

0196219

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

LA EXPLORACION DE LA AGRESION INFANTIL Y SU
MODIFICACION A TRAVES DEL GRUPO INFANTIL
NATURAL (MODELO GIN)

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA
P R E S E N T A :
ADELIA PAEMONTE SALGADO

298242

Directora de Tesis:

Dra. Ma. Luisa Rodríguez Hurtado



MEXICO, 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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

LA EXPLORACION DE LA AGRESION INFANTIL
Y SU MODIFICACION A TRAVES DEL GRUPO
INFANTIL NATURAL (MODELO GIN)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA
P R E S E N T A :
ADELIA PALEMONT E SALGADO



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

MEXICO, D.F.

2001

AGRADECIMIENTOS

A la ***Dra. María Luisa Rodríguez Hurtado*** por su entusiasmo y paciencia en la dirección de esta tesis.

Al ***Dr. Juan Guadarrama*** por la supervisión proporcionada en largas horas de trabajo.

A la ***Escuela de Medicina del Instituto Politécnico Nacional*** por permitir el uso de sus instalaciones para llevar a cabo la investigación.

Al ***Mtro. Jorge Pérez Espinosa*** por la supervisión en el diseño de la investigación y su enriquecedora guía en la presentación de resultados de este trabajo.

A la ***Dra. Rosa Korbman Chjetaite***, al ***Mtro. Samuel Jurado Cárdenas*** y al ***Mtro. Sotero Moreno Camacho*** por sus valiosas aportaciones a esta tesis.

A ***mi familia y amigos*** que me han proporcionado apoyo e impulso para alcanzar esta meta.

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue detectar las manifestaciones de conducta agresiva que presentan los niños en etapa de latencia durante el proceso terapéutico utilizando la técnica del Grupo Infantil Natural (GIN), así como analizar las modificaciones que surgen en dichas manifestaciones y que promueven el manejo de la agresión.

Se utilizó el Método Cualitativo de investigación porque permite comprender a los individuos dentro de sus propios marcos de referencia para poder conocer la realidad como ellos la experimentan, permite revisar los acontecimientos presentes y pasados de las personas, no hay reducción a variables y busca significados en la conducta.

Para transformar los datos cualitativos en cuantitativos se utilizó el Análisis de Contenido que es la técnica que permite la descripción cuantitativa, objetiva y sistemática de la conducta simbólica y es equivalente al análisis estadístico de las investigaciones experimentales.

Las 18 sesiones que conformaron el trabajo terapéutico se llevaron a cabo en un cuarto alfombrado y con cojines de diferentes tamaños que tenían la finalidad de reducir al mínimo el riesgo de daño físico a niños y terapeutas al golpear con ellos. Cada una de las sesiones fue grabada en audiocassette para su transcripción y análisis posterior. En cada sesión se aplicó la Técnica GIN, la cual plantea tres momentos (La hora de la acción, la hora de pensar y la hora de poner las cosas en su lugar) cuya secuencia permite que la acción motora desencadene contenidos emocionales inconscientes y permite que la reflexión ayude a elaborar nuevos contenidos con la finalidad de reparar el proceso de desarrollo.

Al mismo tiempo que se trabajó con los niños, se llevó a cabo el trabajo con el Grupo Analítico de Padres (GAP) en donde se revisaron las dificultades en la relación padres – hijos. Los padres que se comprometieron y se involucraron con el grupo, lograron cambios importantes en ellos y en sus hijos.

El GIN se formó con 10 pacientes: 8 varones y 2 niñas entre los 6 y los 10 años de edad. Los niños fueron canalizados al tratamiento por sus profesoras por presentar sintomatología diversa. La selección para ingresar al GIN incluyó la entrevista a los padres y la evaluación psicométrica a los niños.

El análisis de contenido de las sesiones permitió seleccionar la manifestación de conducta agresiva para su estudio y al establecer categorías se pudieron codificar los datos y graficar los resultados. También se realizó un análisis psicodinámico de las sesiones.

Se encontró que las manifestaciones agresivas tuvieron al principio del tratamiento un efecto catártico que produjo una mejoría sintomática debido a su carácter evacuativo, pero fue hasta después de la mitad del proceso terapéutico cuando la agresión empezó a disminuir como resultado del Efecto GIN en donde la parte elaborativa de los contenidos adquiere mayor relevancia después de lograr mayor tolerancia a la frustración, control de impulsos y posibilidades de reparación.

Los niños que asistieron con mayor frecuencia al GIN, presentaron cambios en su comportamiento al final del tratamiento y en la etapa de seguimiento, 6 meses después, pudieron verificarse avances en su desarrollo.

Esta investigación confirma que el Grupo Infantil Natural es una terapia de grupo exitosa en el tratamiento de niños, ya que promueve la modificación de la conducta agresiva a lo largo del proceso, a través de la elaboración de conflictos y vivencias, mediante el juego y la espontaneidad.

INDICE

INTRODUCCION	7
MARCO TEORICO	
CAPITULO I DESARROLLO INFANTIL NORMAL Y PATOLOGICO	
1.1. MELANIE KLEIN	9
1.2. ANNA FREUD	15
1.3. D. W. WINNICOTT	20
1.4. ERIK H. ERIKSON	24
CAPITULO II EL PSICOANALISIS Y LA AGRESION	29
CAPITULO III PSICOTERAPIA	
3.1 DEFINICIÓN	49
3.2 CONCEPTO DE GRUPO	50
3.3 PSICOTERAPIA DE GRUPO	
3.3.1 DEFINICIÓN	51
3.3.2 HISTORIA	51
3.4 PSICOTERAPIA DE GRUPO INFANTIL	54
3.5 EL MODELO DEL GRUPO INFANTIL NATURAL (GIN)	
3.5.1 SUPUESTOS TEORICOS	61
3.5.2 TECNICA GIN	62
3.5.3 HISTORIA DEL GIN	65

CAPITULO IV	METODOLOGIA	
4.1	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	73
4.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	73
4.3	PREGUNTAS DE INVESTIGACION	73
4.4	HIPOTESIS DE INVESTIGACION	74
4.5	METODOLOGIA CUALITATIVA	74
4.6	LA TECNICA TERAPEUTICA	80
4.7	EL ESPACIO TERAPEUTICO	81
4.8	MUESTRA	82
4.9	SELECCIÓN DE SUJETOS	82
4.10	PROCEDIMIENTO	83
CAPITULO V	RESULTADOS	85
CAPITULO VI	DISCUSION	128
CONCLUSIONES		139
APORTACIONES, LIMITACIONES Y PROPUESTAS.		142
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		145
ANEXO		152

INTRODUCCION

En el ser humano coexisten e interactúan fuerzas amorosas y fuerzas destructivas desde el nacimiento hasta la muerte. El psicoanálisis ha estudiado la batalla en el inconsciente de esas dos fuerzas: eros y tanatos y ha planteado que la pulsión de destrucción explica el comportamiento agresivo. Este impulso agresivo es tan violento en el niño que éste experimenta ansiedad ante la posible destrucción de quienes cuidan de él y ante la eventualidad de su propia destrucción (Klein y Riviere, 1987).

Psicoanalistas continuadores de la obra de Sigmund Freud han estudiado las manifestaciones del impulso agresivo: envidia, desprecio, voracidad, celos, rivalidad, etc. como derivaciones de experiencias afectivas primarias de búsqueda de placer que tuvieron lugar en la relación con las primeras figuras importantes en la vida.

Para vivir con placer las personas tratan de distribuir las fuerzas destructivas que habitan en ellas, desviándolas y uniéndolas con el amor, es decir, realizando adaptaciones variadas y sutiles. Los resultados dependen de la fuerza de los impulsos de amor y de odio que varían de un individuo a otro, así como de los sucesos ambientales ocurridos durante el transcurso de la vida (Klein y Riviere, 1987).

En el desarrollo infantil, se ha señalado que la acumulación de agresión interfiere generando patología, por esto es importante que los niños dispongan de un espacio terapéutico como el Grupo Infantil Natural (GIN) en donde puedan expresar, a través del juego, las fantasías y conflictos inconscientes que permitan exteriorizar su mundo interno para poder comprenderlo y modificarlo a través de la interpretación que los terapeutas realizan para que los niños elaboren los contenidos que les causan sufrimiento (Dupont y Jinich, 1993).

Esta modalidad de Psicoterapia Grupal Infantil psicoanalíticamente orientada resulta adecuada al reducir el tiempo de tratamiento, ya que los cambios empiezan a producirse a corto plazo, además de ofrecer la oportunidad de que un número grande de niños se beneficie.

MARCO TEORICO

CAPITULO I DESARROLLO INFANTIL NORMAL Y PATOLOGICO

En este capítulo se presenta una revisión del desarrollo psicológico siguiendo a varios autores como **Melanie Klein y Anna Freud** quienes instituyeron el estudio y trabajo psicoanalítico del niño; **Winnicott**, quien advirtió que gran parte de los problemas emocionales tienen su origen en etapas tempranas del desarrollo y **Erikson** quien destacó la importancia de la relación entre padres e hijos; aspectos teóricos, todos ellos importantes, que ofrecen aportes para entender el problema que esta tesis plantea, además de que el manejo del Modelo del Grupo Infantil Natural (GIN), que aquí se utiliza, requiere del conocimiento del desarrollo infantil como base para llevar a cabo las interpretaciones dentro del juego terapéutico.

1.1 MELANIE KLEIN

Melanie Klein definió su modelo de la estructura mental y de su funcionamiento con la idea de una realidad psíquica poblada por objetos internos y fantasía inconsciente (Michaca, 1987).

Para Melanie Klein (Bleichmar, 1997) los factores decisivos para el desarrollo mental son las emociones humanas (incluyendo las fantasías que las expresan con sus dos grandes tendencias: amor y odio) y gran parte de sus intercambios con la realidad. Propuso una teoría del desarrollo temprano basada en la idea de las posiciones **esquizo-paranoide y depresiva** como agrupamientos emocionales y defensivos donde luchan el amor y el odio hacia los objetos. Sus hipótesis principales son:

- El psiquismo se origina en un vínculo intersubjetivo: la relación de objeto del bebé y su madre, que forma el punto de partida de todas las relaciones posteriores.
- La ansiedad es el motor esencial que pone en marcha el desarrollo psíquico y al mismo tiempo es origen de patología mental.

Melanie Klein menciona que la **fantasía inconsciente** es la expresión de los instintos y por lo tanto existe, como éstos, desde el comienzo de la vida. En el aparato mental se experimenta al instinto vinculado a la fantasía de un objeto adecuado a él; así, para cada impulso instintivo hay una fantasía correspondiente que satisface el deseo (Segal, 1992).

El bebé se enfrenta con innumerables experiencias de gratificación y frustración, esas experiencias con la realidad influyen en la fantasía inconsciente que a su vez influye en ellas: el bebé que siente hambre se sobrepone mediante la alucinación omnipotente de poseer un pecho bueno que lo amamante. Si se le ofrece el pecho pronto, el bebé sentirá que este pecho real se funde con el fantaseado y la bondad que experimenta del objeto le parecerá firme y duradera. Si se le deja con hambre durante largo tiempo, se sentirá avasallado por el hambre y la ira y en su fantasía se acrecentará la experiencia de un objeto malo y persecutorio, su ira le parecerá más poderosa que su amor y el objeto malo más fuerte que el bueno (Segal, 1992).

La fantasía no es sólo una fuga de la realidad, tiene funciones defensivas, ya que la gratificación derivada de ella contrarresta la frustración del mundo externo y también del mundo interno. Según Melanie Klein hay suficiente yo al nacer como para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer primitivas relaciones objetales en la fantasía y en la realidad (Segal, 1992).

Para Melanie Klein la **posición esquizo-paranoide** y la **posición depresiva** son fases del desarrollo que pueden considerarse subdivisiones de la etapa oral. La

primera ocupa los primeros meses de edad y la segunda, los últimos seis meses del primer año de vida. La **posición esquizo-paranoide** se caracteriza por el hecho de que el bebé no reconoce personas, sino que se relaciona con objetos parciales y por el predominio de la ansiedad paranoide y procesos de escisión, proyección e introyección como mecanismo que permiten mantener lo más alejado posible los objetos buenos de los malos para tenerlos bajo control. La **posición depresiva** se inicia con el reconocimiento de la madre como objeto total, se caracteriza por la relación con objetos totales y por el predominio de mecanismos de integración, ambivalencia, ansiedad depresiva y culpa (Segal, 1992).

En la posición esquizo paranoide, cuando el bebé se enfrenta con la ansiedad que le produce el instinto de muerte, el yo lo deflexiona, en parte, a través de una proyección y por otra parte, en la conversión del instinto de muerte en agresión. El yo se escinde y proyecta fuera su parte que contiene el instinto de muerte, poniéndola en el objeto externo original: el pecho. Es así como el pecho llega a experienciarse como malo y amenazador para el yo, dando origen a un sentimiento de persecución. Al mismo tiempo se establece una relación con el objeto ideal. Así como se proyecta el instinto de muerte, así también se proyecta la libido a fin de crear un objeto que satisfaga el impulso instintivo del yo a conservar la vida (Segal, 1992).

La gratificación no sólo satisface la necesidad de bienestar, amor y nutrición, también se le necesita para mantener a raya a la aterradora persecución. A su vez, la privación se convierte no sólo en falta de gratificación, sino en amenaza de ser aniquilado por los perseguidores (Segal, 1992).

Contra la ansiedad de ser aniquilado, el yo desarrolla una serie de mecanismos de defensa, siendo probablemente el primero el uso defensivo de la introyección y de la proyección. Cuando la persecución se vive con intensidad y no puede ser elaborada, se niega completamente o se idealiza al objeto perseguidor. De la proyección del instinto de muerte surge otro mecanismo de defensa: la identificación proyectiva que permite

desprenderse tanto de aspectos malos como buenos de uno mismo. Se escinden partes del yo y se les proyecta en el objeto externo, que queda poseído y controlado por las partes proyectadas e identificado con ellas. La identificación proyectiva origina diversas ansiedades, dos de las más importantes son: el miedo a que el objeto atacado proyecte sobre uno en retaliación y la ansiedad de tener partes de uno mismo aprisionadas y controladas por el objeto en el que se les ha proyectado (Segal, 1992).

El bebé normal no pasa la mayor parte del tiempo en ansiedad, por el contrario, en circunstancias favorables pasa la mayor parte del tiempo durmiendo, mamando, disfrutando de placeres reales o alucinados y de este modo asimilando gradualmente su objeto ideal e integrando su yo, pero todos los bebés tienen períodos de ansiedad y las ansiedades y defensas que constituyen el núcleo de la posición esquizo-paranoide son parte normal del desarrollo humano (Segal, 1992).

En todos los individuos adultos, ciertas situaciones remueven las ansiedades tempranas y ponen en funcionamiento los tempranos mecanismos de defensa, ya que ninguna experiencia del desarrollo humano se borra (Segal, 1992).

Ciertas conductas del yo en la posición esquizo-paranoide son importantes para el desarrollo posterior, por ejemplo, la escisión es lo que permite al yo emerger del caos y ordenar las experiencias, también es la base de la capacidad de discriminar, de prestar atención, formar un juicio intelectual y de la represión, además de que la escisión sigue funcionando en forma atemperada a lo largo de la vida (Segal, 1992).

Cierto grado de ansiedad persecutoria es necesaria para poder reconocer, evaluar y reaccionar ante situaciones externas peligrosas. La creencia en la bondad de los objetos y de uno mismo se basa en la idealización, la cual persiste en situaciones como enamorarse, apreciar la belleza, formar ideales sociales o políticos, etc. (Segal, 1992).

La identificación proyectiva es la forma más temprana de empatía y de capacidad para ponerse en el lugar del otro, además es la base para la formación de símbolos (Segal, 1992).

Por estas razones no debe considerarse a los mecanismos de defensa de la posición esquizo-paranoide sólo como mecanismos que protegen al yo de ansiedades abrumadoras, sino también como **etapas progresivas de desarrollo** (Segal, 1992).

Para pasar de la posición esquizo-paranoide a la posición depresiva es necesario que las experiencias buenas predominen sobre las malas, a lo cual contribuyen tanto factores externos como internos. Este predominio logra que el yo crea que el objeto ideal prevalece sobre los objetos persecutorios y que su propio instinto de vida predomina sobre su instinto de muerte. El yo se identifica con el objeto ideal adquiriendo así mayor fuerza y capacidad para enfrentarse con la ansiedad sin recurrir a violentos mecanismos de defensa. Disminuye la escisión entre objetos persecutorios e ideales y esto los prepara para su integración (Segal, 1992).

En la posición depresiva los instintos de vida y muerte se orientan al mismo objeto, presentándose por consiguiente la **ambivalencia**; las ansiedades surgen de ella y la principal es el temor del bebé a que sus impulsos destructivos aniquilen al objeto amado del que depende totalmente (Segal, 1992).

El reconocimiento de estos impulsos destructivos ante su objeto amado le causa culpa y ésta a su vez, depresión y un sentimiento de desesperación. El bebé resuelve gradualmente las ansiedades depresivas y recupera externa e internamente sus objetos buenos al reparar a sus objetos externos e internos en la realidad y en sus fantasías omnipotentes, por esto, la posición depresiva marca un progreso crucial en el desarrollo y durante su elaboración el bebé cambia radicalmente su concepción de la realidad y su relación con los objetos: adquiere la capacidad de amar y respetar a las

personas como seres separados, tolera la culpa, reconoce como propios sus impulsos, se responsabiliza de ellos y gradualmente los controla (Segal, 1992).

Los objetos ideales y persecutorios introyectados durante la posición esquizo-paranoide forman las primeras raíces del superyó. El objeto persecutorio es vivenciado como autor de castigos crueles y retaliatorios. El objeto ideal, con quien el yo anhela identificarse, se convierte en la parte del superyó correspondiente al ideal del yo, que también resulta persecutorio por sus elevadas exigencias de perfección. A medida que se aproximan entre sí ambos objetos, el superyó se integra más y es vivenciado como un objeto interno total amado con ambivalencia. Dicho superyó no es sólo la fuente de los sentimientos de culpa, sino también un objeto de amor que ayuda en la lucha contra los impulsos destructivos (Segal, 1992).

El dolor del duelo vivenciado durante la posición depresiva y los impulsos reparatorios que se desarrollan para restaurar los objetos amados constituyen las bases de la creatividad y la sublimación. El anhelo de recrear sus objetos perdidos impulsa al bebé a juntar lo que ha hecho pedazos, a reconstruir, a recrear y crear. Al mismo tiempo, su deseo de proteger a sus objetos lo lleva a sublimar los impulsos que siente destructivos. De este modo, la preocupación por el objeto cambia los fines instintivos y produce una inhibición de ellos. A medida que el yo se organiza más y las proyecciones se debilitan, la represión reemplaza a la escisión. Los mecanismos psicóticos gradualmente ceden su lugar a mecanismos neuróticos: inhibición, represión y desplazamiento (Segal, 1992).

La posición depresiva nunca se elabora completamente, siempre tenemos ansiedades relacionadas con la ambivalencia y la culpa y situaciones de pérdida que reavivan experiencias depresivas. Si el bebé ha podido establecer en esta etapa un objeto interno suficientemente afianzado, las situaciones anteriores de ansiedad depresiva no le conducirán a la enfermedad, sino a una elaboración fructífera, cuyas consecuencias son mayor enriquecimiento y creatividad (Segal, 1992).

La experiencia de repetida depresión cuando el bebé siente que ha arruinado a la madre, le lleva a utilizar **defensas** de dos tipos: **reparación y defensas maníacas**. La reparación significa la posibilidad de elaborar la pérdida y conduce a una mayor integración del yo, en cambio **la defensa maníaca** surge cuando la culpa y la pérdida resultan intolerables, 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 a raya los sentimientos depresivos, como sentir nostalgia y extrañar al objeto. El **desprecio**, por consecuencia, es una negación directa del valor del objeto y sirve para aminorar la culpa de su destrucción. Un objeto despreciable no merece que se sienta culpa por él y el desprecio se convierte en justificación para seguir atacándolo (Segal, 1992).

Aspectos patológicos. Si los temores persecutorios son demasiado intensos, se produce un fracaso en la elaboración de la posición esquizo-paranoide, lo que conduce a un reforzamiento regresivo de los temores persecutorios y a establecer puntos de fijación para graves psicosis. Del mismo modo, las dificultades surgidas en la elaboración de la posición depresiva, establecerán el punto de fijación de la enfermedad maniaco-depresiva (Segal, 1992).

1.2 ANNA FREUD

Anna Freud (1993) menciona que en la teoría psicoanalítica las secuencias del desarrollo se han establecido solamente en relación con ciertos aspectos de la personalidad del niño, por ejemplo con respecto al desarrollo de los impulsos sexuales se tiene la secuencia de las fases libidinales (oral, anal, fálica, período de latencia, preadolescencia y genitalidad adolescente) que a pesar de su considerable superposición, corresponden de manera aproximada con edades específicas.

En relación con los impulsos agresivos hay menos precisión y por lo general, se correlacionan las expresiones agresivas con las fases de la libido: morder, escupir y devorar con la fase oral; torturas sádicas, golpear, patear y destruir, con la fase anal; conducta arrogante y dominante con la fase fálica; falta de consideración, crueldad mental y explosiones asociales con la adolescencia.

Anna Freud (1993) propone, producto de la observación del análisis de niños y adultos, **líneas del desarrollo** para evaluar la madurez o inmadurez emocional, la normalidad o anormalidad. El nivel que el niño alcance no depende de la edad cronológica, sino del resultado de la interacción entre el desarrollo de los impulsos y el desarrollo del yo, del superyó y de sus reacciones frente a la influencia del medio, es decir, entre los procesos de maduración, adaptación y estructuración.

Líneas del desarrollo.

La primera línea del desarrollo que propone Anna Freud (1993) es **de la Dependencia del recién nacido a la autosuficiencia material y emocional del adulto joven.**

Al nacer el hijo se establece un vínculo estrecho con la madre y se establece una **unidad biológica madre – hijo**. Las interferencias en este vínculo dan lugar a una ansiedad de separación.

Más adelante se presenta una **relación con el objeto parcial o de satisfacción de necesidades**, la cual se basa en la urgencia de satisfacer las necesidades orgánicas del niño. Si la madre no puede satisfacer en forma estable estas necesidades, origina 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, el niño se encuentra en la **etapa de constancia objetal**. En la **fase preedípica sádico anal** hay una relación ambivalente, ya que la actitud del yo es de

torturar, dominar, depender y controlar a los objetos amados. Las relaciones libidinales insatisfactorias con objetos inestables o inadecuados durante esta fase trastornarán la fusión equilibrada entre la libido y la agresión y darán origen a una agresividad o destrucción incontrolable (A. Freud, 1993).

La fase fálico edípica se caracteriza por una actitud posesiva 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. Cuando la resolución del complejo de Edipo se demora, surgen trastornos de adaptación al grupo, pérdida de interés, fobias escolares y la extrema añoranza del hogar. Es decir, ningún niño se puede integrar completamente a un grupo hasta que la libido se haya transferido de los padres a la comunidad (A. Freud, 1993).

