborrea.
<b>EMPLEO DE LOS PADRES</b>	Padrastro: dibujante Madre: hogar
<b>NIVEL SOCIOECONOMICO</b>	Medio
<b>HISTORIA DEL DESARROLLO</b>	
<b>DESARROLLO NORMAL O PATOLOGICO</b>	Niño no deseado. El padre queria que la madre abortara. Su desarrollo fisico fue aparentemente normal y su desarrollo psicológico se caracteriza por rechazo y agresión.
<b>JUEGO Y/O JUGUETE FAVORITO</b>	Bicicleta
<b>RASGOS DE PERSONALIDAD</b>	Es un niño agresivo y poco afectivo.
<b>IDENTIDAD PSICOSEXUAL</b>	Adecuada

**Cuadro 6.  
PACIENTE H.  
DATOS**

<b>GENERO</b>	Masculino
<b>EDAD</b>	6
<b>TIPO DE FAMILIA</b>	Integrada. Formada por el papá, la mamá, un hermano de 4 años y H.
<b>DINAMICA FAMILIAR</b>	Padre agresivo y poco afectuoso. Madre pasivo-agresivo. En la dinámica se observa que el padre provee económicamente pero no afectivamente. Actualmente, la pareja vive un conflicto que influye en el desarrollo de los niños (mala relación de pareja).
<b>INTEGRACION DEL ESTUDIO</b>	El niño está funcionando en un nivel de inteligencia Normal Medio. Presenta miedo y sentimientos de venganza hacia los padres y celos hacia el hermano.
<b>EMPLEO DE LOS PADRES</b>	Padre: Empleado de empresa de transportes Madre: Hogar
<b>NIVEL SOCIOECONOMICO</b>	Medio
<b>HISTORIA DEL DESARROLLO</b>	
<b>DESARROLLO NORMAL O PATOLOGICO</b>	Normal. A los 3 años se fracturó un brazo. Es un niño muy agresivo con su hermano y compañeros de la escuela. Manifiesta enojo con mucha frecuencia que se puede observa en las facciones de su rostro. Cuando está angustiado presenta enuresis.
<b>JUEGO Y/O JUGUETE FAVORITO</b>	Carros y pelotas
<b>RASGOS DE PERSONALIDAD</b>	Es berrinchudo, agresivo, siempre esta enojado.
<b>IDENTIDAD PSICOSEXUAL</b>	Adecuada

**Cuadro 7.  
PACIENTE C.**

<b>DATOS</b>	
<b>GENERO</b>	Masculino
<b>EDAD</b>	7
<b>TIPO DE FAMILIA</b>	Desintegrada. La familia está formada por el padre, la abuela paterna y 3 hijos, en donde él ocupa el segundo lugar.
<b>DINAMICA FAMILIAR</b>	La madre abandonó a la familia cuando C. tenía 4 años. Ambos padres son alcohólicos. El padre es muy agresivo y pierde el control con facilidad. Es grosero y maltrata a sus hijos físicamente. En la misma casa vive una tía con sus dos hijos.
<b>INTEGRACION DEL ESTUDIO</b>	El niño presenta un nivel de inteligencia normal bajo. Rasgos de personalidad: rebeldía como defensa a un medio muy agresivo, sentimientos de abandono y rechazo por sus padres, espontaneidad inhibida y rasgos sociopáticos.
<b>EMPLEO DE LOS PADRES</b>	Padre: empleado de mantenimiento en un restaurante Madre: ausente
<b>NIVEL SOCIOECONOMICO</b>	Bajo (viven en hacinamiento)
<b>HISTORIA DEL DESARROLLO</b>	
<b>DESARROLLO NORMAL O PATOLOGICO</b>	Parto normal, desarrollo físico normal. Madre alcohólica que descuida y abandona al niño a muy temprana edad. Aunque el padre está físicamente presente deja al niño al cuidado de la abuela anciana.
<b>JUEGO Y/O JUGUETE FAVORITO</b>	Aviones carros, globos y fichas
<b>RASGOS DE PERSONALIDAD</b>	Roba dinero de la abuela. Muestra envidia hacia su hermano menor. Es rebelde y agresivo. Audacia y violencia.
<b>IDENTIDAD PSICOSEXUAL</b>	Adecuada