En el **período de latencia** se da la transferencia de la libido de las figuras parentales, hacia los compañeros y grupo de amigos con fantasías que demuestran desilusión y denigración hacia los progenitores. El retorno a conductas y actitudes anteriores especialmente del objeto parcial, de la satisfacción de necesidades y del tipo ambivalente señalan la **rebeldía del adolescente**. Finalmente hay una **lucha del adolescente** por negar o 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.

En la línea de desarrollo **de la lactancia a la alimentación racional**, el bebé se va adaptando a las fluctuaciones normales de su apetito y a las actitudes y ansiedades de la madre al cubrir esa necesidad. Posteriormente, el **destete** iniciado por el niño o por la madre, infuirá en el posterior placer o displacer del niño por la comida. El niño empieza a utilizar utensilios cuando todavía mamá y alimento se perciben unidos. Más adelante cuando el niño es capaz de manejar los instrumentos con mayor dominio, puede comer por sí mismo y regular su alimento. Las separaciones traumáticas de la

madre son seguidas a menudo por rechazo del alimento (rechazo del sustituto materno) o por excesos alimentarios (cuando el niño considera a la comida como un sustituto del cariño maternal). En el **período edípico** hay una desaparición gradual de la relación comida –madre y en el **período de latencia** hay una gradual desaparición de la sexualización de la comida con un aumento de placer en el acto de comer. Al aumentar las actitudes racionales hacia la comida, se determinan los hábitos de alimentación futuros (A. Freud, 1993).

En la línea de desarrollo **de la incontinencia al control de esfínteres**, primero se da la evacuación por reflejos condicionados hasta los 2 ó 3 años. Más adelante el placer se traslada de la zona oral a la zona anal y el producto de la evacuación se considera como objeto precioso y se entrega a la madre con carácter de regalo como signo de amor, aunque también tiene una carga agresiva y a través de él se descargan desilusiones y rabia. Es importante señalar que un niño desilusionado de su madre o separado de ella puede no sólo perder la apetencia internalizada de estar limpio, sino que puede reactivar el empleo agresivo de la incontinencia. La exigencia del control esfinteriano surge de la lucha entre el derecho del niño de evacuar cuando él tenga la necesidad de hacerlo y la necesidad de limpieza y orden de la madre. El niño internaliza el 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. Más adelante, 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 (A. Freud, 1993).

En la línea de desarrollo **de la asociabilidad a la sociabilidad**, Anna Freud (1993) señala que el recién nacido está gobernado por el principio de placer y lucha por reducir la tensión (hay autoerotismo: succión del pulgar y distintas formas de masturbación). Posteriormente, la madre establece reglas con respecto al horario y

cantidad de satisfacciones hacia el niño y lo ubica como inflexible o voluntarioso de acuerdo a la forma como se somete a las reglas. La necesidad del niño de satisfacer sus impulsos sexuales pregenitales, agresivos destructivos y egoísta posesivos chocan con la necesidad del adulto de imponer restricciones, lo cual origina actos de desobediencia, desenfreno, berrinches o travesuras del niño normal. La realización de impulsos y deseos del niño dependen de la autoridad externa de los padres en un principio, hasta que logran tolerancia a la frustración para postergar su realización, inhibir sus fines o desplazarlos, o bien, aceptar placeres sustitutos. El desarrollo del lenguaje, de la razón y de la lógica le da elementos al niño para comprender la causa y el efecto de las situaciones, además de que gradualmente los impulsos y actitudes caóticas se convierten en una unidad estructurada y la actividad muscular es controlada por el yo, en vez de servir a los impulsos del ello. Normalmente las tendencias agresivas se fusionan con las libidinales, lo cual constituye una influencia socializadora, ellas proveen la energía inicial y la tenacidad con la cual el niño alcanza y mantiene el mundo objetivo, además de que constituye la base del deseo de ser grande e independiente como los padres. La agresión se convierte en amenaza para la adaptación social sólo cuando ha habido desilusión del objeto amado, rechazo imaginario o real, pérdida del objeto, etc. Algunas de las inclinaciones hacia los olores, atracción por el excremento y otras suciedades se desplazan y neutralizan en sublimaciones que la cultura acepta. La mayoría de los componentes instintivos del niño, crean conflictos hasta que él escudriña para saber si son aceptables o no desde el punto de vista moral y ambiental. Todos los elementos de la vida instintiva infantil como: voracidad, demandas excesivas, deseo de posesión, celos extremos, tendencia a competir, impulso de dar muerte a los rivales y a las figuras frustrantes, etc. se convierten en núcleos de **asociabilidad hasta que por la actividad defensiva del yo**, algunos se eliminan por completo (**represión**); otros se convierten en tendencias opuestas más aceptables (formación reactiva) o se desvían a fines no instintivos (sublimación), se desplazan del yo hacia las imágenes de otras personas (proyección), los componentes fálicos se relegan para ser satisfechos en el futuro, etc., es decir, los

procesos de socialización restringen, inhiben y empobrecen tendencias delincuentes y facilitan la adaptación externa (A. Freud, 1993)..

En general, los niños presentan **pautas irregulares de crecimiento**; en algunas líneas de desarrollo manifiestan avance, mientras que en otras muestran atraso, estas diferencias constituyen **variaciones de la normalidad**. Muchas de las inhibiciones, síntomas y ansiedades que los niños presentan son originadas por tensiones inherentes al proceso de desarrollo, más que a procesos de naturaleza patológica (A. Freud, 1993).

1.3 DONALD WOODS WINNICOTT.

A partir de su experiencia como pediatra y psicoanalista, Winnicott advirtió que buena parte de los problemas emocionales parecían encontrar su origen en etapas tempranas del desarrollo.

Coincidió con Melanie Klein al plantear que **el desarrollo emocional** debía considerarse como una **línea de progresión** en que lo arcaico **define las características** posteriores.

Describe dos períodos en la evolución psíquica:

- **Período de dependencia absoluta.** Del nacimiento a los seis meses de vida. Se caracteriza por un estado de dependencia total del bebé respecto del entorno representado por la madre o sustituto. El bebé no es consciente de la provisión materna, él y su entorno son la misma cosa. Surge un despliegue de los procesos madurativos cuando la madre se adapta a las necesidades del pequeño.
- **Período de dependencia relativa.**- va de los 6 meses a los 2 años. En esta fase la dependencia disminuye gradualmente, el niño reconoce objetos y personas como

partes de la realidad exterior, percibe a la madre separada de él, por lo cual la angustia principal es la **destrucción** de ella en su totalidad, siente **culpa** al percibir que la madre, objeto de sus ataques, es también la madre amada de los momentos de calma, esto le impulsa a desarrollar actividades de **reparación** que empiezan a ejercitarse primero a nivel fantasmático y luego en la realidad en forma de ternura y regalos.

Winnicott (1986) señaló que el ser humano lleva en sí una **tendencia innata a desarrollarse y unificarse**. Esta tendencia se pone en marcha con los **procesos madurativos** que en el plano psíquico tienen que ver con la formación y evolución del yo, del ello y del superyó, así como a la implementación de los mecanismos de defensa elaborados por el yo en un individuo sano. La **salud psíquica** se funda entonces en el libre **desenvolvimiento de los procesos madurativos**, los cuales requieren del cumplimiento de **tres funciones maternas**:

- **Presentación del pecho o biberón** cuando el bebé está listo para imaginarlo y encontrarlo le proporcionan la ilusión de haber creado al objeto, **es una experiencia de omnipotencia** que más adelante permite al individuo experimentar sentimientos de amor y odio sin que representen una amenaza o angustia insoportable.
- **Holding o sostenimiento**. **Es la protección de los peligros físicos** que la madre da al bebé tomando en consideración su sensibilidad cutánea, auditiva, visual, su sensibilidad a la caída, su ignorancia respecto de la realidad exterior, etc. Este concepto también se refiere a la **protección psíquica** que la madre brinda cuando pone al bebé en contacto con una realidad exterior simplificada y repetitiva, de tal modo que el yo naciente sea capaz de hallar los puntos de referencia estables que se necesitan para llevar a cabo el trabajo de **integración**.
- **El handling** es la manipulación del bebé en la presentación de cuidados. Al cambiar al bebé, bañarlo, acunarlo, no sólo se da bienestar físico sino que

permite al bebé vivenciarse en un cuerpo que unido a la vida psíquica inicia el proceso de **personalización**.

Durante los últimos meses de embarazo y las primeras semanas posteriores al parto, se produce en la madre un estado psicológico especial que Winnicott llama: **preocupación maternal primaria**, sensibilización que la capacita para identificarse con las necesidades del bebé.

En un principio los núcleos del yo se encuentran dispersos y para el bebé estos núcleos están incluidos en una unidad que forma él con el medio ambiente. **La integración** se logra a partir de los cuidados de la madre, quien “recoge los pedacitos del yo” y le permite al bebé sentirse integrado. En el momento en que adquiere la noción de que él es distinto del medio que lo rodea, puede vivenciar al exterior como amenazante y es el cuidado amoroso de la madre otra vez lo que neutraliza esas amenazas. El quiebre psicótico es una regresión a esta fase del desarrollo (Winnicott, 1981).

La provisión o condición ambiental favorable da apoyo al yo de la criatura y permite la salud mental, mientras que la insuficiencia de cuidados maternos durante la primera fase de dependencia puede dar lugar a: deformaciones en la organización del yo que constituyen la base de características esquizoides, o bien defensas de autosostenimiento o desarrollo de un aspecto falso de la personalidad.

Para Winnicott (1981) el self verdadero es el núcleo de la personalidad y permanece escondido. El falso self lo encubre en menor o mayor grado conformando cuadros de salud o enfermedad de acuerdo con los fallos ambientales.

La labor del analista es salir al encuentro del verdadero self para corregir las experiencias defectuosas “hay que ofrecer al paciente la madre suficientemente buena que no tuvo” (Winnicott, 1981).

Winnicott (1993) considera 3 espacios psíquicos: el interno, el externo y el transicional. Objetos como el oso de trapo o la manta constituyen la primera posesión no - yo del niño y son un puente entre el mundo interno y el mundo externo al permitirle establecer sus límites corporales y graduar su distancia, también le sirven para elaborar los sentimientos de pérdida ante la separación de la madre. Cuando en el interior del niño el objeto materno está dañado, es poco probable que recurra de manera constante a un fenómeno transicional, porque estos objetos representan al objeto libidinal.

Una vez que la manipulación del objeto transicional permitió al niño instaurar en su interior un objeto bueno, debe alejarse de él a través de la diversificación de fenómenos y objetos transicionales, queda en la mente un espacio intermedio entre lo interno y lo externo, en donde se desarrollan las actividades creativas y en donde se lleva a cabo el proceso analítico.

Para Winnicott (1993) los objetos y fenómenos transicionales cumplen 3 funciones: a) constituyen una etapa del desarrollo hacia el juicio de realidad; b) son una defensa contra las ansiedades de separación de la madre; c) constituyen un espacio dentro de la mente del individuo.

Winnicott (1981) menciona la importancia de un hogar sano en donde el niño puede percibir la satisfacción de la relación entre los padres.

Considera que la escuela, también puede asumir la función de la madre que dió confianza al niño en los primeros meses de su vida al ofrecer un ambiente tolerante y estable en donde pueden establecerse relaciones interpersonales profundas.

Para Winnicott la base de la estabilidad mental depende de las experiencias iniciales con la madre y sobre todo de su estado emocional. Si la madre no es ansiosa, si no está deprimida, confundida o retraída, entonces hay grandes oportunidades para el enriquecimiento de la relación madre - hijo.

Señaló como **enfermedades de la pulsión agresiva** a la hipocondría, la paranoia, la psicosis maniaco depresiva y ciertas formas de depresión. Consideró que la tendencia antisocial lejos de expresar impulsos agresivos y vengativos respecto del medio ambiente frustrante, es una manifestación de esperanza de que éste note el fallo y lo corrija (Winnicott, 1981).

1.4 ERIK H. ERIKSON

Erikson fue discípulo de Freud en Viena, aceptó muchos aspectos de la Teoría Freudiana sobre el desarrollo de la personalidad así como la importancia de la relación entre padres e hijos. Consideró que la atmósfera familiar puede hacer que el niño se sienta odiado o amado y el amor es lo que le permitirá adquirir un sentido de identidad.

Erikson (1978) se interesó por el desarrollo continuo a lo largo de la vida y describió el crecimiento y las crisis del ser humano como una serie de actitudes básicas alternativas a través de las **ocho edades del hombre**. Señaló que el éxito en cada una de ellas depende de los ajustes que el individuo haya hecho en las anteriores.

Confianza básica contra desconfianza básica. El erotismo oral y el desarrollo de las modalidades sociales de **obtener** y **tomar** están basadas en la necesidad de comer, beber y crecer por medio de la absorción o **incorporación** que domina la etapa oral. Esta etapa oral forma en el niño la base del sentimiento básico de confianza y de desconfianza que son la fuente de la esperanza y la condena durante toda la vida. Si el niño siente que sus necesidades básicas son satisfechas, llega a confiar en el ambiente, en sí mismo y en que los proveedores acudirán. Si el niño se siente frustrado en el logro de sus necesidades, se vuelve receloso, temeroso y retraído (Erikson, 1978).

Autonomía contra vergüenza y duda.- El desarrollo del sistema muscular da al niño mayor poder sobre el medio ambiente a través de la capacidad para alcanzar y asir, arrojar y empujar, apropiarse de las cosas y mantenerlas a distancia, obtiene mayor capacidad para alternar a voluntad los actos de retener y expulsar, por lo tanto, surgen dos modalidades sociales: aferrar y soltar. **Aferrar** puede significar retener en forma cruel y destructiva o convertirse en un patrón de cuidado; tener y conservar. **Soltar** puede convertirse en una liberación hostil de fuerzas destructivas o un afable dejar pasar y dejar vivir. Es una etapa de empecinamiento que se convierte en una lucha por la **autonomía**. El niño tiende a acumular cosas y a descartarlas, aferrarse a posesiones y a arrojarlas por la ventana, son tendencias que se incluyen en el **modo retentivo eliminador**. El sentimiento de bondad interior da origen a la autonomía y el orgullo; el sentimiento de maldad al de duda y vergüenza. El medio ambiente debe ayudarlo a "pararse sobre sus propios pies" a fin de evitar la sensación de haberse expuesto prematuramente (vergüenza) o esa desconfianza secundaria (duda). Si el niño fracasa muchas veces en un intento por dominar las destrezas que surgen en esta etapa, puede surgir la duda en sí mismo. Una respuesta de esta duda es la costumbre de seguir impulsivamente rutinas fijas o bien, el rechazo hostil de todos los controles, tanto internos como externos. Si los adultos menosprecian los esfuerzos del niño, éste puede sentir vergüenza y adquirir un sentimiento permanente de inferioridad (Erikson, 1978).

Iniciativa contra culpa.- El niño es capaz de moverse en forma independiente y vigorosa, se desplaza hacia el logro de actividades que le implican un reto. El **modo intrusivo** domina gran parte de la conducta en esta etapa: **intrusión** en otros cuerpos a través del ataque físico; en los oídos y la mente de otros mediante una charla agresiva; en el espacio mediante la locomoción vigorosa; en lo desconocido a través de una curiosidad insaciable. La iniciativa agrega a la autonomía, la planeación y realización de una meta o tarea por el sólo hecho de estar activo. Los celos hacia los hermanos y la rivalidad infantil alcanzan su culminación con una lucha final por una

posición de privilegio frente a la madre; el habitual fracaso lleva a un sentimiento de resignación, culpa y ansiedad.

El niño tiene fantasías omnipotentes de ser un gigante o tigre, pero en sus sueños huye aterrorizado en defensa de su vida. Es la etapa del "complejo de castración", el temor intensificado ante la idea de comprobar que los genitales, ahora erotizados, pueden sufrir un daño como castigo por las fantasías relacionadas con su excitación. En esta etapa, el niño permanece identificado con el progenitor del mismo sexo y busca oportunidades para realizar cosas juntos. Si el niño no logra adquirir el sentido de iniciativa, pueden persistir los sentimientos de culpabilidad, falta de autoestima y de resentimiento (Erikson, 1978).

Industria contra inferioridad.- En esta etapa el niño desarrolla las habilidades necesarias para convertirse en adulto: se vale por sí mismo, realiza un trabajo productivo y lleva una vida social independiente. Es capaz de producir cosas utilizando herramientas y utensilios, puede trabajar con otros niños, iniciando con ello un primer sentido de la división del trabajo. Si no se estimula su esfuerzo, puede desarrollar un sentimiento de inadecuación o inferioridad, puede perder la fe en su capacidad de ser una persona productiva o regresar a la rivalidad familiar de la época edípica. Esta etapa es de **latencia** porque los impulsos violentos están normalmente inactivos, pero se trata solo de un momento de calma antes de la tormenta de la pubertad, cuando todos los impulsos previos emergen para quedar luego bajo el dominio de la genitalidad (Erikson, 1978).

Identidad contra confusión de rol.- Con la pubertad aparecen las tareas y responsabilidades de la adultez. El problema crítico en esta etapa consiste en encontrar la propia identidad, ya que el crecimiento corporal y la madurez genital hacen surgir de nuevo dudas acerca de la mismidad. Esta se logra al integrar varios roles en un patrón coherente que brinde el sentido de continuidad o identidad interna. Si no se logra forjar una identidad, el peligro es la confusión de rol. En la mayoría de los casos,

lo que preocupa al joven es la incapacidad para decidirse por una identidad ocupacional. Para evitar la confusión, los jóvenes se identifican temporalmente con los héroes de las camarillas y de las multitudes. Esto inicia la etapa del enamoramiento, que no es sexual, sino un intento por definir la propia identidad al proyectar la propia imagen yoica difusa en otra persona y logra así que se refleje y se aclare gradualmente. La intolerancia del joven ante quienes son diferentes a él, es una defensa contra la confusión del sentimiento de identidad (Erikson, 1978).

Intimidad contra aislamiento.- El adulto joven que surge de la búsqueda de identidad está ansioso y dispuesto a fundir su identidad con la de otras personas. Está preparado para la intimidad, esto es, la capacidad para entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas. Si no ha logrado esta secuencia, tenderá al aislamiento (Erikson, 1978).

Generatividad contra estancamiento.- En los años intermedios de la adultez, el reto consiste en ser productivo y creativo en todas las facetas de la vida. Las etapas anteriores tienden a encontrar sentido y placer en todas las actividades de la vida presente: profesión, familia, participación en la comunidad. Para otras personas la vida se vuelve monótona, rutinaria, se sienten aburridos y resentidos. La generatividad es la preocupación por establecer y guiar a la nueva generación. Es un término que tiene que ver con enriquecimiento, productividad y creatividad. Cuando esto falta, se da una regresión a una necesidad obsesiva de pseudo intimidad y a un sentimiento general de estancamiento y empobrecimiento personal (Erikson, 1978).

Integridad del yo contra desesperación.- Sólo el individuo que en alguna forma ha cuidado de cosas y de personas y se ha adaptado a los triunfos y desilusiones inherentes al hecho de ser generador de otros seres humanos, de productos o ideas, puede madurar gradualmente el fruto de estas siete etapas. A esto le llama Erikson la **integridad del yo**. Son características de esta plenitud: la aceptación del ciclo de la vida, con la inminencia de la muerte y el sentido de que la

vida es completa y satisfactoria. Hay quienes viven esta etapa con desesperación al perder los roles anteriores que tuvieron y sentir a la muerte como un suceso aterrador (Erikson, 1978).

El dilema fundamental de la existencia humana es la elección entre la vida y la muerte. El **potencial creativo** del ser humano es tan grande como su **potencial destructivo**, de tal manera que podemos decir que la razón, la imaginación, la capacidad erótica y la capacidad destructiva son las características que distinguen al hombre del animal.

Lorenz (1998) define **agresión** como el instinto que lleva al hombre y al animal a combatir contra miembros de su misma especie. Lorenz observó que los animales combaten sólo entre especies diferentes y sólo por sobrevivencia; mientras que el hombre es el único animal que lleva la agresión hacia sus congéneres hasta la muerte y no necesariamente por sobrevivencia, debido básicamente a que la ha instrumentalizado y al hacerlo se ha despersonalizado de sus efectos, aunque también la agresividad le ha servido para triunfar como especie debido a su ingenio, decisión de ataque y a su capacidad para enfrentar con éxito las fuerzas adversas de su vida.

El psicoanálisis ha estudiado la batalla en el inconsciente entre las fuerzas creativas y las destructivas, entre **eros y tanatos**, y considera que la agresión permite una regulación interna en el individuo (Bleichmar, 1986).

De acuerdo con Laplanche y Pontalis (1996) la **agresividad** es "la tendencia o conjunto de tendencias que se actualizan en conductas reales o fantasmáticas dirigidas a dañar a otro, a destruirlo, a contrariarlo, a humillarlo, etc. La agresión puede adoptar modalidades distintas de la acción motriz violenta y destructiva. No hay conducta tanto negativa (por ejemplo, negación de ayuda) como positiva; tanto simbólica (por ejemplo, ironía) como efectivamente realizada, que no pueda funcionar como agresión. El psicoanálisis ha concedido una importancia cada vez mayor a la agresividad, señalando que actúa precozmente en el desarrollo del sujeto y subrayando el

complicado juego de su unión y separación de la sexualidad. Esta evolución de las ideas ha culminado en el intento de buscar para la agresividad un substrato pulsional único y fundamental con el concepto de pulsión de muerte”.

Sigmund Freud dió importancia a la agresión y a la destructividad de manera gradual. Primero propuso en 1905, en Tres ensayos sobre la vida sexual que la agresión es el componente sádico de la libido o instinto sexual, necesario para la dominación o apoderamiento del objeto sexual. Más adelante, en Más allá del principio del placer propuso la existencia de un instinto de muerte (tanatos) como pulsión agresiva autónoma, complementaria de eros y cuyo último objetivo es la autodestrucción del individuo. Contraria a la energía de la libido, la energía del instinto de muerte se dirige hacia otros en forma de agresión y permite así al sujeto su propia supervivencia.

La agresión ya no es el resultado de pulsiones libidinales contenidas, sino una pulsión autónoma, tiene un carácter inevitable, se canaliza por las reglas de la vida en sociedad y a través del superyó, de tal manera que los mecanismos de regulación social para las conductas de agresión solamente actúan de manera supresiva o inhibidora (Moser, 1991).

S. Freud menciona que la vida sexual infantil entraña **instintos parciales de contemplación, exhibición y crueldad**, que más tarde se enlazarán estrechamente a la vida genital pero que existen ya en la infancia aunque independientes de la actividad sexual erógena (S. Freud, 1905, p. 174).

La **crueldad** contra los compañeros del juego y contra los animales, forma parte del carácter infantil porque el niño aún no ha desarrollado la capacidad de compadecer y por el instinto de dominio. La crueldad predomina en toda la fase de la vida sexual de organización pregenital (organización de la vida sexual en la cual las zonas genitales no han llegado todavía a su papel predominante).

Freud señala que muchos individuos han comunicado que los primeros signos de excitabilidad de sus genitales aparecieron durante un juego cuerpo a cuerpo con sus compañeros, situación en la cual además del esfuerzo general, actúa el contacto de la piel del niño con la de su contrincante. En la producción de la excitación sexual por la actividad muscular, se hallará quizá una de las raíces del instinto sádico (S. Freud, 1905, p. 184).

Freud admite la coexistencia e interacción de los instintos de vida y muerte. Esta **ambivalencia** es característica de las fases de la evolución de la libido: sádico oral y sádico anal. Concibe al complejo de Edipo como un conflicto de ambivalencia, una conjunción de deseos amorosos y hostiles.

Por medio de la conexión de la libido con la crueldad tiene lugar la transformación del amor en odio y de los sentimientos cariñosos en hostiles.

Estas tendencias hostiles tienen importancia en determinadas afecciones, por ejemplo, en la neurosis obsesiva, la paranoia y la fobia. En la primera se intenta reprimir el movimiento hostil reforzando el movimiento libidinal hacia una formación reactiva; en la paranoia la agresión se proyecta hacia fuera; mientras que en la fobia, el odio se desplaza hacia un objeto sustituto.

El reconocimiento abierto de la importancia de las fuerzas destructivas se produjo en Freud entre 1915 y 1920, fue un cambio activado por la desilusión de la cultura europea producida por la primera gran guerra, crisis que lo llevó a reconocer la importancia de la angustia ante la muerte y de los impulsos homicidas reprimidos. En su artículo sobre **La guerra y la muerte** Freud expresó: "La acentuación del mandamiento **no matarás** nos demuestra con seguridad que descendemos de una interminable serie de generaciones de homicidas, en cuya sangre anida el deseo de matar que quizá también se encuentra en nosotros" (S. Freud, 1915, p. 297).

La teoría del instinto de muerte apareció en 1920 en "**Más allá del Principio del Placer**". S. Freud admite a la agresión como un instinto primario, diferente de la sexualidad. Formuló la hipótesis de que las fuerzas en el conflicto inconsciente no eran sólo los instintos sexuales frente a los de conservación, ni entre la libido sexual y la libido narcisista, sino que la lucha estaba entre las fuerzas eróticas y las fuerzas agresivas o destructivas. En un principio consideró que el instinto agresivo era primariamente autodestructor (duelo y melancolía, culpabilidad inconsciente, reacción terapéutica negativa), en vez de estar dirigido al dominio del mundo exterior, con esto Freud cambió la noción de agresividad clásicamente descrita como un modo de relación con otro o como una violencia ejercida sobre otros. La agresividad del hombre era, entonces, un fenómeno secundario, una desviación de la energía del instinto de muerte que se apartaba del yo contra el cual iba dirigido inicialmente. La opinión final que Freud no modificó jamás fue la existencia de dos grupos de instintos: **eróticos y de muerte**. Con el término **eros**, Freud designa a las pulsiones sexuales que tienden a conservar la especie y las pulsiones de autoconservación dirigidas a lograr que permanezca la existencia individual. El **instinto de muerte** consiste en la tendencia general de lo orgánico para regresar a lo inorgánico al cual se opone el instinto de vida empeñado en mantener el nivel de funcionamiento alcanzado por el organismo. Como éste acaba por morir, se demuestra, dice Freud, la supremacía del instinto de muerte.

Consideró que el yo es el principal depositario de los instintos de muerte, de los que podía deshacerse, en parte, al cargarse de libido narcisista, sólo así el yo no se autodestruye de inmediato y puede dirigir al exterior cierta cantidad de agresión destructiva. En este sentido, la pulsión de destrucción explicaría el comportamiento agresivo. Así la agresividad sería una fuerza radicalmente desorganizadora y fragmentadora, características enfatizadas por autores como **Melanie Klein** quien insiste en el papel predominante desempeñado por las pulsiones agresivas desde la primera infancia.

S. Freud afirma que toda criatura viva está en cierto sentido empujada instintivamente hacia la muerte porque ésta libera al organismo de la tensión. En su pensamiento, la agresividad contra el mundo exterior en general y contra otras personas en particular es consecuencia de que el instinto de muerte queda bloqueado por instintos eróticos y de autoconservación.

En el **Malestar en la Cultura**, S. Freud expresó su visión del mundo y de la vida: "La verdad es que el hombre no es una criatura tierna y necesitada de amor, que solo osaría defenderse si se le atacara, sino por el contrario, es un ser entre cuyas disposiciones debe incluirse una buena porción de **agresividad**... el prójimo no le representa únicamente un posible colaborador y objeto sexual, sino también un motivo de tentación para satisfacer en él su agresividad, apoderarse de sus bienes, humillarlo, ocasionarle sufrimientos, martirizarlo y matarlo. El hombre es el lobo del hombre ... debido a esta primordial hostilidad entre los hombres la sociedad civilizada se ve constantemente al borde de la desintegración... no logro comprender como fue posible que pasáramos por alto la ubicuidad de las tendencias agresivas y destructivas, dejando de concederles la importancia que merecen en la interpretación de la vida" (S. Freud, 1930, p. 3046).

Y si en sus primeras formulaciones atribuía las neurosis a la represión de la sexualidad de la sociedad, ahora las atribuía a la represión de la agresividad. "A mi juicio, el destino de la especie humana será decidido por la circunstancia de hasta que punto el desarrollo cultural logrará hacer frente a las perturbaciones de la vida colectiva emanadas del instinto de agresión y de autodestrucción. Nuestros contemporáneos han llegado a tal punto en el dominio de las fuerzas elementales que con su ayuda les será fácil exterminarse mutuamente hasta el último hombre. Bien lo saben y de ahí buena parte de su presente agitación, de su infelicidad y su angustia. Sólo nos queda esperar que la otra de ambas potencias celestes, **el eterno eros**, despliegue sus fuerzas para vencer en la lucha con su no menos inmortal adversario. Más ¿quién podrá augurar el

desenlace final" (S. Freud, 1930, p. 3067). Estas palabras fueron escritas cuando la amenaza de Hitler se hacia presente.

Al final de su vida, S. Freud admitió la capacidad sintética y creativa del yo considerado hasta entonces como intermediario entre las demandas incompatibles del ello, el superyó y la realidad social.

Actualmente todavía existe discusión acerca de si la agresividad es un impulso innato instintivo que como el instinto sexual trata de expresarse espontáneamente o si es una respuesta a circunstancias exteriores adversas.

Algunos autores como **Winnicott** aceptan la idea de que el hombre no es agresivo por naturaleza, sino que llega a serlo a consecuencia de un entorno hostil desfavorable, otros autores como **Melanie Klein** aceptan que el ser humano es potencialmente agresivo desde el nacimiento y muy pronto llega a poseer un mundo interior lleno de fantasías en donde se alternan y entremezclan violentas emociones de amor y odio.

Melanie Klein se ha convertido en la sucesora más destacada de **S. Freud** y al ser influida por el concepto de **instinto de muerte**, dio en su obra un particular énfasis a **la agresividad**. Señaló el **conflicto innato entre amor y odio** al mencionar "la capacidad de experimentar amor e impulso destructivo es en cierta medida **constitucional**, aunque su fuerza varía individualmente y se halla en interacción desde el principio, con las condiciones externas" (Bleichmar, 1997).

Este impulso agresivo es tan violento que el niño experimenta ansiedad ante la posible destrucción de quienes cuidan de él y ante la eventualidad de su propia destrucción. No obstante que Melanie Klein acepta que los impulsos destructivos constituyen una parte integrante de la vida mental, incluso en circunstancias favorables,

sigue creyendo que esos impulsos se derivan de una reorientación del instinto de muerte hacia el mundo exterior (Bleichmar, 1997).

Riviere (en Klein y Riviere, 1987) estudió las más importantes **manifestaciones del impulso agresivo: envidia, desprecio, voracidad, celos, rivalidad, odio delirante, etc.** como derivaciones de experiencias afectivas primarias que tuvieron lugar en la relación con las primeras figuras importantes en la vida del niño.

Considera que las dos fuentes fundamentales de manifestaciones afectivas son: el instinto de conservación y el instinto sexual, por lo cual la vida está orientada a un doble fin: **lograr los medios que aseguren la existencia y extraer placer de ella.** Estos fines originan grandes emociones que ocasionan intensa felicidad o intensa desdicha.

Para esta autora, **el odio** es una fuerza desintegradora y destructiva que tiende a la privación y a la muerte, mientras que el **amor** es una fuerza que armoniza y unifica dirigida hacia la vida y el placer; sin embargo aclaran que **la agresión, que está ligada al odio, no es totalmente destructiva o dolorosa en sus fines o en su funcionamiento; de la misma manera que el amor, que brota de las fuerzas vitales y que está vinculado con el deseo, puede ser agresivo y hasta destructivo en su acción.**

Para vivir con placer, las personas tratan de distribuir las fuerzas destructivas que habitan en ellas, desviándolas o uniéndolas con el amor, es decir, realizando adaptaciones variadas y sutiles. El resultado de este proceso de adaptación depende de dos factores: a) **la fuerza de los impulsos de amor y odio** y b) **la influencia ejercida por los sucesos ambientales durante el transcurso de la vida.**

Riviere (op. cit.) examina algunas de las formas de intento para lograr seguridad contra las fuerzas desintegradoras del odio.

Define la **agresión** como un **instinto que siempre resulta defensivo y se reconoce como innato en el hombre y en la mayoría de los animales**. Los impulsos agresivos, crueles y egoístas se hallan ligados con el placer y la gratificación y cierta fascinación o excitación acompaña a su desahogo (el goce que experimenta quien hace una réplica mordaz, por ejemplo, es visible en sus ojos).

La crueldad y el horror en las historias, películas, deportes, accidentes y desastres excitan con mayor o menor intensidad a las personas que no han logrado modificar sus impulsos agresivos o canalizarlos hacia alguna actividad. De igual manera, el placer que se siente al superar obstáculos o imponer la voluntad está ligado a emociones agresivas, lo cual explica, en parte, su carácter imperativo y tan difícil de controlar.

Señala que ciertas formas de agresión desempeñan un papel importante en la lucha cotidiana por la existencia; se les necesita para enfrentar y vencer obstáculos en el trabajo y para obtener placer.

La idea de la existencia de impulsos agresivos en uno mismo y en los demás, resulta desagradable, de ahí que se desestime su importancia para no reconocer el temor que causa su proximidad, fuerza y vitalidad, sin embargo, esto logra apaciguar un poco el temor, sin dar una ventaja real.

Quienes experimentan sentimientos hostiles por necesidades insatisfechas o placeres no logrados, viven una sensación de pérdida y dolor que hace surgir la misma agresión que provocaría un ataque, un robo o una injuria.

La dependencia a los demás seres humanos suele sentirse como algo peligroso porque implica la posibilidad de sufrir privaciones. El bebé que descubre que no puede satisfacer por si mismo todas sus necesidades, toma conocimiento de su dependencia, llora y grita, se vuelve agresivo y cuando lo atormenta el deseo o la ira, todo su mundo

es sufrimiento. Es la primera experiencia de algo similar a la muerte, es la noción de carencia, abrumadora pérdida que parece producirse en sí mismo y a su alrededor. La reacción ante este penoso estado de cosas es tratar de recuperar y preservar parte de la seguridad de antes que se perdió cuando una carencia desencadenó sus impulsos destructivos. Así se desarrolla una gran necesidad de apoyo y defensa contra estos terribles riesgos e intolerables experiencias de privación, inseguridad y agresión interna y externa. Esta es el punto de partida de una tarea constante a lo largo de la existencia: asegurar la autopreservación y el placer con el menor riesgo posible de despertar las fuerzas internas destructivas, las cuales podrían acarrear la destrucción de los demás. Estas tempranas experiencias no subsisten en la memoria, ni en la conciencia. La mente consciente sólo conoce una pequeña parte del amor, miedo y odio que desde el inconsciente rige toda nuestra vida (Riviere, en Klein y Riviere, 1987, p. 22).

El odio y la agresión, la envidia, los celos y la voracidad que el adulto siente y expresa son derivaciones muy complicadas de esa experiencia primaria y de la necesidad de manejarla para sobrevivir y lograr algún placer en la vida. Todas estas maniobras para adquirir seguridad, utilizan de algún modo los impulsos amorosos (las fuerzas vitales) aunque estos también a veces aparezcan en forma distorsionada o irreconocible.

El mecanismo de proyección constituye la primera y fundamental medida de seguridad contra el dolor, los ataques y el desamparo. Los sentimientos penosos y desagradables se relegan al exterior y se atribuyen a otros; una vez localizados fuera de uno, los impulsos agresivos se descargan mediante el ataque contra estos peligros situados en el exterior. Un niño lleno de odio contra una persona querida ataca a otro niño o tortura a sus muñecos. El sentimiento originalmente dirigido a una persona en particular puede ser desviado o desplazado hacia otra persona o hacia un objeto y de esa forma canalizado en forma segura, es el caso del hombre fastidiado con su patrón que insulta y golpea a su esposa o el caso de ubicar el mal en personas distantes a nosotros, puede servir a este fin los extranjeros, los capitalistas, las prostitutas, o una

raza particularmente odiada que constituya un grupo que nos sea permitido despreciar si se nos antoja. Estas acciones y actitudes agresivas son, sobre todo para la mente inconsciente, métodos relativamente seguros de descargar odio y venganza y proteger a aquellos a quienes se ama y de quienes se depende para la subsistencia y placer.

La desvalorización de lo amado o de lo bueno y la pérdida de fé en ello, puede resultar un mecanismo útil que nos permite soportar desengaños sin volvernos agresivos. La reacción de desprecio y rechazo es el principal motivo de traiciones, deslealtades, abandonos e infidelidades. Los anhelos insaciables nos llevan inevitablemente al descontento, despertando el temor a la dependencia, venganza y agresión, se arrojan todos los malos impulsos (odio o desengaño vengativo) hacia la persona de la que tanto se esperaba, considerando justificado entonces alejarse o huir de ella (Riviere, op. cit.).

El rechazo también puede ser un modo de amar deformado pero tendiente a preservar algo inconscientemente sentido como “demasiado bueno para mí”. El abandono salva la bondad así reconocida, defendiendo y rescatando al objeto de la propia indignidad que podría destruirlo.

En la voracidad hay una acentuación en el deseo de ingerir, como defensa contra la desintegración interna. Todos tenemos inconscientemente cierto grado de voracidad, ésta configura un aspecto del deseo de vivir que desde el comienzo de la vida se mezcla y se une con el impulso de volcar la agresión y la destructividad hacia fuera, contra otros y como tal persiste inconscientemente a través de la existencia. La voracidad por las cosas buenas y por lo tanto, dignas de amor y respeto es garantía contra el temor de hallarnos internamente vacíos, o bien contra los malos impulsos que nos hacen sentir llenos de maldad y dañinos para nosotros mismos y para los demás.

La envidia es el sentimiento enojoso contra otra persona que posee o goza de algo deseable, siendo el impulso envidioso el de quitárselo o dañarlo. La envidia y los celos están íntimamente ligados.

Los celos se presentan cuando un sujeto siente que el amor que le es debido, le ha sido quitado. La típica situación de celos es la rivalidad en el amor, expresan odio y agresión ante una pérdida o amenaza de pérdida, son bastante simples y primarios así como inevitables. A menudo aparecen cuando las circunstancias no los justifican. Tienen un rasgo específico: el sentimiento de humillación que los acompaña debido al agravio que tienen para la confianza y autoseguridad. El celoso se siente inevitablemente humillado e inferior y en forma menos consciente, deprimido y culpable porque se siente aborrecido e indigno del amor. De la tortura de los celos se intenta el alivio, condenando y odiando al rival, de esta manera se puede dirigir el odio contra él sin experimentar sentimientos de culpa (Riviere, op. cit.).

Cuando inconscientemente alguien se siente empobrecido en amor y bondad y teme que su compañero descubra esta deficiencia, empieza a celar y buscar desamor en el otro para no dirigirlo contra sí mismo y atribuye la perversidad al rival con el mismo fin. La desdicha, la culpa, la expiación por el remordimiento y las lágrimas ante la acusación "tu no me quieres", así como la absolución final, muestran que tras de la riña se encuentra el sentimiento inconsciente de no merecer amor. **El amor mutuo** permite la satisfacción de los instintos vitales tendientes a armonizar y unificar, o sea, los de autopreservación y los sexuales y aumenta a su vez la seguridad contra los impulsos destructivos, la amenaza de pérdida, de soledad y desamparo.

La rivalidad.- El impulso hacia la competencia es el resultado de la interacción de factores de autopreservación, sexuales y agresivos. La rivalidad es un rasgo de carácter normal, pero cuando está inhibido se observa una actitud derrotista. El individuo no confía en sí mismo para luchar y triunfar sin hacer un daño irreparable a los demás: por lo cual será castigado severamente. En general la rivalidad es de

naturaleza productiva, sin embargo algunas personas están felices cuando se rodean de personas inferiores a ellas intelectual, social o moralmente. Necesitan de este tipo de personas porque les dan seguridad. La justa indignación es una de las formas más crueles y vengativas de placer agresivo. La finalidad de una confrontación es probar que el otro está equivocado. De este mecanismo parten las persecuciones religiosas y de condena a un orador, así como el trabajo destructivo efectuado en sociedades científicas.

El amor al poder es una actitud emocional que contiene un marcado elemento de agresión, deriva del intento por controlar los peligros internos utilizando métodos más directos que los de proyección y huida. Se teme el carácter incontrolable del deseo y de la agresión y el desamparo frente a estos impulsos. Un modo de protección es el logro de un poder omnipotente que permita controlar las situaciones potencialmente dolorosas y tener acceso a lo útil y deseable dentro y fuera de nosotros. En la fantasía la omnipotencia brinda seguridad. Lo más temido por un sujeto es la represalia y persecución que inconscientemente espera de todos los que ama y odia y a quienes ha dañado con su voracidad. La necesidad de poseer o ejercer poder surge de la incapacidad de tolerar el sacrificio por los demás y la dependencia en relación con ellos. Son expresiones insidiosas e indirectas de odio y agresión: la traición, la hipocresía, la tergiversación, la mentira, el fraude, etc.

El ser humano se pasa la vida intentando mantener el equilibrio entre las fuerzas vitales y los elementos destructivos que coexistan en él. La agresión y la sexualidad al ser partes integrantes de la naturaleza humana seguirán actuando mientras perdure la vida. La agresión permite obtener los medios de subsistencia y la sexualidad, conservar la especie. El ejercicio de ambos instintos proporciona placer y le da a la vida razón de ser, sentido y significado (Riviere, op. cit.).

Identificación y labor de reparación. La simpatía genuina consiste en poder colocarse en el lugar del otro, es decir, identificarse con él. Esta capacidad de

identificación es una condición del amor intenso y auténtico. Al identificarnos con otro compartimos la ayuda o la satisfacción que le proporcionamos y recuperamos por una vía lo que sacrificamos por otra. La agresión permanece activa aún en las personas que poseen gran capacidad de amor, en éstas la agresión y el odio (disminuido por la capacidad de amar) se encauza en gran parte hacia fines constructivos, a lo cual se llama **sublimación** (Klein, en Klein y Riviere, 1987).

Los sacrificios por la persona amada y la identificación con ella nos coloca en el papel de un "padre bueno" y nos comportamos con ella como nuestros padres a veces lo han hecho con nosotros o como hemos deseado que lo hicieran, a la vez desempeñamos el papel del "niño bueno" hacia los padres, realizando en el presente lo que hubiéramos querido hacer en el pasado. Así al invertir la situación, al actuar hacia otros como padres bondadosos nos recreamos y gozamos en la fantasía del amor y la bondad que anhelamos de nuestros padres. Esto constituye un modo de manejar los sufrimientos y frustraciones del pasado eliminando motivos de odio, logrando neutralizar las quejas contra los padres frustradores, el furor vengativo que nos han provocado y los sentimientos de culpa y desesperación provenientes de este odio que dañaba a los que eran al mismo tiempo objeto de nuestro amor. En el inconsciente reparamos nuestros agravios fantaseados que nos causaban aún gran dosis de culpa. Este es el mecanismo de **reparación**, fundamental en el amor y en todas las relaciones humanas (Klein, op. cit.).

Melanie Klein (1987) señala que sólo quien en su inconsciente pudo fantasear las relaciones con sus padres y hasta cierto punto vencer los sentimientos de culpa inherentes a estas fantasías y gradualmente logró desprenderse de los padres a la vez que permanecer vinculado a ellos estará capacitado para transferir sus deseos a personas (pareja) que representarán los anhelados objetos del pasado. Es decir: sólo quien ha "crecido" podrá realizar sus fantasías infantiles en la vida adulta con el alivio de la culpa sentida antes por sus deseos infantiles.

Los deseos sexuales están íntimamente ligados a los impulsos y fantasías agresivas, a la culpa y al temor de que mueran las personas queridas. Esto impulsa al niño a disminuir el apego hacia los padres, a reprimir sentimientos sexuales, los cuales se vuelven inconscientes y permanecen en las profundidades de la mente. Los impulsos sexuales se desligan también de los primeros objetos de amor y el niño adquiere así la capacidad de amar a otros de modo predominantemente afectuoso.

Un niño es incapaz de hacer amigos en la escuela cuando traslada al nuevo ambiente sus primitivos conflictos, cuando mejora la relación con sus padres y hermanos, también mejora el establecimiento de amistades. El nuevo compañero prueba al niño que es capaz de amar y ser amado y que el amor y la bondad existen, lo que también significa que puede reparar el daño que en su imaginación, o de hecho, ha infligido a otros (Klein, op. cit.).

En la escuela algunos niños no gozan de simpatía, mientras que otros son queridos. De esta forma, las emociones de amor y odio reprimidas, debidas al conflicto que surge al odiar a la persona amada, puede encontrar plena expresión en cauces más o menos aceptados socialmente.

En la vida adulta si las exageradas demandas inconscientes, ocasionan trastornos en una amistad, se debe a que ha acontecido una repetición exacta –aunque sean distintas las circunstancias- de situaciones tempranas, cuando la voracidad intensa y el odio perturbaron el amor hacia los padres, causando sentimientos de insatisfacción y soledad. (Klein, op. cit.).

Winnicott (1986) coincide con los autores señalados anteriormente en que **el amor y el odio** son los dos principales elementos sobre los cuales se elaboran los asuntos humanos y en la infancia ambos elementos se viven con plena intensidad. Considera que de todas las tendencias humanas, **la agresión puede estar oculta,**

disfrazada o desviada, puede atribuirse a factores externos y cuando aparece, siempre resulta difícil encontrar sus orígenes.

Winnicott (1986) señala que cuando las fuerzas crueles o destructivas amenazan con predominar sobre las amorosas, el individuo debe hacer algo para salvarse, una de esas cosas es **volcarse hacia fuera, dramatizar el mundo interior, actuar el papel destructivo y conseguir que una autoridad externa ejerza control.** El control puede establecerse de esta forma o bien, con un control interior cuyo resultado es la **depresión.**

Cuando existen esperanzas, la vida instintiva es activa y se puede disfrutar incluso de las urgencias agresivas para reparar en la vida real lo que se ha dañado en la fantasía. Esto constituye la base del juego y del trabajo.