**Cuadro 8.  
PACIENTE P**

<b>DATOS</b>	
<b>GENERO</b>	Masculino
<b>EDAD</b>	6
<b>TIPO DE FAMILIA</b>	Integrada. La constituye el padre, la madre, una hermana de 5 años y el niño.
<b>DINAMICA FAMILIAR</b>	Familia poco expresiva y con poca interacción entre sus miembros. La madre insiste en dar una imagen de dinámica familiar adecuada, sin embargo, se alcanza a percibir enojo y agresión en su conducta. Al padre se le dificulta comunicarse con sus hijos.
<b>INTEGRACION DEL ESTUDIO</b>	El niño está funcionando en un nivel de inteligencia normal bajo, con disminución perceptual visomotora. No se comunica, es inseguro. El medio ambiente es poco estimulante cultural y educativamente.
<b>EMPLEO DE LOS PADRES</b>	Padre: albañil Madre: cocinera
<b>NIVEL SOCIOECONOMICO</b>	Bajo
<b>HISTORIA DEL DESARROLLO</b>	
<b>DESARROLLO NORMAL O PATOLOGICO</b>	Patológico. A los 15 días de nacido se enfermó con fiebre alta y presentó un cuadro convulsivo. A los 7 meses de edad estuvo internado por un período de 2 meses con suero y oxígeno, lo cual indica una separación temprana de la madre. Tuvo problemas de alimentación. Actualmente presenta sueño alterado con presencia de pesadillas.
<b>JUEGO Y/O JUGUETE FAVORITO</b>	Carros y columpios
<b>RASGOS DE PERSONALIDAD</b>	Se aísla, permanece callado y enojado, es inseguro.
<b>IDENTIDAD PSICOSEXUAL</b>	Adecuada

**Cuadro 9.  
PACIENTE G.**

<b>DATOS</b>	
<b>GENERO</b>	Femenino
<b>EDAD</b>	9
<b>TIPO DE FAMILIA</b>	Desintegrada. G. vive con su mamá y su segundo padrastro, con un hermano directo y un hermanastro.
<b>DINAMICA FAMILIAR</b>	Abandono del padre y agresión del padrastro hacia la niña y la madre. El padre nunca se responsabilizó de ella. La relación entre los padres era inestable, hubo varios abandonos y regresos. G. se hace cargo de los quehaceres del hogar porque la madre trabaja.
<b>INTEGRACION DEL ESTUDIO</b>	Nivel de inteligencia normal bajo. Percibe a la madre débil, se siente vacía internamente y hay poca comunicación.
<b>EMPLEO DE LOS PADRES</b>	Padre: albañil (ausente) Madre: trabajadora de intendencia
<b>NIVEL SOCIOECONOMICO</b>	Bajo (viven en hacinamiento)
<b>HISTORIA DEL DESARROLLO</b>	
<b>DESARROLLO NORMAL O PATOLOGICO</b>	Desarrollo normal. Parto normal. Fue robada por su padre en dos ocasiones, una a los 2 meses de edad y la otra a los 2 años y medio. Por referencia de la madre la intención del padre fue enseñar a robar a G.
<b>JUEGO Y/O JUGUETE FAVORITO</b>	Muñecas
<b>RASGOS DE PERSONALIDAD</b>	Roba dinero, soledad, abandono y tristeza.
<b>IDENTIDAD PSICOSEXUAL</b>	Adecuada.

**Cuadro 10.  
PACIENTE L.**

<b>DATOS</b>	
<b>GENERO</b>	Femenino
<b>EDAD</b>	6
<b>TIPO DE FAMILIA</b>	Integrada. Formada por padre, madre y 4 hijos. L. es la menor.
<b>DINAMICA FAMILIAR</b>	Padre agresivo e impaciente. Es alcohólico y golpea a L. en ocasiones. La familia paterna la agrade constantemente. La madre refiere que tiene que soportar esa situación porque viven en la casa de ellos, generando angustia, miedo e inseguridad en L.
<b>INTEGRACION DEL ESTUDIO</b>	Nivel de inteligencia normal bajo. Rasgos de personalidad: inseguridad, timidez, retraimiento, miedo a la separación de la madre, autoagresión, dificultad para relacionarse con los demás.
<b>EMPLEO DE LOS PADRES</b>	Padre: chofer de una Institución Pública Madre: hogar
<b>NIVEL SOCIOECONOMICO</b>	Medio
<b>HISTORIA DEL DESARROLLO</b>	
<b>DESARROLLO NORMAL O PATOLOGICO</b>	Embarazo no planeado. Nacimiento prematuro a los 8 meses. Parto normal. Separación temprana de la madre a los 7 meses de edad porque la madre fue operada y pudo atender a la niña después de un año.
<b>JUEGO Y/O JUGUETE FAVORITO</b>	"Comidita" y con muñecas
<b>RASGOS DE PERSONALIDAD</b>	Muestra ansiedad, inseguridad, timidez, retraimiento, autoagresión, poca socialización, celos, incapacidad de establecer contacto con los demás.
<b>IDENTIDAD PSICOSEXUAL</b>	Adecuada.