Winnicott considera que por el estado del mundo interior de un niño, uno está limitado para ayudarlo a lograr la sublimación. Si la destrucción es excesiva e inmanejable, es posible lograr poca reparación y nada podemos hacer para ayudarlo, lo que le queda al niño es negar las fantasías o bien, dramatizarlas. **La agresividad, que ofrece un serio problema de manejo para los maestros, es casi siempre esa dramatización de la realidad interna cuya maldad impide tolerarla.** A menudo implica un abandono en la masturbación, ésta y la dramatización proporcionan métodos alternativos, pero fracasan porque el único vínculo verdadero es la relación entre la realidad interna y las experiencias instintivas originales que la construyeron. Sólo el tratamiento psicoanalítico puede ayudar a encontrar esa relación y como la fantasía es demasiado terrible para ser aceptada y tolerada no puede utilizarse en la sublimación.

El **odio y la frustración** despiertan reacciones manejables o no en el individuo de acuerdo con la **cantidad de tensión** que existe en su **fantasía inconsciente.** Así, un niño que golpea a otro o patea una pelota se siente mejor debido a eso, en parte porque disfruta golpeando y pateando y en parte porque inconscientemente siente que

ha expulsado lo malo a través de puños y pies, o bien la niña que anhela tener un bebé, anhela en cierta forma la certeza de que algo bueno se desarrolla en su interior, ya que inconscientemente siente que está vacía o llena de cosas malas, su agresión es lo que le da esas ideas. (Winnicott, 1986).

Una manera de manejar agresión en la realidad interna es el **masoquismo**, el individuo experimenta sufrimiento, lo cual le permite expresar agresión, recibir un castigo y aliviarse de los sentimientos de culpa, así como disfrutar de excitación y gratificación sexual (Winnicott, 1986).

Otra manera de manejar la agresión es el **miedo**, versión dramatizada de un mundo interior demasiado terrible: **La finalidad de la agresión es encontrar un control**. Es tarea del adulto impedir que esa agresión vaya demasiado lejos mediante el ejercicio de una **autoridad segura** dentro de cuyos límites es posible dramatizar y disfrutar cierto grado de maldad sin peligro.

Toda agresión que no se niega y por la que es posible aceptar responsabilidad personal, puede utilizarse en la **reparación**. En el fondo de todo juego, trabajo y arte, hay un remordimiento inconsciente por el daño realizado en la fantasía y un deseo inconsciente de arreglar las cosas. **Subyace en la construcción, la negación inconsciente de la destrucción** (Winnicott, 1986).

Se requiere una actitud que valore las producciones de un niño, no tanto por su talento, sino por la lucha que hay atrás de todo logro por pequeño que sea, pues ninguna manifestación humana de amor se siente como valiosa, si no implica una **agresión reconocida y controlada**.

Una de las finalidades del desarrollo de la personalidad es la de tornarse capaz de recurrir cada vez más a los instintivo, es decir, reconocer la propia crueldad y avidez que solo entonces puede ponerse al servicio de la actividad sublimada. **“Sólo si**

sabemos que el niño desea derribar la torre de ladrillos, le resulta valioso comprobar que puede construirla” (Winnicott, 1986).

Con respecto al sujeto que roba, Winnicott menciona que el ladrón no busca el objeto del cual se apodera, busca a su propia madre, pero no lo sabe, una fantasía que corresponde a sus impulsos primitivos de amor, siente que algo le falta aunque puede ser que la madre esté presente y le dé amor, reclama la posesión de su madre, busca a la persona que debido a su devoción por él, lo comprende y está dispuesta a adaptarse a sus necesidades, a darle la ilusión de que el mundo contiene lo que él puede concebir y a permitirle ubicar lo que él concibe.

Para que el niño pueda progresar en su **desarrollo emocional** necesita vivir en un lugar donde haya amor, fortaleza y tolerancia para superar el temor frente a sus propios sentimientos y fantasías. **El niño también busca al padre que protegerá a la madre de sus ataques contra ella, ataques efectuados en el ejercicio de su amor primitivo.** Cuando el niño roba fuera de su hogar, busca a su madre, pero con un mayor sentimiento de frustración y con una necesidad cada vez mayor de encontrar, al mismo tiempo, la autoridad paterna que ponga un límite al afecto de su conducta impulsiva y a la actuación de las ideas que surgen en su mente cuando está excitado. Cuando la **figura paterna** es estricta y fuerte, el niño puede recuperar sus impulsos primitivos de amor, su sentimiento de culpa y su deseo de reparar. A veces, la condición antisocial es una búsqueda de ayuda, se busca el control ejercido por personas fuertes, cariñosas y seguras. (Winnicott, 1986).

De acuerdo con **Winnicott** el niño normal a quien el hogar ayuda en las etapas iniciales, desarrolla una capacidad para controlarse, desarrolla un **“ambiente interno”** con una tendencia a encontrar buenos ambientes. El niño antisocial no desarrolla un buen ambiente interno y necesita de un control exterior para sentirse feliz y poder jugar o trabajar.

Storr (1981) señala que el comportamiento exploratorio de un niño es una afirmación de separación de la madre y constituye la primera manifestación de un **impulso agresivo positivo**.

Muchos de los juegos de los niños tienen un contenido agresivo evidente. Policías y ladrones, indios y vaqueros son ejemplos de luchas con las que el niño, identificándose con uno u otro bando, trata de demostrar que tiene algún poder en el mundo, alguna fuerza con la que puede superar los obstáculos con los que se enfrenta. Muchos padres preocupados porque su hijo se vuelva agresivo, prohíben el uso de armas de juguete y desalientan los juegos en los que la lucha ficticia desempeña un papel. Winnicott (1979) ha dicho: "si la sociedad está en peligro no es a causa de la agresividad del hombre, sino a causa de la represión de la agresividad personal en los individuos".

La conciencia del niño de su debilidad en comparación con los adultos, le lleva a aprovechar cualquier oportunidad de probar su fuerza. Los padres que saben esto en ocasiones se dejan vencer y a pesar de que el niño sabe que en realidad no ha ganado, la experiencia le permite además de satisfacción, construir un sentimiento de confianza sobre esa base de fantasía (Storr, 1981).

Cuanto más seguro se siente un niño en relación con sus padres reales, más capaz es de soportar las fantasías agresivas. Solamente cuando los padres u otros adultos han parecido aterradores pueden los niños dejar de distinguir entre fantasía y realidad y responder con temor a los cuentos de gigantes y brujas.

De acuerdo con Storr (1981) enfrentar la vida de manera independiente es una tarea muy ardua porque durante un largo período se está en dependencia, por ello no es sorprendente que la vida fantástica de los niños pequeños esté llena de agresividad, ya que necesitan de todo el potencial agresivo para proteger y afirmar su individualidad que se encuentra en desarrollo. Es decir, una agresividad considerable es un

componente esencial de la psicología del niño, de otro modo, no podría romper sus vínculos de dependencia, tomar resoluciones por sí mismo, ni conseguir su autonomía personal.

El impulso agresivo que en la niñez permite liberarse de la dominación paterna, en la vida adulta sirve para preservar y definir la identidad.

Los casos en donde el sujeto es incapaz de controlar su impulso agresivo entra en el campo de la psicopatología, bien sea que la agresividad se reprima y se vuelva contra el yo o se rechace y atribuya a otros o que se expresen en forma explosiva e infantil (Storr, 1981).

En un estudio realizado se encontró que la agresión puede llegar a ser una influencia organizadora en la construcción del yo, de tal manera que la destructividad patológica infantil puede ser reemplazada por cercanía emocional e interés hacia los demás a través de tratamiento psicoanalítico (Fonagy, 1993).

Sears y Maccoby (1957) han señalado la importancia de los padres como modelos de donde los hijos aprenden formas de responder en las circunstancias cotidianas de la vida y cómo las respuestas agresivas de los padres, incrementan la conducta agresiva en los hijos.

En un manejo adecuado de la agresión impera la razón y el diálogo ya que actuar con fuerza o unilateralidad genera odio, desobediencia, discusiones y más agresión.

En un principio los niños sólo pueden gritar y llorar, después pueden aventar, jalar o golpear con fuerza y más adelante con mayor control sobre sus movimientos pueden sustituir el ataque directo por mecanismos más sutiles de agresión como la no cooperación cuando descubren que con ello ocasionan contrariedad.

Sears y Maccoby (1957) han encontrado que el castigo severo es uno de los cinco factores asociados con el desarrollo de la delincuencia. También han observado que los niños buscan tácticas para evitar ser castigados, una de ellas es evitar la práctica de lo castigado frente a los padres. Como el castigo en sí mismo representa una frustración, el impulso agresivo se torna más fuerte. Un resultado de inhibir las conductas que son castigadas es la agresión desplazada hacia un objeto en donde no haya un efecto de retaliación, por ejemplo: el hermano, la mascota o el golpe en la puerta.

La interacción entre hermanos, vecinos y amigos hace surgir deseos y necesidades que lleva a que los niños peleen entre sí hasta que encuentran otras maneras de relacionarse.

Estos autores sugieren que los padres deben detener la agresión en forma sutil, evitar una pelea y en el caso de dar un castigo, que éste no incremente la hostilidad del niño.

CAPITULO III PSICOTERAPIA

3.1 Definición.

Se llama **psicoterapia**, en sentido amplio, a todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales que utilicen medios psicológicos: hipnosis, sugestión, reeducación psicológica, persuasión, etc. y, de manera más precisa, la relación del terapeuta con el enfermo. En este sentido el psicoanálisis es una forma de psicoterapia (Laplanche y Pontalis, 1996).

A menudo el psicoanálisis se opone a las diversas formas de psicoterapia en cuanto a la función que en él desempeña la interpretación del conflicto inconsciente y el análisis de la transferencia, que tiende a su resolución.

El fenómeno más importante que se desarrolla por medio del psicoanálisis es la **transferencia**, a través de la cual se reacciona ante una persona en el presente (analista) como si fuera un individuo en el pasado (padres). A través del revivir inconsciente de estas figuras en el aquí y ahora, el paciente experimenta durante el tratamiento, los eventos y emociones significativos del allá y entonces (Greenson, 1991).

La forma sutil como se desarrolla el psicoanálisis permite que aparezca en el paciente la **asociación libre**. El terapeuta escucha sin intervenir y sus reacciones son guía para la comprensión del material del enfermo, a esta situación se le llama **contratransferencia** y puede utilizarse para encontrar la **interpretación** adecuada.

A través de las interpretaciones y su elaboración progresa el análisis. El material reprimido no sólo debe ser recordado, sino entendido, asimilado y revivido en la

transferencia, por ello se propicia la regresión y la dependencia a través de la neurosis de transferencia (Greenson, 1991).

Se designa **psicoterapia analítica** a la forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa, se enfatizan los problemas del presente más que su origen, se limita la regresión y dependencia para analizar el aquí y ahora, las sesiones son frente a frente y se propicia cierto grado de alianza terapéutica (Guarner, 1984).

Las principales formas de psicoterapia son la individual y la de grupo.

La **psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica** es una modificación a la técnica del psicoanálisis clásico y es la que se emplea en este trabajo.

3.2 Concepto de Grupo

Se define como grupo al conjunto de individuos cuyas relaciones mutuas los hacen **independientes** en algún grado y los caracteriza una o más de las siguientes afirmaciones: a) participan en interacciones frecuentes; b) se definen entre sí como miembros; c) otros los definen como pertenecientes al grupo; d) comparten normas; e) participan en un sistema de roles entrelazados; f) se identifican entre sí y comparten ideales; g) encuentran que el grupo es recompensante; h) persiguen metas interdependientes; i) tienen una percepción colectiva de su unidad; j) tienden a actuar de modo unitario respecto al ambiente (Cartwright y Zander, 1968).

El grupo puede tener un carácter dinámico y habrá fuerzas que actúe sobre el individuo para acercarlo o alejarlo del grupo, reflejan tales fuerzas la tendencia de las personas a ir al grupo, abandonarlo, o resistirse a abandonarlo (Cartwright y Zander, 1968).

3.3 Psicoterapia de Grupo.

3.3.1 Definición

El grupo terapéutico está constituido por un conjunto de personas que se reúnen de común acuerdo y comparten normas tendientes a la consecución de un fin que es **la curación**. Cada integrante desempeña una función consciente o inconscientemente en interdependencia con los demás (Grinberg, Langer y Rodrigué, 1974).

En psicoterapia grupal analítica, los progresos se consideran como relativamente permanentes cuando los problemas se elaboran en Transferencia y a través del análisis de las resistencias. Se entiende por **elaboración** 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 exámen y por lo tanto, al control del yo (Slavson, 1976).

3.3.2 Historia

La psicoterapia de grupo se inició con Pratt en 1905 con pacientes tuberculosos. Su técnica se denomina **terapia exhortativa paternal que actúa por el grupo** porque utiliza con fines terapéuticos en forma deliberada y controlada, los sentimientos de rivalidad, envidia y emulación que surgen en el grupo. Es paternal porque fomenta la idealización del terapeuta y actúa por el grupo al manejar las emociones colectivas sin intentar comprenderlas. A las sesiones acudían más de 50 pacientes, primero se abordaba la higiene y problemas del tratamiento a través de una conferencia y después se resolvían dudas. Quienes mostraban mayor interés por las actividades colectivas y cumplían con el régimen pasaban a ocupar las primeras filas del aula, **de esta manera, el grupo se convierte en un medio rápido y económico de influir en numerosas personas** (Grinberg et al., 1974).

A partir de esta terapia surgen las **terapias de estructura fraternal que actúan por el grupo**, en éstas se evita la formación de líderes, se fomenta la homogeneización de los integrantes y se apoyan en esa igualdad para lograr sus fines terapéuticos, disminuyendo la rivalidad y envidia dentro del grupo por su carácter fraternal.

El psicodrama de J. L. Moreno tiene elementos de la terapia por el grupo con carácter fraternal, pero enfatiza la catarsis y la dramatización de los conflictos psicológicos como factores terapéuticos.

La importancia de las terapias anteriores es la socialización del paciente y el agrupamiento de un número grande de enfermos (Grinberg et al., 1974).

Más adelante surge la **terapia interpretativa individual en el grupo** con Slavson, Schilder y Klapman quienes introducen la interpretación individual en el grupo, desde un punto de vista psicoanalítico, para comprender y modificar los dinamos más profundos del grupo y transformar así su estructura. Los integrantes se benefician en la medida en que pueden identificarse con el protagonista de ese momento, por lo cual se busca la homogeneización del grupo, de tal manera que lo que se diga a un paciente, pueda beneficiar a otros.

S. Freud (1921) en Psicología de las masas y análisis del yo estudia cómo por la influencia del grupo hay una modificación psíquica en los individuos; analiza el proceso de identificación como manifestación de enlace afectivo con otra persona, así como la influencia del líder.

Foulkes y Anthony plantearon que la transferencia no se presenta con la misma intensidad en el grupo que en el análisis individual. En éste la transferencia tiene un carácter vertical por referirse al pasado, mientras que en el grupo, la transferencia es horizontal al desenvolverse en el plano actual y multipersonal (Grinberg et al., 1974).

Bion (1991) concibe al grupo como una totalidad psicológica cuyas expresiones pueden ser influidas e interpretadas por el terapeuta. Su hipótesis es que todo grupo tiene 2 tipos de actividades: una racional y consciente que tiende a cooperar y otra caracterizada por su irracionalidad y emergencia en cuanto se forma el grupo. Llama **valencia** a este tipo de actividad emocional y la define como la capacidad de un individuo para entrar en combinación instantánea e involuntaria con otro para compartir y actuar sobre el plano de un **supuesto básico**. Con este término Bion designa a la creencia en la que participan todos los miembros del grupo y que los impulsa a tener un determinado tipo de fantasías y deseos. En la medida en que esta creencia es una producción emocional, colectiva, organizada y unitaria se puede hablar de una **mentalidad colectiva**. Cada supuesto básico tiene como líder a aquel que mejor interpreta y simboliza sus necesidades en un determinado momento. Los supuestos básicos varían sin coexistir, ni mezclarse. **Bion distingue tres supuestos:** a) **De dependencia**.- en el cual el líder se idealiza como una deidad de la que se espera un alimento milagroso. Esto ocurre debido a la falta de cohesión y a las angustias primarias que surgen al inicio de la conformación de un grupo; b) **De lucha y fuga**.- La emergencia de esta fantasía emocional colectiva arrastra al grupo a agredir o defenderse de un perseguidor o enemigo común. El líder de este supuesto básico asume características de caudillo. Es típico del comienzo del tratamiento; c) **De apareamiento**.- Es un supuesto más elaborado y presenta características más complejas. El grupo mantiene una actitud de expectativa esperanzada frente a una pareja, suponiendo que de su unión resultará un fruto liberador. El líder de este supuesto básico a veces se representa en un ideal.

Los Supuestos Básicos suelen fluctuar y en ocasiones varias configuraciones se suceden en una misma sesión, produciendo rápidas oscilaciones de patrones emocionales; otras veces, un mismo supuesto persiste con sus diferentes matices durante un período más o menos prolongado (Bion, 1991).

El hecho de participar en grupo reactiva angustias primarias y sus defensas correspondientes y la hipótesis de los supuestos básicos es una ayuda valiosa para ordenar el material del grupo que a primera vista parece caótico.

Bion (1991) destaca que en grupos angustiados prevalecen mecanismos psicóticos y fantasías primitivas centradas en la escena primaria, mientras que en los grupos estables, los mecanismos activos son neuróticos. Esto confirma la descripción que hizo Freud del grupo como repetición de la constelación familiar.

Grinberg et al. (1974) consideran al grupo como una integración de distintos elementos que constituyen una **totalidad gestáltica**. Consideran que la psicoterapia de grupo facilita que el insight se presente al reconocer en los problemas de los demás las mismas actitudes que son propias. El insight amplía e integra la percepción del yo y del mundo exterior, permitiendo diferenciar uno de otro. Algunos integrantes pueden expresar con mayor claridad la ansiedad del grupo y los que no hablan también se benefician debido a la gestalt que se forma. El grupo mantiene una cohesión basada en los diferentes roles que cumplen sus participantes. El terapeuta **interpreta** los contenidos latentes que existen en el mensaje verbal de cada uno de los miembros y logra que expresen con palabras lo que inconscientemente han eludido. **La curación del grupo** se logra a través de esa integración y después de haber proyectado lo dañado e introyectado algo nuevo y menos destruido.

3.4 Psicoterapia de Grupo Infantil.

El psicoanálisis, tanto en su teoría como en su práctica, se ocupó de las perturbaciones y trastornos sufridos por los pacientes en su infancia, por lo cual tenía que dedicarse más pronto o más tarde al tratamiento de las neurosis infantiles. El terreno estaba preparado por la intensa dedicación de la **psicología del niño** con los

trabajos de los psicólogos vieneses: **Wilhelm Preyer, Karl y Charlotte Bühler, William Stern y otros** (Biermann, 1973).

En la infancia existe la posibilidad no sólo de observar de un modo inmediato la aparición y el curso de un trastorno neurótico, sino también de **prevenir**, mediante la oportuna intervención terapéutica, un desarrollo neurótico o la fijación hacia una neurosis del carácter (Biermann, 1973).

En el período del cambio de siglo, aparecieron las obras de S. Freud: **La interpretación de los sueños, tres ensayos para una teoría sexual, análisis de la fobia de un niño de 5 años**, etc. De ellas se tomaron ideas fundamentales para la creación de la **técnica de psicoanálisis de niños** (Aberastury, 1984):

- El niño no juega solamente a lo que le resulta placentero, sino que al jugar repite situaciones dolorosas, elaborando así lo que es excesivo para su yo.
- Es posible utilizar la expresión verbal temprana para la interpretación.
- La reacción de los niños frente a sus maestros es una repetición de la relación con sus padres y de ahí las consiguientes dificultades de aprendizaje, desadaptación escolar y de la avidez o rechazo frente al conocimiento.
- Al analizar sueños de niños, debe considerarse tanto el contenido manifiesto como el latente, al que se llega por la interpretación.
- Todo tratamiento psicoanalítico es una tentativa de liberar amor reprimido que ha hallado en un síntoma una insuficiente salida.
- La relación temprana con los padres es muy importante en el destino de las futuras relaciones de objeto y dio el fundamento para un descubrimiento técnico: la utilización de la transferencia en la cura analítica.

Cuando algunos analistas quisieron aplicar el psicoanálisis a los niños, lo primero que encontraron fue la imposibilidad de lograr en ellos **asociaciones verbales**, por lo cual surgieron diversas técnicas en psicoanálisis de niños para adaptar el método analítico.

Debido a la influencia de la obra de S. Freud, pronto se puso de manifiesto que en la educación del niño debía darse importancia decisiva a los modelos parentales. **Ferenczi y Steckel** en 1927 y 1934 respectivamente, citados por Biermann (1973), abordan en sus trabajos la vida inconsciente del niño, pero en forma descriptiva y sin repercusión terapéutica. El propio Freud mantenía ciertas reservas en cuanto a una psicoterapia en el niño, aún cuando no desconocía su valor y necesidad y alentaba a sus colaboradores y discípulos en ese sentido. Esporádicamente llevó a cabo psicoterapias en niños que confirman sus teorías deducidas retrospectivamente a partir de los análisis de adultos, especialmente acerca de la sexualidad infantil (Biermann, 1973).

La **psicoterapia infantil** se desarrolló en dos direcciones que tuvieron una importancia decisiva en su evolución: la **Escuela Vienes**a y la **Escuela Suiza**. A partir de la Escuela Vienes surgió más tarde la de Berlín y luego la de Londres y, en virtud de la emigración de analistas, la psicoterapia infantil norteamericana. **El desarrollo de la psicoterapia infantil en Suiza** estuvo determinada por el encuentro entre el sacerdote de Zurich, **Oskar Pfister** y **S. Freud** y condujo hacia una **pedagogía psicoanalítica**. **Pfister** consideraba esencial la reeducación de los niños y jóvenes afectados de trastornos psíquicos. Pronto se puso de manifiesto que las reglas que se aplicaban en el análisis de adultos, así como la posición relajada sobre el diván y las asociaciones libres, no podían trasladarse al tratamiento de los niños. **Al faltar en ellos una suficiente capacidad de asociación y al ser el juego y no los sueños la vía para penetrar en su inconsciente, surgieron nuevas posibilidades terapéuticas** (Biermann, 1973).

Al mismo tiempo que floreció la psicoterapia infantil en Suiza, se desarrolló en **Viena la psicoterapia analítica en el niño** y el **consejo pedagógico** bajo la influencia directa de S. Freud y sus discípulos. **Hug Hellmuth** fue la primera analista que preconizó la ludoterapia; observó la importancia del juego libre y los juguetes, la falta de conciencia de enfermedad en los niños, así como la necesidad de lograr lo antes posible una relación emocional positiva entre el niño y terapeuta. En Francia **Sophie Morgenstern** estudió los cuentos, sueños, ensueños, juegos y dibujos infantiles, buscando el contenido latente oculto bajo el contenido manifiesto. Su método de análisis infantil incluyó los dibujos que los niños realizaban, los cuales reemplazaban a las asociaciones libres que daban los adultos. En Berlín, el trabajo analítico en niños quedó muy pronto bajo la dirección de **Melanie Klein**, (Biermann, 1973).

El desarrollo del análisis de niños alcanzó un primer apogeo durante los años veinte y estuvo determinado por las concepciones opuestas de **Anna Freud** y **Melanie Klein**. Ambas iniciaron el estudio psicoanalítico del niño, sus propuestas fueron diferentes, pero comunes en sus orígenes. Desde sus primeras publicaciones en 1924, Melanie Klein señaló las relaciones entre el juego del niño, sus fantasías y su desarrollo sexual. Consideró posible dar al niño pequeño interpretaciones simbólicas directas de su conducta durante el juego y consideró al juguete como objeto de transferencia. Desarrolló una técnica especial de juego y de interpretaciones que llamó **análisis precoz del niño**, de ella dedujo la importancia del desarrollo emocional durante el primer año de vida, en el cual la incorporación de las primeras relaciones de objeto, las representaciones y experiencias de un pecho bueno o un pecho malo formarían el núcleo para el desarrollo posterior del superyó (Biermann, 1973).

En la misma época en que Berlín se convertía en un centro de actividad psicoanalítica con Melanie Klein, en Viena se desarrollaba una orientación más pedagógica de la terapia infantil por la influencia de Anna Freud (Biermann 1973).

Anna Freud consideraba que sólo en casos de graves neurosis de angustia estaba indicado el análisis clásico en el niño, mientras que en los demás casos, la psicoterapia infantil debía adaptarse a la especial situación del niño en su familia. Inducía al niño, por medio de materiales de juego, a efectuar proyecciones e identificaciones, fomentaba la transferencia. Encontró que a diferencia del adulto, el niño en análisis raramente tiene conciencia de enfermedad y deseos de tratarse, además de poca capacidad de asociación de ideas. El grupo de trabajo que colaboró con Anna Freud estuvo integrado por las analistas: Berta Bernstein, Edith Buxbaum, Margaret Mahler y Anny Katan, todas las cuales emigraron más tarde a Norteamérica.

La orientación pedagógica condicionó el desarrollo posterior de la psicoterapia infantil en el continente, mientras que en las investigaciones psicoanalíticas de Melanie Klein desde su traslado a Londres en 1926 condujeron a una división de la Sociedad Psicoanalítica ahí existen y a la formación de un grupo especial. (Biermann, 1973).

La violencia de los años treinta afectó al psicoanálisis, numerosos institutos suspendieron su trabajo. El traslado obligado de la familia Freud a Londres en 1938 interrumpió el trabajo analítico que se realizaba y favoreció la psicoterapia infantil en Inglaterra y Norteamérica. A partir de las instalaciones de emergencia condicionadas por la guerra, en Londres, se desarrolló la actual **Hampstead Child Therapy Clinic** bajo la dirección de Anna Freud y Liselotte Frankl, en donde se forman psicoterapeutas infantiles con base analítica ortodoxa. Mientras que en la **Tavistock Clinic de Londres** se creó un centro de investigación infantil y un segundo centro de formación de analistas de niños siguiendo la escuela de Melanie Klein.

En Suiza, **Zulliger** subrayó la necesidad de una relación básica de confianza entre el terapeuta y el niño. Al abandonarse en el juego con el niño obtuvo resultados terapéuticos decisivos desde los primeros contactos aun sin intervenciones como la interpretación. **Madelein Rambert** introdujo el juego con muñecos o títeres en la psicoterapia infantil para representar personajes (Biermann, 1973).

En Norteamérica los psicoterapeutas infantiles emigrados encontraron una psiquiatría basada en ideas conductistas, pero dispuesta a aceptar y utilizar las aportaciones psicoanalíticas de distintas orientaciones. En Estados Unidos se desarrollaron formas de psicoterapia diversas para niños y jóvenes, algunas de ellas son:

Los grupos de actividad de **Slavson** en donde los niños realizan actividades gráficas, plásticas, de construcción, de ciencia o arte y en donde prevalece un ambiente permisivo para dejar a los niños actuar sus impulsos. La actitud tolerante y no interpretativa del terapeuta lo convierte en el padre ideal que suplanta las características defectuosas de los progenitores reales. **Shiffer**, su continuador, señaló que revivir la experiencia durante la cual se afectó el desarrollo del yo es lo que permite la experiencia de rehabilitación (Glasserman, 1979).

Ginott (1961) empleó la técnica del espejo que consiste en **reflejar** los sentimientos del niño trasladando sus actos en palabras o reflejando con palabras similares lo que el niño expresa. También **Virginia Axline** (1986) utiliza esta técnica: reconoce los sentimientos del niño y los refleja para obtener insight de su conducta.

Didier Anzieu utilizó en el trabajo con niños el psicodrama de Moreno que consiste en hacer representar un papel real o ficticio en una comedia, historia o sueño con entera espontaneidad, liberando de esta manera sus conflictos y preocupaciones. Los aspectos esenciales del psicodrama son: la dramatización de conflictos, la comunicación simbólica, el efecto catártico y la naturaleza lúdica. Participar en un grupo de esta manera significa un cambio de ambiente y con ello, modificaciones en la conducta y en la personalidad. La interpretación psicodramática se lleva a cabo en forma hablada o actuada (Glasserman, 1979).

Foulkes y Anthony señalan que en la situación analítica grupal el acento recae en la acción e interacción libre y espontánea dentro del grupo con tan poca

interferencia (interpretación u otra) como sea posible. El terapeuta actúa como observador participante y su actividad consisten en interpretar las defensas. En los grupos terapéuticos de niños latentes dedican un tiempo a la discusión y otro a la actividad de dibujar, pintar o modelar. Reconocen la necesidad de acción del niño, sobre todo después de una tarea abstracta. Las intervenciones del terapeuta orientan el momento de discusión. Los autores permiten y aceptan el desarrollo de la transferencia negativa. Señalan que en la psicoterapia analítica del grupo, tanto de niños como de adultos, es necesario: a) que la comunicación verbal se transforme en asociación grupal, similar a la asociación libre del psicoanálisis; b) que el material producido y las interacciones de los miembros sean analizadas e interpretadas por el grupo c) que el tema de discusión sea tratado en su contenido manifiesto y en su contenido latente de acuerdo con los principios del psicoanálisis (Glasserman, 1979).

En **Argentina**, las primeras experiencias en psicoterapia de grupo de niños fueron realizadas alrededor de 1956 con terapeutas como: Rojas Bermudez, Salas Subirat, Resnik, Pavlovsky y Mora G. De Zión en 1960, entre otros. Su psicoterapia es fundamentalmente analítica, el elemento básico del proceso es la interpretación de los contenidos inconscientes que aparecen en la actividad lúdica, el análisis de la transferencia y las resistencias (Glassermann, 1979).

En **México** en 1948 y 1949 los Doctores Ramón de la Fuente Muñiz y Leonor Torres Cravioto publicaron una experiencia exitosa en el Hospital Infantil, la cual se interrumpió y fue reanudada en 1950 por el Doctor Luis Feder, quien publicó su trabajo con niños utilizando la expresión plástica y la socialización en el juego, siguió los lineamientos recomendados por Slavson en cuanto a la participación verbal del terapeuta y trabajó también en grupo con las madres de sus pacientes (Dupont en Dupont y Jinich, 1993).

En los años sesenta, la Doctora Frida Zmud organizó un grupo terapéutico con niños y niñas en edad de latencia que tuvo una duración limitada y su experiencia no

fue publicada, pero en comunicación personal con los Doctores Jinich y Dupont (1993) describió una técnica de corte psicoanalítico con formulaciones interpretativas del contenido inconsciente, verbal y sin juguetes, el grupo desbordó el espacio del consultorio en una actividad incontrolable y terminó por ser disuelto.

3.5 EL MODELO DEL GRUPO INFANTIL NATURAL (GIN).

El modelo del Grupo Infantil Natural (GIN) fue creado en México por los Doctores **Marco Antonio Dupont Muñoz y Adela Jinich de Wasongarz** en 1974, basándose en las ideas de Freud y en las aportaciones de Melanie Klein, Winnicott y Bion, representantes de la Escuela Inglesa del pensamiento analítico (Dupont y Jinich, 1993).

El Grupo Infantil Natural se refiere a la organización natural e inconsciente del grupo familiar del niño proyectada en el espacio y tiempo del escenario terapéutico. Consiste en una terapia de grupo con orientación psicoanalítica y tiene como características ser breve y con objetivos focalizados (Dupont y Jinich, 1993).

3.5.1 Supuestos Teóricos

La base teórica del Grupo Infantil Natural entiende la **psicopatología infantil** como efecto y defensa de los factores ansiogénicos surgidos de lo constitucional, lo intrapsíquico y lo ambiental. Considera que la **rectificación** de estos factores ansiogénicos en los padres, internalizados por el niño, facilitan el proceso de elaboración y solución del conflicto que generan. Con este objetivo esta diseñada, junto a la **técnica GIN**, la del **Grupo Analítico de Padres (GAP)**, en la cual estos son **corresponsables** para lograr las modificaciones necesarias en la familia.

La teoría de la Técnica GIN parte del supuesto de que el agrupamiento de niños y niñas en edades similares y dos terapeutas, constituyen una pantalla óptima para la proyección y actuación de los conflictos intrapsíquicos e interpersonales de cada niño, por lo que en el GIN no se utilizan juguetes, ni herramientas, las interpretaciones individuales y grupales se generan en la transferencia.

3.5.2 TECNICA GIN

La selección de pacientes se realiza a través de entrevistas con los padres y el niño y la aceptación en el grupo se condiciona a la participación de los padres en el Grupo Analítico de Padres. Las sesiones para ambos grupos son de 60 minutos una vez a la semana. El proceso dura un año y tiene una etapa de seguimiento para evaluar los cambios operados en el paciente y en su familia.

Una vez realizada la selección, se organizan grupos cerrados buscando la integración de una serie de diagnósticos heterogéneos.

El trabajo con los niños se inicia sin consigna alguna, con una provocación emocional que consiste en aventar un cojín, lo cual es seguido rápidamente por ellos, quienes al sentirse libres de la contención e imposición autoritaria, se involucran en una actividad que les permite descargar impulsos, sobre todo de tipo hostil. La pareja analítica, además de entrar en el juego, dialoga interpretando la conducta y fantasía que surge desde lo observado hasta lo vivido transferencial y contratransferencialmente, situación a la cual los niños no pueden permanecer ajenos y comienzan a escuchar, iniciándose así el proceso terapéutico (Dupont y Jinich, 1993).

Las sesiones se dividen en tres momentos: hora de la acción, hora de pensar y hora de poner las cosas en su lugar.

En la **hora de la acción** se da la actividad de juego libre y espontáneo utilizando los cojines. Se atacan entre ellos y a los terapeutas y ahí surgen deseos, angustias, defensas y transferencias. Es un espacio necesario para revivir experiencias, entenderlas y elaborarlas. El terapeuta contesta con movimientos e interpretaciones recreando el vínculo con el primer objeto y su separación.

En la **hora de pensar** se expresa lo vivido durante el tiempo de juego. A medida que el grupo evoluciona hay un aumento en la reflexión, simbolización, organización y entendimiento de la conflictiva personal. Lo que los niños expresan permite entender las fantasmas básicas presentes en el grupo.

La **hora de poner las cosas en su lugar** consiste en la terminación de la sesión colocando los cojines en su lugar. Significa: separación, pérdida, término de la ilusión grupal. Es el momento de poner el objeto transicional (sesión) en el interior y reconectarse con el tiempo y los objetos externos. Es un tiempo que estimula la actitud reparadora.

Durante las primeras sesiones el trabajo es catártico y hay más tiempo para actuar que para pensar, posteriormente esto se invierte, habiendo mayor tiempo para pensar. A esto se llama **EFFECTO GIN** (Dupont y Jinich, 1993).

La psicoterapia de grupo infantil empleando la técnica GIN permite abrir un espacio para expresar y gradualmente modular los efectos, impulsos y emociones en un ambiente contenedor. Al inicio del grupo aparecen ansiedades persecutorias esquizo paranoides lo cual se detecta por la presencia de mecanismos de defensa como: chuparse el dedo, llorar, agredir, aislarse, etc. En el grupo no se consuela a nadie. La ley es: "Al que me pegue se la regreso". Las prohibiciones se manejan desde un nivel de juego y no desde la orden prohibitiva de los adultos. Los terapeutas tienen la capacidad de aceptar los impulsos agresivos o sexuales y contener los "actings" haciendo con el grupo una red protectora. Se acepta al niño como es, con sus errores,

conducta autodestructiva, capacidad de molestar a otros, etc. La neutralidad del terapeuta permite reconocer las necesidades básicas de cada miembro y reaccionar desde una posición flexible a las transferencias positivas o negativas de cada niño. La preparación de los terapeutas y su capacidad comprensiva es lo que produce el cambio, la mejoría sintomática. A través de esta liga emocional que se establece con los terapeutas, los niños reconocen que existe un soporte a sus identificaciones y que además les brinda una respuesta estructurante, por lo que gradualmente adquieren: seguridad, conciencia de su conducta y formas de liberarse de ella. El terapeuta al comprender los contenidos latentes y manifiestos de la interpretación y hacerlos explícitos logra que los niños rectifiquen a los padres internalizados que tienen y surja el proceso de elaboración y solución del conflicto. A lo largo del proceso, se persigue transformar la disociación o fragmentación con que llegan los pacientes en unificación e integración yoica, dando paso a la posición depresiva en la organización grupal y favorecer, más adelante, la aparición de tendencias reparadoras en los individuos del grupo infantil (Dupont y Jinich, 1993).

A lo largo del proceso terapéutico se propician por lo menos dos reuniones conjuntas con: niños, padres y terapeutas con la finalidad de interactuar y que los padres conozcan nuevas maneras de acercarse y reencontrarse con sus hijos a través del juego.

Al concluir la actividad terapéutica, cada niño es entregado a sus padres por el mismo equipo que los recibió y se evalúan los resultados tanto en el niño como en sus padres aclarando que recibirán la visita del equipo en la etapa de seguimiento del caso.

Esta técnica se construyó y se ha ido depurando a lo largo de años de experiencia en ambientes diversos. Actualmente se emplea en el taller de Niños de la AMPAG y en otras instituciones y ciudades de México (Dupont y Jinich, 1993).

A continuación se describe brevemente la historia del Grupo Infantil Natural.

3.5.3 Historia del Grupo Infantil Natural (GIN)

GIN O

La experiencia original se llevó a cabo en 1974 con el Dr. Dupont y la Dra. Jinich como **coterapeutas** en un consultorio adaptado hasta quedar una habitación con piso de loseta, pizarrón, gises y borrador. El único mobiliario eran sillas de plástico. Las sesiones se llevaron a cabo una hora dos veces por semana. Se formó un grupo con dos niños y dos niñas entre 6 y 10 años de edad. Todos manifestaban rebeldía y agresividad en casa y bajo rendimiento escolar. Los diagnósticos iban desde neurosis fóbica hasta borderline.

En la primera sesión, la falta de consigna, el silencio, la ansiedad y las primeras interpretaciones de la fantasía grupal lanzaron a los niños definitivamente a inventar y dibujar en el pizarrón un cuento con predominio de raptos, devoramientos y persecuciones. Se dramatizó el cuento y las interpretaciones en transferencia se relacionaron con la fantasía de gestación, atrapamiento y destrucción (Dupont y Jinich, 1993).

Lo primero que destruyeron fueron "los asientos para adultos". Durante meses el campo terapéutico fue de batalla con improvisados proyectiles: gises, borradores, sillas. En ocasiones encendieron fuego dentro del salón, a veces salían hacia la sala de espera y en otras ocasiones hasta el exterior.

Los doctores descubrieron un método que captaba la atención de los niños y limitaba su violencia: dialogaban formulando interpretaciones como hablarían dos padres en la intimidad creyendo que no eran escuchados.

Para defenderse ellos mismos y a los más débiles, los terapeutas formularon la única ley: **me pegas y te pego** y su contraparte libidinal: **me ayudas y te ayudo**. Este límite se convirtió en el principio organizador del grupo.

Después, se inició la segunda fase del proceso: la parte elaborativa y de organización grupal. Se discutía el afuera de la vida cotidiana, se dramatizaba y poco a poco el insight apareció. La ansiedad fue disminuyendo dando paso a la integración, colaboración y reparación. En esta fase se logró que al término de cada sesión los niños ayudaran a colocar las cosas en su lugar.

A un año de iniciado el grupo recibieron a cuatro niños más, con diagnósticos centrados en neurosis, el grupo no se remitió a la regresión caótica del principio, los nuevos pacientes se integraron rápidamente. Las altas siguieron la modalidad: fase de terminación del paciente con el grupo, solución de transferencias, elaboración de la separación, acuerdo con los padres y entrega del niño. Desde entonces el grupo se mantuvo abierto.

Los doctores Dupont y Jinich (1993) consideraron como logros de esta experiencia:

- La intervención temprana en la psicopatología del niño y del grupo.
- Propiciar cambios en los padres para mejorar la salud mental de sus hijos.
- Limitar la duración del tratamiento a 20 meses en el primer grupo y 29 meses en el segundo.
- Mejora significativa en la psicopatología del niño y de sus padres.

GIN 1

Esta experiencia se llevó a cabo en 1978 en el centro de Integración Juvenil de Naucalpan. El Dr. Dupont entrenó al equipo y lo supervisó. Los pacientes eran de escasos recursos económicos y fueron enviados por presentar conducta incontrolable en el aula, agresividad y bajo rendimiento escolar. Se descartaron casos de organicidad. Se formó un grupo con 7 niños de 9 a 10 años de edad, cerrado y con duración limitada a seis meses, se reunían una vez a la semana.

El espacio era una habitación sin muebles, con un pizarrón, gises y borrador. Se realizó una apertura sin consignas. Se observó conducta de agresión y expresión verbal y gráfica de fantasías primarias. No se formularon interpretaciones, sino señalamientos en el aquí y ahora y con la modalidad dialogante de los **coterapeutas**. Quince minutos antes de terminar la sesión se dedicó **un tiempo para pensar** en donde los niños traían material del hogar o de la escuela, al cual se le buscaba coherencia.

El grupo de padres se manejó a nivel de orientación, asistieron sólo madres de familia, no se hizo seguimiento de casos. Al cerrar la experiencia se siguió la modalidad de entregar al niño y evaluar los resultados.

Son aportes del GIN I: el ciclo regresión – progresión en cada sesión y el establecimiento de la hora de pensar, demostrando con ello que la capacidad para verbalizar el conflicto se puede inducir muy temprano en el desarrollo de la terapia (Dupont en Dupont y Jinich, 1993).

GIN II

Se llevó a cabo en AMPAG en 1979. Se organizaron 3 grupos: GIN II A con niños de 3 a 6 años; GIN II B con niños hasta de 11 años y GIN II C con púberes de 11 a 13 años.

La experiencia tuvo una duración de 2 años. Se formalizó el grupo de padres y las reuniones "mamut" con niños, padres y terapeutas. Se trabajó una sesión a la semana y se introdujo la **Triterapia** (pareja de terapeutas y experto) como requisito de entrenamiento de la institución. El cupo máximo de los grupos fue de 9 niños.

El GIN II A utilizó un cuarto alfombrado, pizarrón, gises y cojines, estos últimos fueron empleados como refugio o como arma de ataque y defensa. Las fantasías grupales fueron predominantemente de castración y de abandono. Los niños tendían a actuar y moverse todo el tiempo, mientras que las niñas dramatizaban el buen comportamiento y la no acción que desembocaba en la parálisis y en jugar el papel superyoico del grupo. A pesar de ello, tuvieron mayor curiosidad y deseos de socializar con los niños. Poco a poco todos aceptaron la estructuración de los límites y las consignas.

En el GIN II B se presentaron 2 variables: a) el embarazo de la terapeuta, quien se ausentó en algunas sesiones y b) la inclusión del tercer tiempo "hora de poner las cosas en su lugar".

En cada sesión se siguieron los 3 tiempos: acción, pensar y acomodar. Conforme el grupo evolucionó, se presentó el **EFFECTO GIN** que consiste en la inversión de la duración de los 2 primeros tiempos, de tal manera que al final de la experiencia el tiempo de acción era de 20 minutos mientras que el resto de la hora se dedicaba a pensar.

El anuncio del parto de la terapeuta integró al grupo en juegos dramáticos de contenido canibalista, ansiedades persecutorias e intentos de reparación que no impidieron expresiones de violencia cuando la terapeuta reapareció en el grupo.

Los cojines, permitieron las posibilidades de acción y redujeron al mínimo el riesgo de daño físico a niños y adultos.

El seguimiento de casos demostró la importancia de trabajar con los padres ya que la familia vuelve a atrapar a uno de sus miembros para que cumpla con el rol del enfermo.

Se percibieron las limitaciones de la orientación a padres, por lo cual se recomendó el análisis individual, grupal o grupo de padres.

En el GIN II C la problemática se centró en problemas de manejo de la agresión e identidad, además de ausencia de la figura paterna. El Grupo de Padres tenía como objetivo discutir y orientar el trato hacia los hijos. Al final del tratamiento se logró que los padres adquieran conciencia de su problemática, resolviéndola en algunos casos o aceptando su responsabilidad en la mayoría (Dupont, Jinich, Socorro en Dupont y Jinich, 1993).

GIN III

Se llevó a cabo en el Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia (IMPPA) en 1980. Se trabajó con niños de 8 a 11 años de edad y con sus padres. El tratamiento tuvo un año de duración y fue supervisado por el Dr. Dupont.

El grupo se integró con 9 pacientes que pertenecían a un nivel de bajos ingresos económicos.

El espacio terapéutico fue un salón cuyas paredes fueron cubiertas con corcho como medida de protección, había un pizarrón, gises de colores y cojines grandes.

Se interpretaron las fantasías surgidas en el grupo. El grupo de padres fue de orientación y estuvo a cargo de 3 terapeutas. En este modelo se incluyeron 2 terapeutas más como elementos de apoyo, observadores externos y colaboradores del supervisor clínico con fines de entrenamiento (Dupont, Chao, Castro en Dupont y Jinich, 1993).

GIN IV

Se llevó a cabo en el taller de niños de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG) en 1982. tuvo una duración de un año. Sus innovaciones fueron: el uso de la cámara de Gessel y la filmación de cada sesión del grupo de niños.

Se trabajó con un grupo cerrado de 9 niños; 4 mujeres y 5 hombres de 6 a 11 años de edad. Participaron en **triterapia** dos terapeutas varones y una mujer. Coordinaron la experiencia los Doctores Jinich y Dupont. El GAP pasó de orientación a grupo analítico dirigido a analizar el edipo no resuelto en padres e hijos.