**Cuadro 11.**  
**MOTIVO DE CONSULTA**

<i>MIEDOS</i> (miedo a los perros, a la oscuridad, a quedarse solo, a otros animales)	X			X	X	X			X	
<i>AUTOAGRESION</i> (Se muerde las uñas, se rasguña, se jala el pelo)										X
<i>ANSIEDAD</i> (Inquietud, se le olvida las cosas, avienta todo, le sudan las manos)			X	X		X			X	
<i>ENFERMIZO</i>		X								
<i>ROBO DE DINERO</i>								X	X	
<i>MASTURBACION</i>			X	X		X				
<i>CURIOSIDAD SEXUAL</i> (levanta las faldas de las niñas)								X		
<i>INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES</i>					X					
<i>PERMANECE POCO TIEMPO EN SU LUGAR</i>		X								
<i>TERQUEZ</i> (Voluntarioso)					X	X				
<i>IMPULSIVIDAD</i>					X					
<i>VERBORREA</i>						X				
<i>CONDUCTA LABIL</i> (Inestable)								X		
<i>BERRINCHUDO</i>	X		X	X	X	X				
<i>SOBREPROTECCION</i> (Chiqueado)		X								
<i>ENOJO</i>			X		X	X				
<i>PROBLEMAS DE LENGUAJE</i> (Dificultad para pronunciar, frenillo)		X	X			X				
<i>PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN</i> (Dificultad para comunicarse y relacionarse con los demás)		X	X					X		X
<i>ENURESIS</i>							X			
<i>DESOBEDIENCIA</i> (No atiende a las indicaciones, rebeldía)	X							X		
<i>TRAVESO</i>								X		
<i>AGRESIÓN</i> (Pega a sus compañeros constantemente)		X	X		X	X		X		
<i>INSEGURIDAD</i> (No participa, no juega)									X	X
<i>ESCOLAR</i> (No trabaja, se distrae, no tiene interés)								X		X
<b>PACIENTE</b>	<b>E.</b>	<b>F.</b>	<b>J.</b>	<b>M.</b>	<b>A.</b>	<b>H.</b>	<b>C.</b>	<b>P.</b>	<b>G.</b>	<b>L.</b>

**Cuadro 12.**  
**ASISTENCIA DE CADA PACIENTE**  
**A LAS SESIONES TERAPÉUTICAS**

PACIENTE	NÚMERO DE SESIÓN																		% DE ASISTENCIA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
E.	*	*		*			*	*		*		*	*		*	*	*	*	66.66%
F.	*	*	*	*		*		*		*		*	*	*	*				61.11%
J.	*	*		*		*	*				*	*					*	*	50%
M.	*	*	*		*	*			*	*	*		*						50%
A.	*		*						*	*									22.22%
H.	*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	94%
C.		*	*	*			*					*	*						33.33%
P.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100%
G.		*			*														11.11%
L.		*	*	*															16.66%