Cuando los terapeutas son del mismo sexo, uno de ellos es identificado por el grupo como el pasivo, relacionándose con él como la parte femenina de la pareja terapéutica.

En esta experiencia se observó con claridad el **EFEECTO GIN**, ya que se presentó un decremento de la actividad física después de varias sesiones y un aumento de la expresión con palabras de la agresión y la ansiedad. se actúan menos las ansiedades persecutorias y al final de la experiencia se capta la posición depresiva en la organización grupal, así como las tendencias reparadoras en los integrantes.

Una conclusión de esta experiencia fue que el proceso terapéutico tanto del GIN como del GAP puede enriquecerse si el seguimiento de los casos se realiza como punto inicial del proceso y no solo al final del mismo. En este caso se realizaron entrevistas domiciliarias con fines de evaluación y se encontró que había cambios tanto en el niño como en la mayoría de los miembros de la familia, manifestados por la desaparición de síntomas en los niños y modificaciones en la conducta de los padres (Dupont, Garza, Guadarrama, Guerrero y Siniego en Dupont y Jinich, 1993).

Rosario Asebey (Dupont y Jinich, 1993) utilizó la técnica GIN en 1992-1993 en la Clínica de Lomas de Casa Blanca en Querétaro. Reporta un trabajo de 6 meses de duración. Los niños seleccionados tuvieron diagnósticos variados desde neurosis a borderline. Formó 3 grupos con 5 o 6 niños por grupo y 9 coterapeutas y 3 GAP con 7 coterapeutas. Utilizó cámara de Gessel en sesiones semanales de una hora,

Al final cada sesión, el proceso psicodinámico era supervisado por los equipos de los GIN y los GAP junto con el equipo de observadores. Finalmente, la supervisión de los expertos a todo el grupo de aprendizaje se realizaba una vez al mes.

Menciona los momentos por los que atravesó cada uno de los 3 grupos de niños, así como de los GAP: de dependencia, centrado en la tarea y de ataque fuga. Refiere también la organización de un grupo operativo con el equipo de aprendizaje, sin el equipo, de expertos y cómo fue que este grupo se desintegró al discutir la problemática surgida desde el inicio del trabajo y no contar con la capacidad de tolerar y eliminar las ansiedades psicóticas desatadas (Asebey y Rivera, 1995).

Con su trabajo clínico Asebey (1995) corrobora que el espacio terapéutico es un espacio de imaginación que permite a los niños transitar de la ilusión a la desilusión, a través de la descarga, elaboración y reacomodo de los procesos internos, lo cual facilita el crecimiento emocional del niño.

Pérez (1992) señala que el trabajo con niños requiere un esfuerzo mayor de parte del terapeuta, ya que tiene que enfrentarse con la tensión generada por la regresión y por la constante y cercana comunicación con el inconsciente y con el proceso primario de los niños; sin embargo eso mismo le proporciona habilidad para ser más flexible, tolerante y adquirir mayor capacidad para conocer e identificar los núcleos psicóticos de los adultos.

La Dra. Jinich (1995) hace notar la importancia de supervisar lo que sucede con los terapeutas tanto del grupo GIN como del GAP, constituye la hora de pensar del equipo terapéutico y permite elaborar el impacto del trabajo con los pacientes. En la supervisión se analizan los aspectos transferenciales y contratransferenciales vividos ya que como grupo terapéutico en ocasiones se siente impotencia y como defensa los terapeutas se atacan unos a otros. Es necesario tolerar la incertidumbre y la ansiedad de no conocer, la incoherencia del material y la no comprensión hasta encontrar la forma de verlo coherente y comprensible y poder descubrir nuevas relaciones entre esos elementos. Cuando se logra la armonía en el equipo, se mejora el niño y se mejoran los padres y todo esto facilita el vínculo con los terapeutas.

CAPITULO IV METODOLOGÍA.

4.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

Los objetivos de esta investigación son:

- Detectar las manifestaciones de conducta agresiva que se presentan en el grupo terapéutico e interpretar su significado en el desarrollo e historia del niño.
- Analizar las modificaciones que surgen en dichas manifestaciones, a través del proceso terapéutico utilizando la técnica GIN.

4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las manifestaciones de conductas agresivas que presentan los niños tanto en la escuela como en sus casas y que preocupa a los padres y maestros porque no pueden controlarla, tiene un componente emocional inconsciente que requiere ser expresado y entendido para poder ser manejado, por eso se utilizará el juego como medio natural de expresión del niño y a través de **la técnica del Grupo Infantil Natural (GIN)**, se tratará de entender la problemática y lograr modificaciones que permitan avanzar en el desarrollo.

4.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

- ¿ Cuáles son las manifestaciones de conducta agresiva de los niños que participan en el Grupo Infantil Natural (GIN) ?
- ¿ Cómo se da el manejo de la agresión dentro del Grupo Infantil Natural (GIN) ?

4.4 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.

Las manifestaciones de conducta agresiva que se presentan durante el proceso terapéutico tienden a modificarse al finalizar éste, como resultado de la participación de los niños en el grupo, ya que se facilita la expresión de los conflictos vividos y la oportunidad de entenderlos y lograr modificaciones en el control de impulsos.

4.5 METODOLOGIA CUALITATIVA.

La metodología cualitativa se refiere a la investigación que produce datos descriptivos: palabras habladas o escritas y conducta observable (Taylor y Bogdan, 1992). Por esta razón en esta investigación se utilizó este tipo de metodología, ya que los datos obtenidos fueron cualitativos.

Algunos criterios para elegir un método cualitativo de acuerdo con Hudelson (1994) son:

- Cuando se trata de una investigación exploratoria.
- Cuando se describe y analiza la conducta de los seres humanos desde sus propios puntos de vista.
- Cuando se buscan significados en la conducta.
- Cuando se requiere flexibilidad para permitir que se conozca lo inesperado.
- Cuando se plantean aspectos que pueden ser modificados conforme transcurre la investigación.

Taylor y Bogdan (1992) mencionan como características de la metodología cualitativa:

- Es inductiva, es decir, a partir de los datos se desarrollan conceptos y comprensión.
- El estudio comienza con interrogantes vagamente formuladas. El diseño se va definiendo a medida que avanza la investigación.
- Se ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística, no se reducen variables.
- Se busca comprender a las personas dentro de sus propios marcos de referencia para poder conocer la realidad como ellos la experimentan,

El análisis de contenido es la técnica que permite transformar los datos cualitativos en cuantitativos y presentarlos en tablas de frecuencia o porcentajes. Es la descripción cuantitativa, objetiva y sistemática de conducta simbólica (Bailey, 1978).

El análisis de contenido es equivalente al análisis estadístico de las investigaciones experimentales. El procedimiento es el siguiente:

- Se obtiene una muestra de testimonios o documentos.
- Se define el tema y se desarrollan conceptos y definiciones.
- Se establecen categorías con base en ellas.
- Se codifican los datos.
- Se elaboran gráficas o escalas.
- Se analizan los datos en el contexto en el cual fueron obtenidos.

Acerca de la validez y confiabilidad en metodología cualitativa, Taylor y Bogdan (1992) consideran que es más importante la validez que la confiabilidad, ya que la primera nos permite asegurar que el fenómeno que se estudia es ese y no otro, mientras que la confiabilidad o reproducción de la investigación no es posible por la **unicidad** de cada caso y **Valenzuela (1992)** señala: “Cuando se evalúa con los criterios de control de variables, confiabilidad y validez que destaca el método experimental, estos pueden no hacer justicia a toda la gama de intereses clínicos de investigación. Si el interés se coloca en la generalización, replicabilidad y la obtención de leyes, normas y estándares, el método clínico no resulta la mejor opción”.

El psicoanálisis es una ciencia psicodinámica con su propio método y con capacidad para explicar y predecir fenómenos. Su teoría está anclada en la clínica, a través de ella se han descubierto los procesos inconscientes y los conflictos de la sexualidad humana. Dentro de su método, se incluyen como instrumentos válidos: la experiencia clínica, la intuición y la razón, con ellas se formulan teorías y se intenta comprobarlas (Bleichmar, 1986).

El método psicoanalítico de investigación se basa en la asociación libre y el estudio de la transferencia en la situación analítica. La concepción teórica subyacente es la relación de objeto. La transferencia como repetición de vínculos primarios da una base objetiva para el estudio de las emociones y las fantasías. Repetimos la transferencia en todas nuestras relaciones interpersonales y el método psicoanalítico proporciona las bases para su estudio. **La interpretación** intenta dar cuenta de todo lo que ocurre en la sesión, esta es la base de su científicidad. Es un acto creativo que descubre algo oculto hasta ese momento que es la fantasía inconsciente (Bleichmar, 1986).

Coincidiendo con lo anterior, **Bion (1963)** señala que el método experimental clásico no es el único método para estudiar fenómenos. El acceso a la verdad puede combinar la experiencia, el razonamiento lógico y la intuición, aprovechando la tendencia humana innata a conocer.

Freud definía al Psicoanálisis como una teoría de la mente, como una forma de tratamiento de alteraciones emocionales y como un instrumento de investigación. Además, consideraba que **la terapia y la Investigación son inseparables (Gedo y Goldberg, 1980)**.

Steele (1979) considera que el psicoanálisis es una actividad interpretativa y hermenéutica y realiza los siguientes planteamientos:

- Si tratamos de entender a otras personas, debemos intentar hacerlo en sus propios términos.
- A través de la interpretación podemos saber más de un texto que lo que el mismo autor sabe.
- Si vemos a un objeto desde diversas alturas o ángulos, nos enriquecemos al percibir diferentes aspectos del mismo.

Para **Grunbaum (1993)** la concepción hermenéutica del psicoanálisis postula que ésta tiene como finalidad explicar **los significados** en el discurso del analizado, el cual se presenta como un texto para ser **interpretado, decodificado o traducido**. Las relaciones a investigar son entre significante y significado; entre símbolo y representación y no una relación entre causa y efecto, de tal manera que adquieran

sentido para el paciente sus síntomas, sus lapsus, sus miedos y sus sueños a partir de la determinación del inconsciente, que por naturaleza propia es no mensurable.

El Método Clínico.

La palabra clínica deriva del griego "Kliné" que quiere decir **lecho**. Primero se refirió al médico que asistía a su enfermo a un lado de su lecho, luego se transformó en clínica o lugar hospitalario y finalmente en método que es el verdadero soporte del sufrimiento del clínico y del clinado (Ulloa, 1974).

La metodología de investigación en Psicología Clínica surge ante la demanda de ayuda que un paciente hace, motivada por la carencia, dolor, desequilibrio, angustia, insatisfacción o síntoma; constituye un modo de proceder con orden para descubrir las razones de la situación, abordándola a través de: indagar, explicar y tratar (intervenir) o predecir los fenómenos clínicos (Winkler, 1995).

El método clínico involucra en una unidad dinámica tanto al investigador como al investigado y dicta un ejercicio de control en cada uno de los momentos de la investigación. Se trata de controles que permitirán explicitar la cualidad de la relación vivida, los elementos subjetivos involucrados, permitirán traducir el material recuperando la cualidad afectiva que la situación genera como parte integral del proceso de investigación.

A este respecto **Foucault (1991)** señala: "la alteración del campo es por derecho propio, modificación en la mirada y por la mirada". Es decir, en este proceso dinámico el clínico "**mete el cuerpo**", forma parte del campo, mira, escucha, siente y espera

con lo que **Ulloa (1974)** llama “**estructura de demora**” que es la actitud que permite al clínico registrar sus propios afectos, demorándose en ellos en vez de actuarlos, no se suprime el registro de datos sino la acción inmediata para poder trascender lo aparente y acceder a un nuevo conocimiento.

La situación clínica requiere de un **encuadre** o estructura que representa la constante sobre la cual ocurre el proceso. Los elementos que constituyen el encuadre clínico son: lugar y condiciones materiales del campo clínico, objetivos, procedimiento y definición de las expectativas del rol del consultante y del consultado. **El encuadre** provee las condiciones necesarias de confiabilidad, límites y evita la ambigüedad y la arbitrariedad en el desarrollo del trabajo clínico, define su actividad científica. (Winkler, 1995).

El método clínico en Psicología tiene sus raíces en la clínica médica y en el psicoanálisis. De la primera tomó el interés por la observación que conduce a integrar un diagnóstico, una intervención para modificar el campo alterado y en caso de éxito, cambiar el pronóstico. La observación conduce al agrupamiento de lo percibido en configuraciones significativas (categorías diagnósticas y de interpretación). Del psicoanálisis tomó el conocimiento de la dimensión inconsciente de la conducta (la resistencia, la represión, lo latente) (Valenzuela, 1992).

La técnica GIN que se emplea en esta investigación, aplica en su estructura el método clínico psicoanalíticamente orientado.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

4.6 LA TÉCNICA TERAPÉUTICA.

La técnica terapéutica utilizada fue el Modelo de Grupo Infantil Natural (Modelo GIN), que constituye una psicoterapia de grupo con enfoque psicoanalítico que parte de la idea de detectar e intervenir en la psicopatología del niño, reconociendo, interpretando y modificando los aspectos patológicos propiciados por los padres.

Los terapeutas y compañeros se convierten en una pantalla en donde se proyectan los objetos internos de cada niño y del grupo en su totalidad, por esta razón no se utilizan juguetes, ya que las interpretaciones individuales y grupales se generan en la transferencia.

Cada sesión atraviesa, por tres momentos de acuerdo con los lineamientos de la técnica GIN:

- **La hora de la acción:** consiste en el juego libre y espontáneo que permite el despliegue de interacciones, conflictos, deseos, angustias o defensas y liberación de pulsiones, en donde los terapeutas contestan con movimientos e interpretaciones que recrean el vínculo con el primer objeto y su separación.
- **La hora de pensar:** representa el deslinde entre la fantasía y la realidad, es el momento de transformar la descarga de pulsiones en pensamientos.
- **La hora de poner las cosas en su lugar:** es el tiempo de colocar la sesión vivida en el interior y conectarse con el tiempo y los objetos reales externos, de tal manera que se favorece el surgimiento de actitudes reparadoras.

Los terapeutas que participaron en el grupo GIN fueron 2 mujeres y un hombre. (La modalidad de **triterapia** tiene su antecedente en el Modelo GIN II).

Los terapeutas del GAP fueron dos mujeres que se reunieron paralelamente al GIN y trabajaron con los padres para ayudarlos a aclarar su problemática en la relación con sus hijos.

Las sesiones terapéuticas con el GIN y el GAP se llevaron a cabo una vez a la semana en un total de 18 sesiones, en dos de ellas se reunieron niños, padres y terapeutas de ambos grupos para jugar y pensar conjuntamente.

Al término de cada una de las 18 sesiones, el grupo de terapeutas tanto del GIN como del GAP se reunió con el supervisor Dr. Juan Guadarrama para analizar el proceso psicodinámico observado en los grupos.

Las sesiones del GIN se grabaron en audiocassette para realizar la transcripción posteriormente.

4.7 ESPACIO TERAPÉUTICO.

Esta investigación se llevó a cabo en las instalaciones de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional (IPN). Tuvo una duración de cinco meses y un período de seguimiento seis meses después.

Se trabajó en un salón con alfombra y cojines de diversos tamaños. Era un salón grande, ventilado y con dos puertas, una conducía a un pasillo hacia el exterior y la otra se conectaba con el cuarto de trabajo del Grupo Analítico de Padres (GAP).

4.8 MUESTRA.

Los criterios para seleccionar la muestra fueron:

- Niños y niñas en edad de latencia.
- Que no presentaran daño orgánico.
- Compromiso de los padres para participar en el Grupo Analítico de Padres (GAP) en sesiones paralelas a las de los niños.

La muestra quedó integrada por un grupo cerrado de 10 niños de los cuales 8 eran varones y 2 niñas. Sus edades cubrían el rango de 6 a 10 años de edad. (Ver cuadro 1 a 10). Fueron remitidos por sus maestros de educación preescolar o primaria por presentar conductas de: agresión hacia los compañeros, falta de atención, bajo rendimiento escolar, berrinches, ansiedad, miedo, dificultad para comunicarse, etc. (ver anexo cuadro No. 11).

4.9 SELECCIÓN DE SUJETOS.

Primero se realizaron entrevistas a los padres de familia y se elaboraron las historias clínicas, posteriormente se realizó la evaluación psicológica de los niños aplicando las siguientes pruebas psicométricas:

- **Terman.** Para obtener el coeficiente intelectual.
- **Test de Bender.** Permitió descartar daño orgánico.
- **Test de la Figura Humana.** Evaluó rasgos de personalidad de acuerdo con Machover.
- **Test de la Familia y HTP.** Proporcionaron información acerca de la percepción del niño, de sí mismo dentro de su núcleo familiar.

Toda la información recopilada se integró en una ficha psicodiagnóstica que incluía los siguientes rubros:

- Datos generales del niño y sus padres.
- Familiograma.
- Antecedentes prenatales.
- Características perinatales.
- Características postnatales.
- Historia del Desarrollo.
- Ingreso al jardín de infantes y socialización.
- Ingreso a la educación primaria.
- Situación actual.

4.10 PROCEDIMIENTO

- Se formó un equipo de trabajo con cinco pasantes de la Maestría en Psicología Clínica de la UNAM, cuatro mujeres y un hombre.
- Se llevaron a cabo algunas reuniones para conocer la técnica GIN y realizar algunas observaciones en el Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP) de Aragón, en donde la Técnica se estaba aplicando.
- Se realizaron 18 sesiones en el GIN con duración de una hora, que son motivo de esta investigación.

- El trabajo terapéutico con los niños se llevó a cabo siguiendo los lineamientos específicos de la técnica (encuadre, momentos, función de los terapeutas, tiempo).
- Se realizó la grabación de cada una de las sesiones en audiocassette.
- El grupo de terapeutas del GIN y del GAP se reunió al final de cada sesión para intercambiar información y lograr una visión más completa de la psicodinámica de los niños y sus padres. Esta actividad se realizó con la supervisión del Dr. Juan Guadarrama, experto en el tema.
- Se realizó la transcripción detallada de cada una de las 18 sesiones.
- El seguimiento de cada uno de los casos se llevó a cabo seis meses después, de terminado el tratamiento y consistió en una visita domiciliaria al niño y sus padres, así como una visita a la maestra de grupo para conocer los cambios observados en el niño.
- Se analizaron los datos obtenidos durante el trabajo terapéutico y se detectaron las manifestaciones de conducta agresiva que los niños presentaron durante el proceso.
- Se elaboraron las categorías de análisis.
- Cada manifestación de conducta se representó con una viñeta.
- Se codificaron los datos y se obtuvo la frecuencia de cada categoría para graficar la información.
- Se realizó el análisis psicodinámico de las sesiones bajo la supervisión de la Dra. María Luisa Rodríguez Hurtado, doctora de reconocida experiencia clínica y directora de esta tesis.

CAPITULO V RESULTADOS.

Esta investigación utilizó metodología cualitativa y análisis de contenido, lo cual permitió que los datos psicológicos que a primera vista parecían difíciles de medir en relación con las manifestaciones de agresión, pudieran ser cuantificados y analizados con facilidad.

Los datos de los niños que participaron en el Grupo GIN se presentan en los cuadros 1 a 10 (ver anexo). Estos datos se obtuvieron de las entrevistas con los padres de familia y del estudio psicométrico realizado. En esos cuadros el nombre del niño fue omitido para guardar su anonimato y sólo aparece una o dos letras para identificarlo; además se presenta la siguiente información: edad, género, tipo de familia, dinámica familiar, resultados del estudio psicométrico, empleo de los padres y nivel socioeconómico, así como la historia de su desarrollo, su juego y juguete favorito, los rasgos de personalidad y la identidad psicosexual.

El motivo de consulta por el cual el niño fue remitido a tratamiento psicoterapéutico por su maestro se presenta en el cuadro 11.

El cuadro 12 muestra las sesiones a las que asistieron cada uno de los niños, así como su porcentaje de asistencia.

En el cuadro 13 se aprecia cuales niños viven con sus padres o padrastros. Y al final se presenta la carta al profesor en donde se le pidió registrar sus observaciones acerca del niño.

Las categorías de manifestaciones de **agresión física** fueron:

- A.- Golpear a la figura femenina.**
- B.- Golpear a la figura masculina.**
- C.- Golpear a los compañeros.**
- D.- Patear o dar puñetazos.**
- E.- Morder a otros.**
- F.- Morder el cojín.**
- G.- Agarrar el pie de alguna de las terapeutas.**
- H.- Derribar a alguna de las terapeutas.**
- I.- Encimarse en alguna de las terapeutas.**
- J.- Derribar al terapeuta.**
- K.- Encimarse en el terapeuta.**
- L.- Encimarse en otros niños.**
- M.- Satirse del salón.**

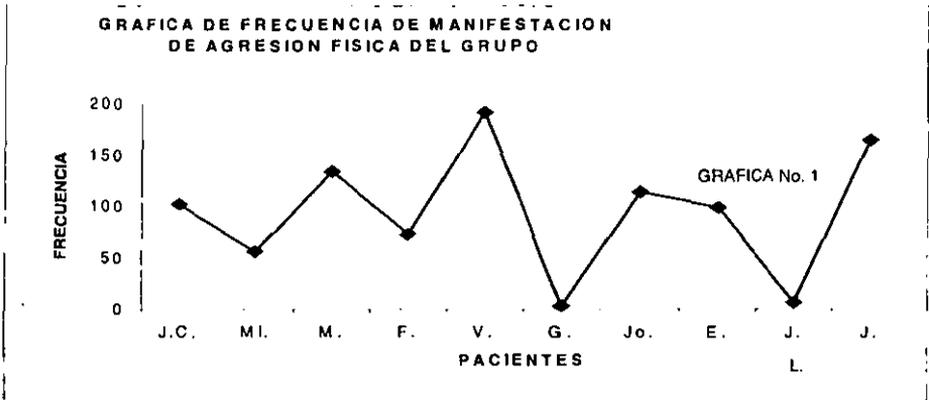
La presentación de los resultados en gráficas permite observar y analizar cómo se despliega la agresión en cada niño, en cada sesión y en forma grupal, para poder explicar, junto con el análisis psicodinámico de las sesiones, en qué momento se intensifica, cuándo disminuye y por qué.

A continuación se presentan las siguientes gráficas:

- 1 Gráfica de frecuencia de manifestación de conducta agresiva física del grupo durante todo el proceso terapéutico (Gráfica No. 1).
- 10 Gráficas de frecuencia de manifestaciones de agresión física por niño (de la gráfica 2 a la gráfica 11).
- 17 Gráficas de frecuencia de manifestaciones de agresión física por sesión (De la gráfica 12 a la 28).
- 1 Gráfica de frecuencia de manifestaciones de agresión verbal del grupo durante todo el proceso terapéutico (Gráfica No. 29).
- 8 Gráficas de frecuencia de manifestaciones de agresión verbal por niño (De la gráfica 30 a la 37).
- 14 Gráficas de frecuencia de manifestaciones de agresión verbal por sesión (De la gráfica 18 a la 51).

GRAFICA DE FRECUENCIA DE MANIFESTACIÓN DE CONDUCTA AGRESIVA FÍSICA DEL GRUPO

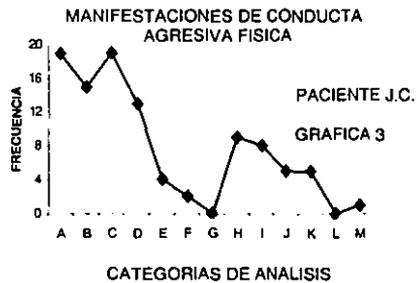
La gráfica No. 1 muestra la frecuencia de manifestación de conducta agresiva física del grupo durante todo el proceso. Sobresalen con la mayor frecuencia V. y J., mientras que las niñas G. y L. se ubican en la frecuencia más baja, ya que abandonaron al grupo a partir de la sexta sesión.



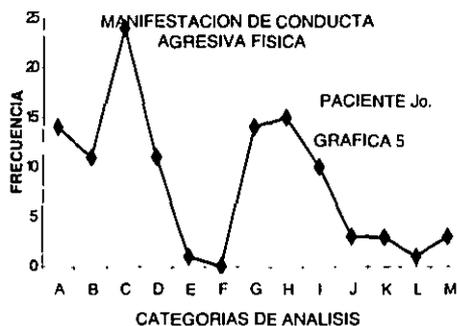
GRAFICAS DE FRECUENCIA DE MANIFESTACION DE AGRESION FISICA POR NIÑO

En las gráficas de manifestación de agresión física por niño puede observarse lo siguiente:

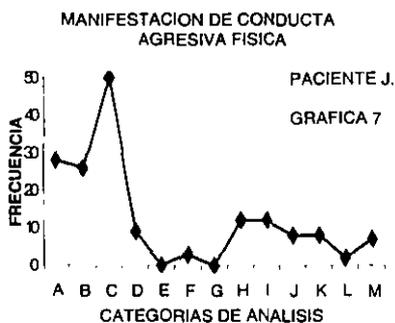
M. presentó con mayor frecuencia la manifestación de conducta de golpear a la figura masculina, golpear a los compañeros y patear o golpear con el puño (gráfica 2) y J. C. presentó con mayor frecuencia: golpear a la figura femenina, golpear a los compañeros, golpear a la figura masculina y golpear con el pie y con el puño (gráfica 3).



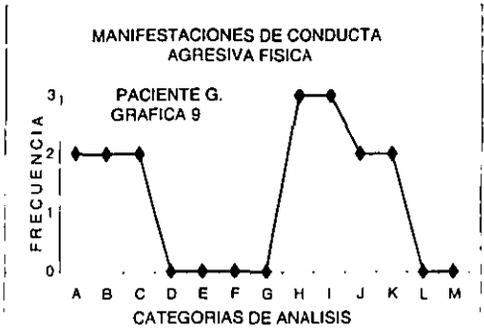
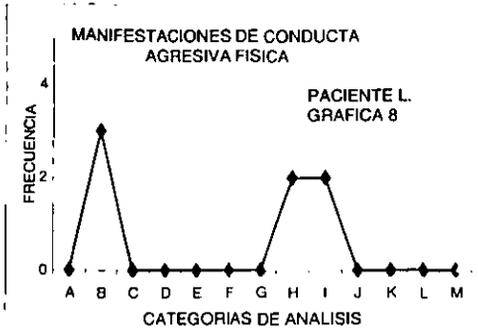
V. presentó con mayor frecuencia: golpear a los compañeros, a la figura femenina y a la figura masculina (gráfica 4) y Jo. Manifestó con mayor frecuencia: golpear a los compañeros, agarrarse del pie de la terapeuta para derribarla y encimarse en ella, golpear a la figura masculina y golpear con el pie y con el puño (gráfica 5).



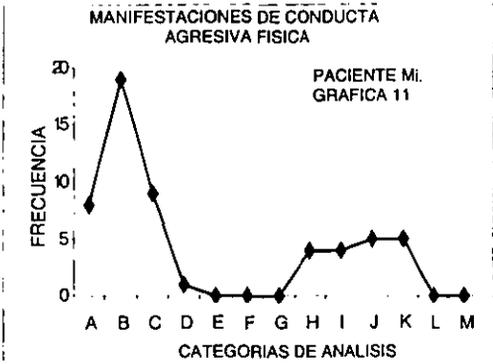
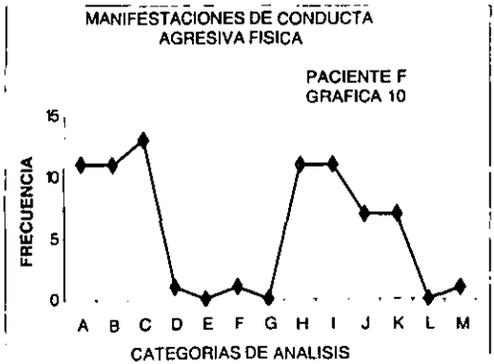
E. manifestó con mayor frecuencia: golpear a la figura femenina y a los compañeros, contribuir a derribar a la terapeuta y encimarse en ella (gráfica 6).y J. manifestó con mayor frecuencia: golpear a los compañeros y a la figura femenina y masculina, derribar a los terapeutas y encimarse en ellos (gráfica 7).



L. manifestó con mayor frecuencia: golpear a la figura masculina, contribuir a derribar a la terapeuta y encimarse en ella (gráfica 8) y G. presentó con mayor frecuencia: contribuir para derribar a los terapeutas, encimarse en ellos, así como golpear a la figura femenina, masculina y a los compañeros (gráfica 9).



F. presentó con mayor frecuencia: golpear a los compañeros, golpear a la figura femenina y masculina, así como contribuir a derribar a los terapeutas y encimarse en ellos (gráfica 10) y Mi. Presentó: golpear a la figura masculina, a los compañeros y a la figura femenina (gráfica 11).



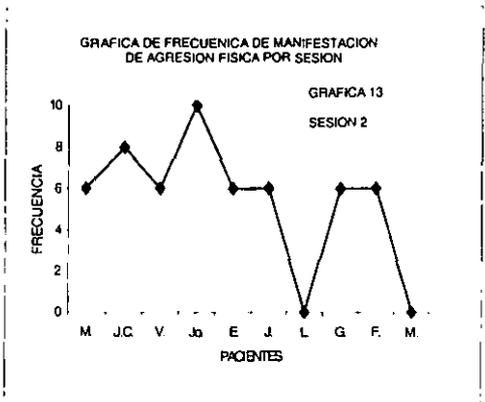
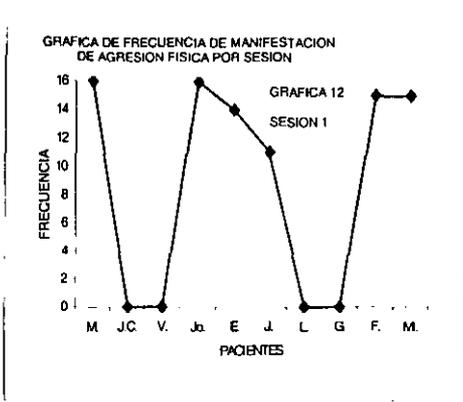
Tuvieron una alta frecuencia en este grupo, además de las manifestaciones de golpear a la figura femenina, masculina y a los compañeros, el golpe directo como patear o dar puñetazos, en lugar de sólo golpear con el cojín. De igual manera la

conducta de contribuir a derribar a alguna de las terapeutas y encimarse en ellas se presentó con una alta frecuencia en el grupo.

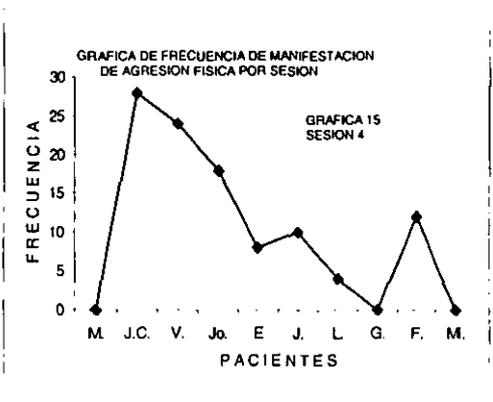
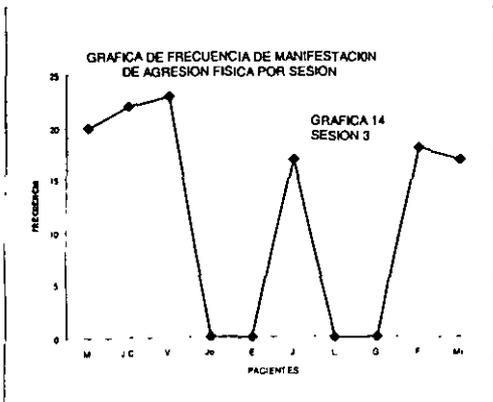
GRAFICAS DE FRECUENCIA Y MANIFESTACIÓN DE AGRESIÓN FISICA POR SESION.

En las gráficas de frecuencia de manifestación de **agresión física por sesión**, se puede observar lo siguiente:

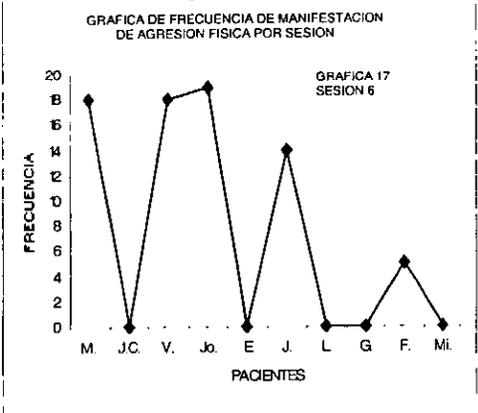
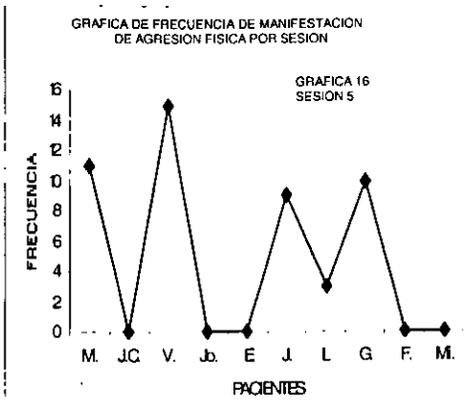
En la **sesión 1**: mostraron mayor frecuencia de conducta de agresión física: M, Jo, E, J, F, Mi, (gráfica 12) y en la **sesión 2** Jo, JC, M, V, E, J, G, F (gráfica 13).



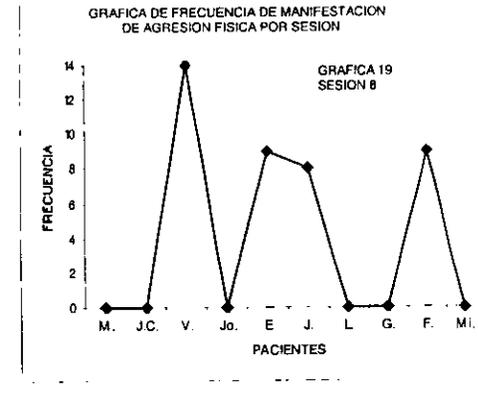
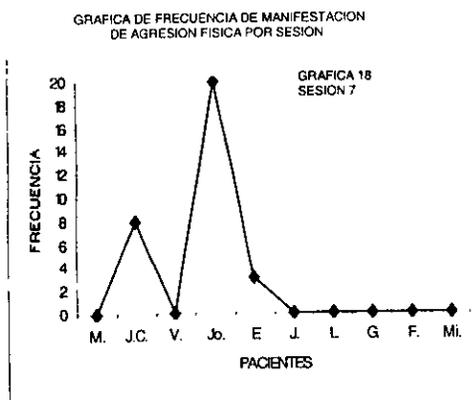
En la **sesión 3**: mostraron mayor frecuencia de conductas de agresión física: M, J.C, V, J, F, Mi (gráfica 14) y en la **sesión 4**: J.C, V, Jo, F, J, E, (gráfica 15)



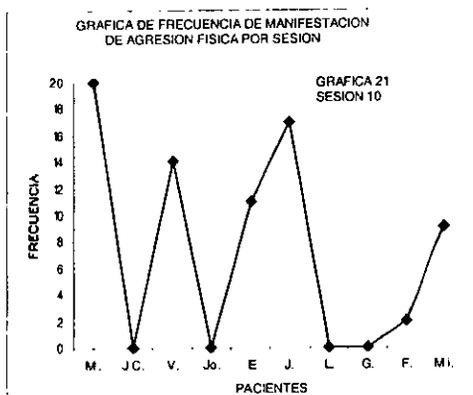
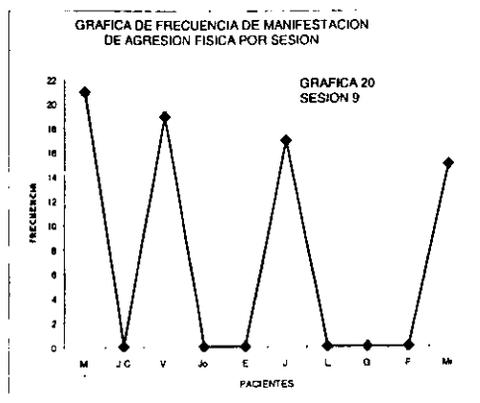
En la **sesión 5**: mostraron mayor frecuencia de conductas de agresión: V, M, G, J (gráfica 16) y en la **sesión 6**: Jo, M, V, J. (gráfica 17).



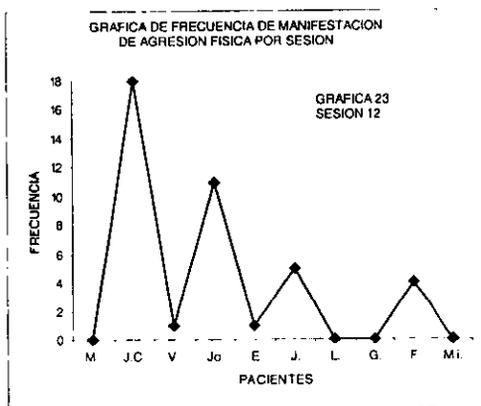
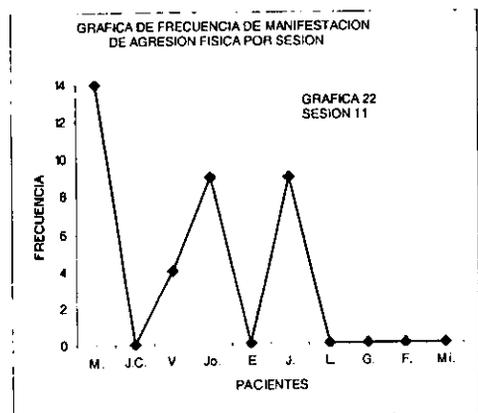
En la **sesión 7**: mostraron mayor frecuencia de conductas de agresión física Jo, J.C. (gráfica 18) y en la **sesión 8**: V, E, F, J. (gráfica 19)



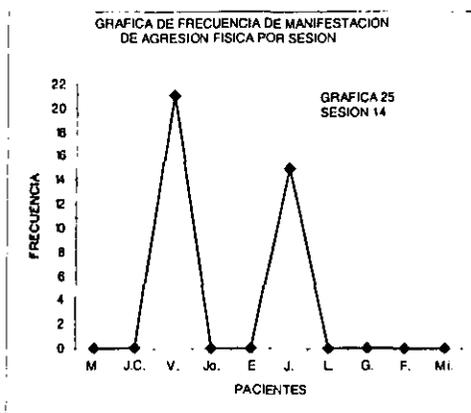
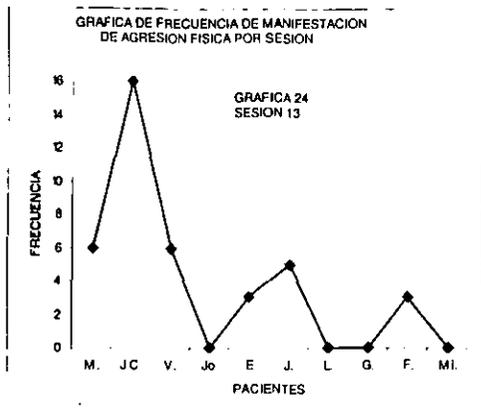
En la **sesión 9**: mostraron mayor frecuencia de conductas de agresión física M, V, J, Mi (gráfica 20).y en la **sesión 10**: M, J, V, E, Mi. (gráfica 21).



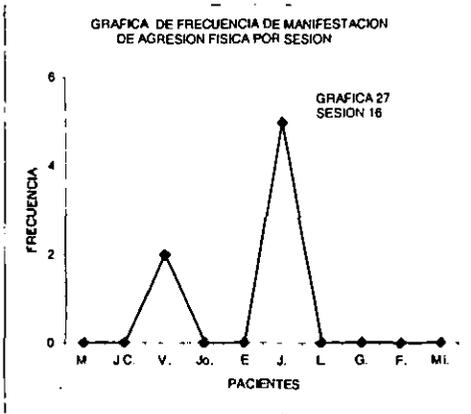
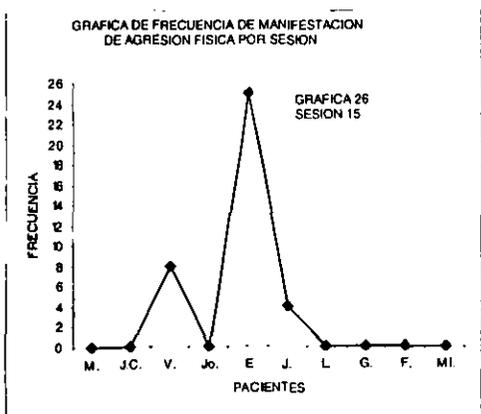
En la **sesión 11**: mostraron mayor frecuencia de conductas de agresión física M, Jo, J (gráfica 22) y en la **sesión 12**: J.C. Jo. (gráfica 23).



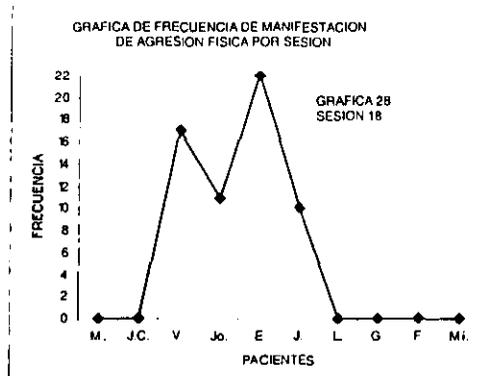
En la **sesión 13**: mostraron mayor frecuencia de conductas de agresión física JC, M, V, J, (gráfica 24) y en la **sesión 14**: V, J. (gráfica 25).



En la **sesión 15**: mostraron mayor frecuencia de conductas de agresión física E, V, (gráfica 26) y en la **sesión 16**: J. y V. fueron quienes mostraron mayor frecuencia de agresión física (gráfica 27).



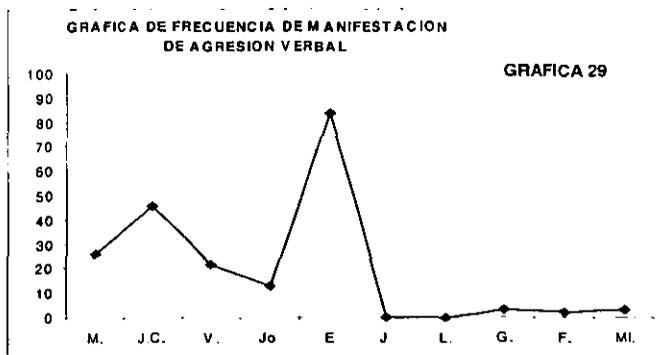
En la **sesión 17**: no hubo manifestación de agresión física y en la **sesión 18** mostraron mayor frecuencia de conductas de agresión física E, V, Jo, J. (gráfica 28).



GRAFICA DE FRECUENCIA DE MANIFESTACIÓN DE AGRESION VERBAL DEL GRUPO.

Se registró la manifestación de conducta de **agresión verbal** cuando las frases que se empleaban eran utilizadas para dañar o menospreciar a alguien, o bien, cuando abiertamente se verbalizaba el deseo de muerte o destrucción.

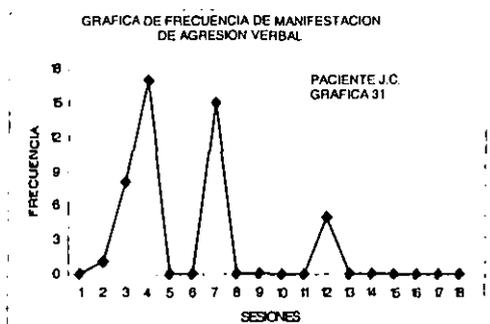
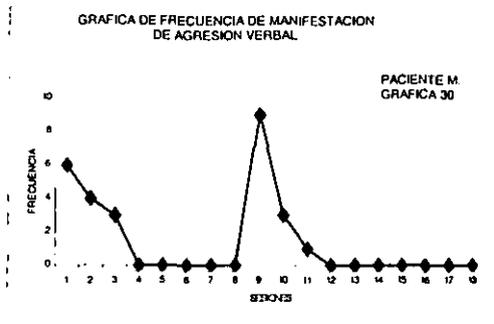
Los niños que con mayor frecuencia manifestaron conductas de agresión verbal durante todo el proceso fueron: E y JC y los que menos agredieron verbalmente o incluso no hablaron o lo hicieron muy poco fueron: J, L, G, F, Mi, (gráfica 29)



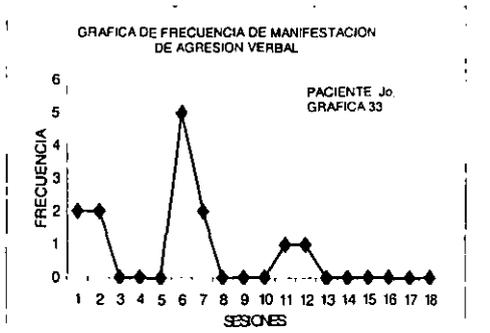
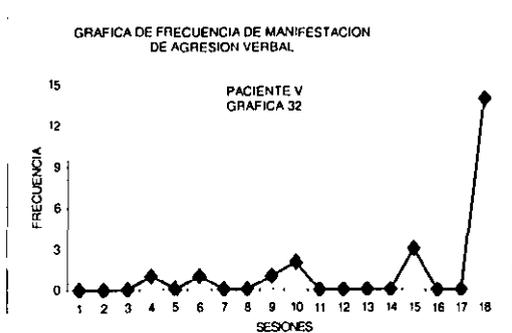
GRAFICAS DE FRECUENCIA DE MANIFESTACION DE AGRESION VERBAL POR NIÑO.