**Cuadro 13.  
INFORME FINAL**

NIÑO	INFORMACION REPORTADA POR EL PADRE Y/O POR LA MADRE Y PROFESOR(A)
P.	<p>El padre reporta que P. platica, interactúa y habla más con sus compañeros y sus vecinos. P. pregunta más.</p> <p>La maestra reporta avances en el aprendizaje. Participa más en clase y juega con los demás y sugirió a los padres que le tengan más paciencia al niño.</p> <p>Su expresión facial ha cambiado de enojo a sonriente y es más juguetón.</p> <p>Su arreglo personal ha cambiado también (es más cuidadoso y limpio).</p>
F.	<p>Asiste con más frecuencia a la escuela.</p> <p>Se enferma menos seguido. Ya no habla como niño pequeño. Asiste a una escuela de educación especial para problemas de lenguaje. Interactúa más con los niños.</p> <p>Dejó de dormir en la misma cama con los padres. Pone más atención a sus clases.</p> <p>Hubo avance psicomotriz. Es más ordenado en la escuela y en la casa. Los padres muestran mayor atención al niño (van al dentista, lo llevan a la terapia). Es menos berrinchudo. Es más independiente (se viste y se baña solo, se abrocha los zapatos, recoge su ropa).</p>
M.	<p>Ya no es berrinchudo aunque se reportan conductas de rebeldía. Presenta mayor participación en la interacción con los demás, es más espontáneo y desinhibido. La maestra reporta avances escolares, indica que el niño pone más atención a lo que se le señala. Asistió 9 veces al tratamiento, lo que permite observar que los avances fueron limitados.</p>
E.	<p>Hubo cambios en la conducta del niño: convive más con el padre, sale a correr con él, juega con su bicicleta, tiene amigos, se comunica más. La maestra actual no reporta ningún problema de conducta.</p>
C.	<p>Asistió solo 6 sesiones. La maestra reportó que el niño estaba más agresivo, difícil de controlar y que iba a reprobar y por esta razón la abuela dejó de llevarlo a la terapia. La situación familiar es de agresión física y verbal, viven en hacinamiento con la tía y los primos. Sigue presentando retraso escolar, agresión, es inquieto y rebelde. La falta de participación del padre y la abuela hizo que no hubiera avances significativos.</p>
L.	<p>Aunque asistió solo a 3 sesiones, se pudo realizar la evaluación. Pudo interactuar un poco más con sus compañeros de escuela, aunque se sigue mostrando cohibida.</p>
H.	<p>Continua con su conducta de enojo, sin embargo participa más en clase. Se reporta buen rendimiento escolar hay avances, es creativo, platica más. Por otro lado, se reporta que su comportamiento es variable e inestable. Se sugiere reiniciar el tratamiento.</p>
J.	<p>Se reporta que trabaja más en la escuela, es espontáneo, comunicativo, entusiasta y hace menos berrinches. Actualmente duerme solo. Aunque vinieron pocas veces, la madre le pone más atención y respeta más al niño.</p>
G.	<p>No se pudo realizar la evaluación final.</p>
A.	<p>No se pudo realizar la evaluación final.</p>

## ANEXO 1

México D.F. a \_\_\_\_\_

**Estimado(a) Profesor(a):**

Solicitamos su colaboración para recabar información acerca del niño \_\_\_\_\_, debido a que es atendido en el grupo terapéutico GIN (Grupo Infantil Natural), en la Escuela de Medicina del Instituto Politécnico Nacional por psicólogos de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Le pedimos señalar las conductas por las cuales el niño fue canalizado por usted al inicio del año escolar para atención especializada.

Al finalizar el tratamiento usted recibirá un formato como este con el fin de reportar los cambios en el niño.

Gracias por su colaboración.

ATENTAMENTE

**MARQUE CON UNA X SEGUN CORRESPONDA:**

**PROBLEMA ESCOLAR**

- No trabaja. ( )
- Se distrae fácilmente. ( )
- No tiene interés. ( )
- No sigue indicaciones. ( )
- No aprende. ( )
- Interrumpe las actividades. ( )

Otro(s): \_\_\_\_\_

**PROBLEMAS DE LENGUAJE**

- Dificultad para pronunciar por problema físico como frenillo o alteración en el aparato fono-articulador ( )
- Habla como un niño de menor edad ( )
- Verborrea (habla sin hacer pausa y sin escuchar a los demás). ( )

**PROBLEMAS DE COMUNICACION**

- Dificultad para relacionarse con los demás niños y/o adulto ( )
- (Especifique) \_\_\_\_\_

**PROBLEMAS DE CONDUCTA**

- Agresivo (pega a compañeros constantemente). ( )
- No participa, no juega. ( )
- Rebelde (no atiende indicaciones). ( )
- Travieso. Especifique: \_\_\_\_\_ ( )
- Enuresis (no hay control en la emisión de orina). ( )
- Encopresis (no hay control en la emisión de excreción). ( )
- Se muestra enojado la mayor parte del tiempo. ( )
- Se comporta como un niño de menor edad. ( )
- Berrinchudo. (Especifique) \_\_\_\_\_ ( )
- Impulsivo (reacciona rápida y violentamente). ( )
- Terco (voluntarioso). ( )
- Está poco tiempo en un lugar. ( )
- Robo de dinero u otros objetos. Especifique \_\_\_\_\_ ( )
- Conducta ansiosa (se le olvidan las cosas, está inquieto, le sudan las manos) ( )
- Otras. (Especifique) \_\_\_\_\_ ( )
- Autoagresión (se muerde las uñas, se rasguña, se jala el pelo) ( )
- Otras. Especifique \_\_\_\_\_ ( )

**OTROS**

- Curiosidad sexual. Especifique \_\_\_\_\_ ( )
- Masturbación. Especifique \_\_\_\_\_ ( )
- Enfermizo. Especifique \_\_\_\_\_ ( )
- Miedos. Especifique \_\_\_\_\_ ( )

**OBSERVACIONES** \_\_\_\_\_