En las gráficas de manifestación de agresión verbal por niño puede observarse lo siguiente:

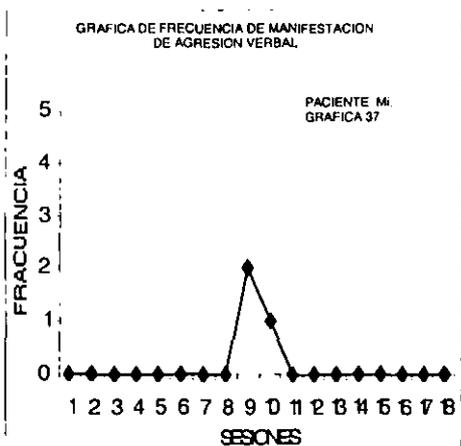
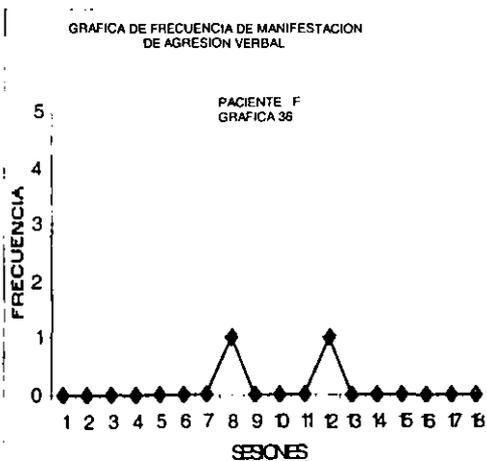
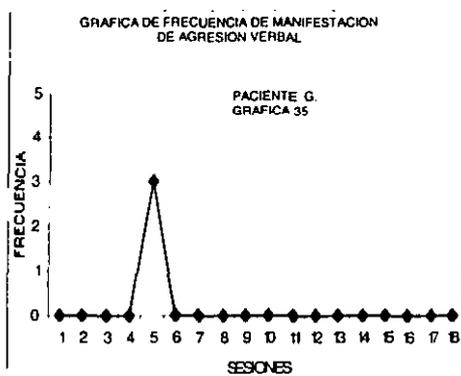
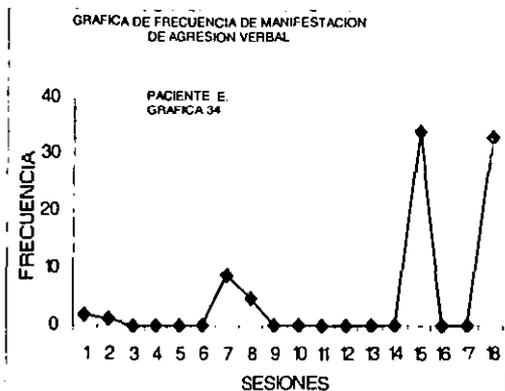
M. presentó con mayor frecuencia agresión verbal en la sesión 9 (gráfica 30) y J.C. en la sesión 4, 7 y 12 (gráfica 31)



V. presentó con mayor frecuencia agresión verbal en la sesión 18 (gráfica 32) y Jo. en la sesión 6 (gráfica 33).



E. presentó con mayor frecuencia manifestación de agresión verbal en la sesión 15 y 18 (gráfica 34), G. en la sesión 5 (gráfica 35), F. en las sesiones 8 y 12 (gráfica 36) y Mi. En las sesiones 9 y 10 (gráfica 37).

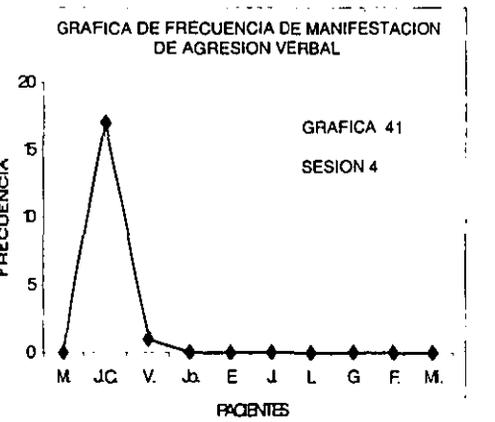
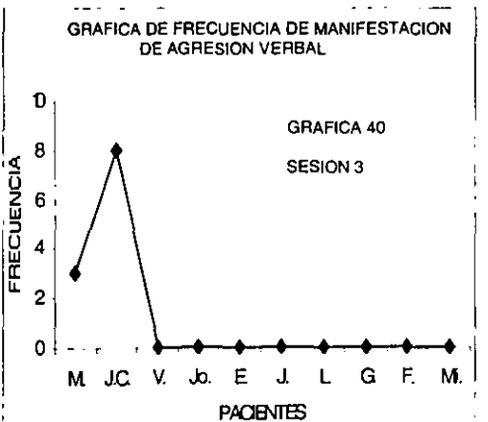
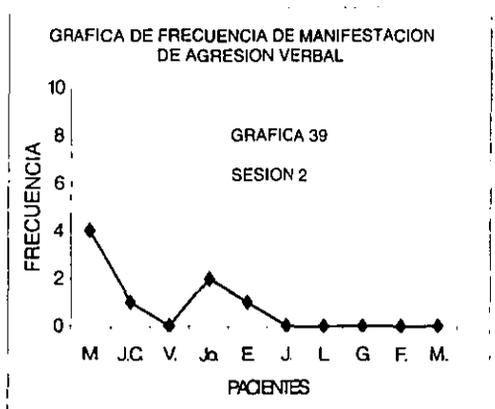
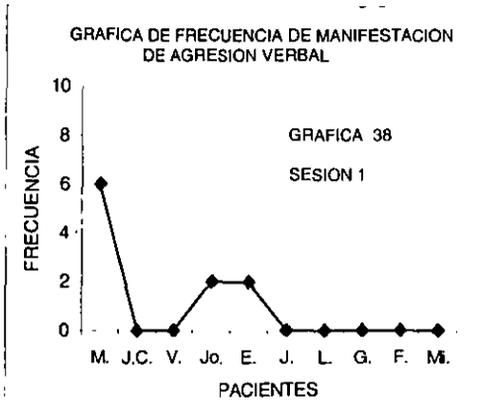


J. y L. no presentaron manifestación de agresión verbal, incluso hablaron muy poco.

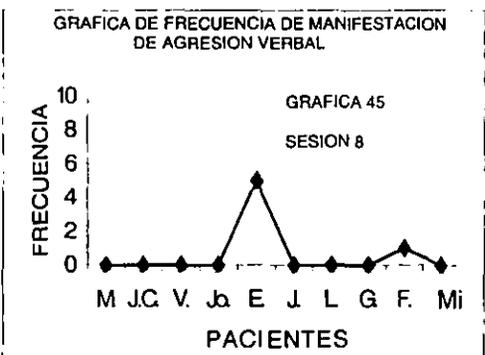
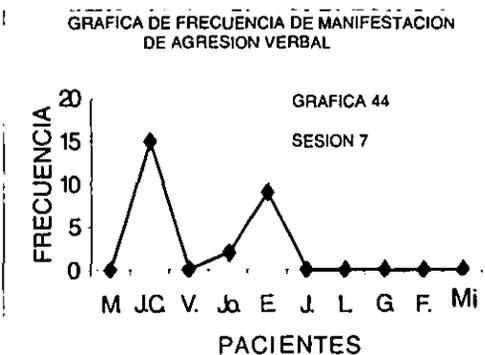
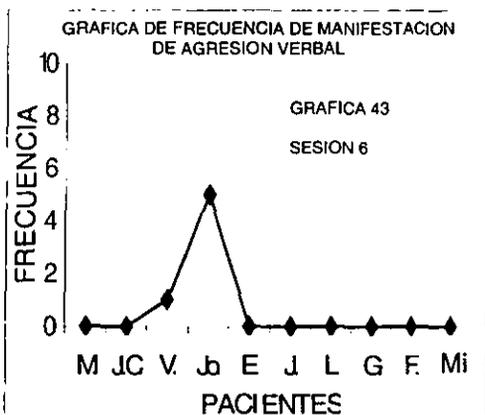
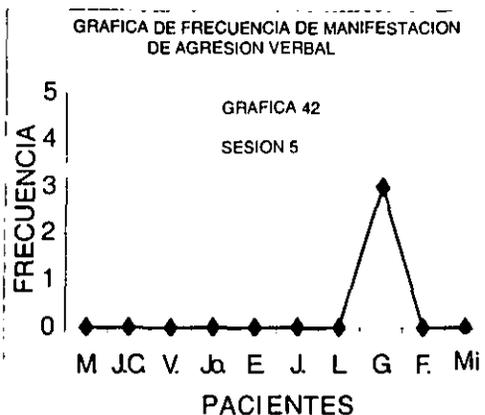
GRAFICAS DE FRECUENCIA DE MANIFESTACION DE AGRESION VERBAL POR SESION.

En las gráficas de manifestación de agresión verbal por sesión se puede observar lo siguiente:

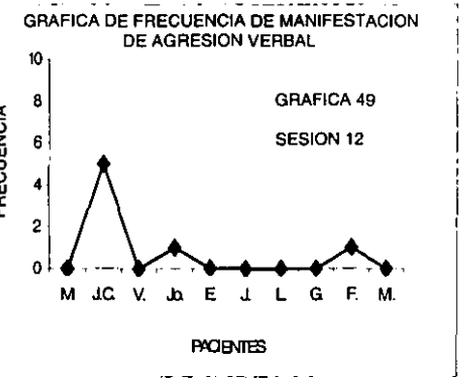
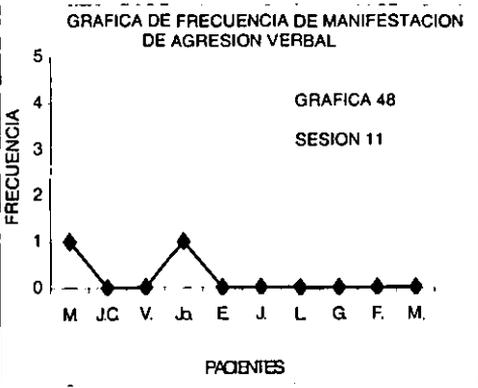
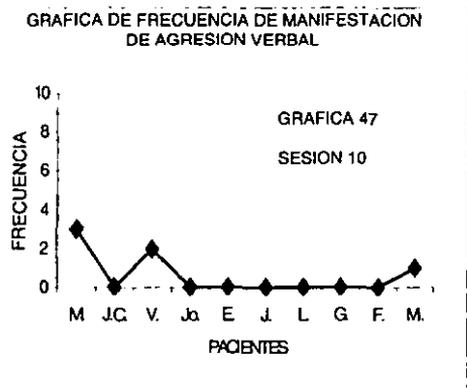
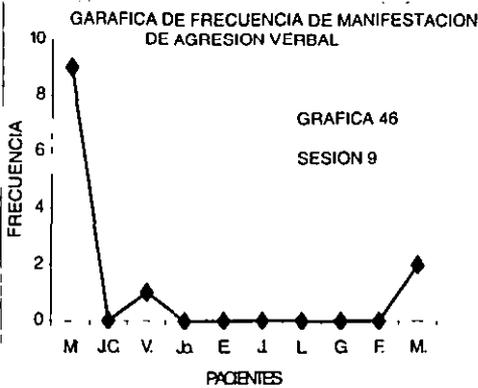
En la **sesión 1** manifestó mayor frecuencia de agresión verbal M, Jo, y E. (gráfica 38), en la **sesión 2**: M, Jo, E y J. C. (gráfica 39), en la **sesión 3**: J.C. y M (gráfica 40) y en la **sesión 4**: J.C. (gráfica 41).



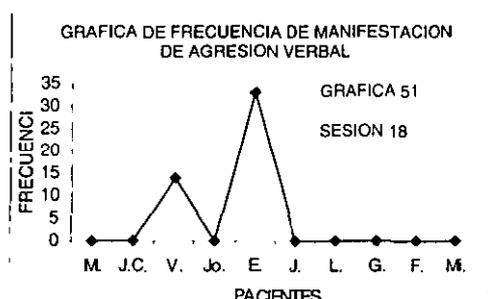
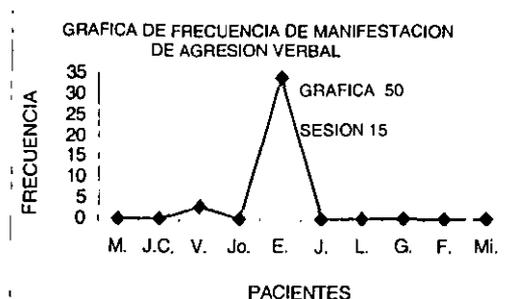
En la **sesión 5** presentó mayor frecuencia de agresión verbal G, (gráfica 42), en la **sesión 6**: Jo. y V. (gráfica 43) en la **sesión 7**: J.C., E, Jo.(gráfica 44) y en la **sesión 8**: E, F (gráfica 45).



En la **sesión 9** presentaron mayor frecuencia de agresión verbal: M, Mi, V (gráfica 46), en la **sesión 10**: M, Mi, V (gráfica 47), en la **sesión 11**: M, Jo (gráfica 48) y en la **sesión 12**: J.C, F, Jo (gráfica 49)



En las sesiones 13, 14, 16 y 17 no se presentaron manifestaciones de agresión verbal. En la sesión 15 presentó mayor frecuencia de agresión verbal E y V (gráfica 50) y en la sesión 18: E. y V. (gráfica 51).



En el cuadro 14 se presenta el informe final con los datos proporcionados por los padres y la maestra de grupo, correspondiente a la etapa de seguimiento.

A continuación se presenta el análisis de las 18 sesiones.

ANÁLISIS DE LA SESION 1.

Se establece el encuadre; se puede golpear con los cojines, pero no con los puños ni con los pies. El grupo entiende rápidamente de qué se trata el juego y la transferencia se presenta de manera inmediata.

Durante el juego surge una gran descarga de sentimientos de hostilidad hacia los padres: hay mucha fuerza en los golpes, los niños se lanzan, derriban a los terapeutas y se enciman en ellos, hay expresiones verbales que manifiestan deseos de muerte hacia ambos padres, hablan de matar al padre y a la madre y los golpes son intensos y prolongados a los terapeutas.

Los niños sudan, se ríen nerviosamente, se quejan, gritan, se empujan, en una verdadera descarga de impulsos hostiles. En varias ocasiones hay rompimientos al encuadre: se dan patadas entre sí, jalan el cabello y se enciman en los terapeutas.

Las expresiones verbales muestran las imágenes de un padre monstruoso y violento y una madre mala, agresiva, que no protege.

En el tiempo de pensar hay poca producción de ideas organizadas, hablan de que vieron cojines, niños, papás y mamás. El grupo sigue jugando y corriendo, actividad que prolongan durante el tiempo de poner las cosas en su lugar.

En esta sesión se aprecia que el grupo está muy enojado con el papá y la mamá, aunque esto no se señala ni se devuelve al grupo para su elaboración debido a la inexperiencia de los terapeutas.

La manifestación de agresión se dió de manera física y verbal. Los niños se refirieron a las dos terapeutas como la mamá y la otra mamá en forma indistinta y las golpearon con igual intensidad, de la misma manera que golpearon al terapeuta.

ANÁLISIS DE LA SESION 2.

En esta sesión, como en la anterior, el grupo presenta una gran descarga de sentimientos hostiles hacia los padres a través de agresión física, y agresión verbal con expresiones de deseos de muerte. Los niños golpean con fuerza y tienen expresiones

como: ¡ todos contra el papá! ¡ Vamos a matarlo! ¡ Todos contra la mamá! ¡ Vieja bruja!
¡ Todos contra la otra mamá! ¡ Vamos a matarla!. Sin embargo también se presentan
sentimientos de compasión y de defensa hacia los padres al sentirse los niños poco
queridos y aceptados y ante el miedo a quedarse solos.

El grupo manifiesta una gran necesidad de contacto físico así como sentimientos
eróticos y sexuales hacia la madre. Los niños se agarran del pie de las terapeutas, las
derriban y se enciman en ellas, masturbándose.

El grupo intenta, de esta manera, detener la agresión entre los padres y retener
a la madre para que no se vaya como lo hace el padre.

Los niños expresan sentimientos ambivalentes; por una parte hay un gran enojo
hacia los padres y por otra, una gran necesidad y demanda de su cariño y protección.

Ante la niña que se presenta por primera vez los niños manifiestan sentimientos
de envidia y rivalidad porque ella tiene una actuación desinhibida, se defiende y porque
busca y encuentra el apoyo de una de las terapeutas.

Ante la angustia que se desata en esta sesión, algunos niños asumen conductas
de protección: se ocultan entre los cojines, no participan, se quejan, hacen una casita
con los cojines y permanecen adentro.

Durante la hora de pensar hay poca producción de ideas y en la hora de poner las cosas en su lugar, el grupo continua jugando.

La inexperiencia de los terapeutas los lleva a no interpretar en la hora de pensar los señalamientos que se marcaron en la hora de la acción, por lo cual no se clarifica a los niños la razón del enojo ni la hostilidad hacia sus padres.

ANÁLISIS DE LAS SESION 3.

Al principio de esta sesión se observa la necesidad del grupo por agredirse de manera directa a través de rasguñar y golpear con puños y pies, agresión que es desplazada ante el señalamiento de utilizar los cojines.

Esto sucede porque no se han realizado las interpretaciones al grupo y los impulsos hostiles desatados en las sesiones anteriores y en ésta se desbordan, por ello los golpes a los terapeutas son muy fuertes y persistentes. Hay alianzas entre los niños para golpear al padre porque lo perciben fuerte e indestructible. También hay gritos y agresión verbal. Se escucha ¡Vieja bruja! ¡Ya verás maldita vieja! ¡Vamos contra la mamá! ¡Vieja loquita! ¡Vamos a matar al padre por malo!.

La agresión intensa hacia el padre se da porque los niños consideran que él los separa de la madre, que no habla con ellos y por lo tanto no los quiere. Hacia la madre porque consideran que no los protege de las agresiones del padre.

Sienten un gran enojo hacia la madre y al mismo tiempo una necesidad de que no se vaya, que no los abandone como el padre lo hace, sienten necesidad de depender de ella y de que los cuide y proteja.

El enojo hacia la madre se desplaza hacia la niña que viene por primera vez, por eso la agreden primero y luego la defienden.

De la identificación con el padre agresor surge el conflicto entre ser agresivo como el padre o defender a la madre a quien perciben maltratada y agredida por él.

Para el grupo, la niña nueva representa la llegada de un nuevo hermanito, situación que despierta celos y agresión hacia ella y hacia los terapeutas "por haberla traído".

Los niños reviven en el trabajo terapéutico escenas y sentimientos que han experimentado en sus casas, esto les angustia y asumen conductas de protección como: mantenerse alejados, no participar, cubrirse con los cojines, comer chocolate.

Durante la hora de pensar los terapeutas llevan a los niños a aclarar el enojo que sienten hacia sus padres y las razones de dicho enojo. Al finalizar la sesión, el grupo es capaz de verbalizar que sienten enojo porque sus padres los maltratan, les pegan y los regañan injustamente.

ANÁLISIS DE LA SESIÓN 4.

En esta sesión el grupo continua descargando los impulsos hostiles que siente hacia sus padres. Hay agresión física y verbal muy intensa y deseos de muerte.

Los niños se alían y se enciman en las terapeutas, las muerden, les jalan el cabello y no las dejan levantarse en una fantasía de destrucción. Los niños expresan con agitación e inquietud: ¡ahógala, ahógala, que no respire! ¡ayúdame, no la dejes salir! ¡ya la tengo!.

También se expresan deseos de devorar a la madre, de hacer una torta con ella, lo cual constituye la parte canibalística del impulso agresivo.

En ocasiones es tanta la hostilidad que sienten que no basta el golpe con el cojín y se lanzan con los puños y patadas en una agresión directa entre ellos.

El grupo revive, con toda esta agresión, la angustia que viven a diario en sus casas, por lo cual, unos niños lloran, otros se ocultan, gritan, no se defienden, se agarran del pie de la terapeuta y no la quieren soltar. Todo esto se presenta por la imposibilidad de poner palabras al enojo y malestar ante la falta de cuidado y amor de parte de sus padres.

Hay sentimientos ambivalentes hacia el padre, lo perciben invencible y malo y al mismo tiempo anhelan su cariño. Están enojados por ello y demandan su atención de manera agresiva, quieren ser escuchados y tomados en cuenta.

En el grupo hay una necesidad de contacto físico y se expresan además sentimientos eróticos y masturbación.

Los niños forman alianzas en un intento por detener la agresión de la madre y la violencia que viven en su ambiente familiar, tienen un deseo de controlar y acallar afuera las ansiedades e inquietudes que experimentan en su interior.

Las demandas de tipo oral (dinero, regalos, dulces) evidencian las carencias afectivas de los niños y atrás de sus enojos y gritos queda claro que hay una gran tristeza por el abandono que sufren.

Durante la hora de pensar, el grupo se mostró más dispuesto a permanecer sentado y hablar. Hicieron consciente el enojo hacia sus padres y su demanda de atención. Casi al final se presentó agresión de tipo anal cuando los niños se quitaron los calcetines y querían que los demás los olieran.

ANÁLISIS DE LA SESIÓN 5.

En esta sesión coinciden las dos niñas, una es más arrojada que la otra, pega y corre, se enfrenta a los niños y busca la alianza con la madre. Esto ocasiona el enojo de los niños porque ella se defiende, golpea con la misma intensidad que ellos y les gana. La otra niña se aísla, se mantiene al margen y no se atreve a golpear a los demás, generando en los niños sentimientos de adhesión y apoyo.

De nuevo se presenta en el grupo una gran descarga de sentimientos de hostilidad hacia el padre y hacia la madre con rompimientos frecuentes al encuadre: patadas, rasguños, jalones de ropa, golpes con los puños. Surgen también fantasías de aniquilamiento hacia el padre porque consideran que daña, es agresivo, ofende y es

difícil de vencer. Hacia la madre se presentan sentimientos ambivalentes: hay enojo hacia ella porque no les da su cuidado y protección y al mismo tiempo buscan depender de ella para lograr defenderse de la agresión de los demás.

El grupo experimenta sentimientos de envidia y rivalidad cuando ve que una de las terapeutas responde a la búsqueda de apoyo de una niña. De esta manera, la agresión hacia la madre se desplaza hacia la niña por lo cual también golpean a la terapeuta con mucha fuerza hasta que ambas quedan tiradas y vencidas sobre la alfombra.

Toda esta situación hace surgir mucha angustia en el grupo al revivir momentos de agresión que viven en sus casas, por lo cual algunos se ocultan entre los cojines, se agarran del pie de la terapeuta en un afán de protección o se chupan el dedo.

En la hora de pensar los niños muestran mayor capacidad para empezar a hablar lo que actuaron y con ello iniciar de manera más clara el análisis de lo que sienten, sin embargo esto les genera, a su vez mucho miedo, ya que tienen que enfrentarse con sentimientos dolorosos de desamor y abandono, mismos que prefieren evadir.

En un momento determinado el grupo busca congraciarse con el padre en un intento reparatorio, sin embargo, no lo logran debido a la falta de intervención oportuna del terapeuta.

En esta sesión el grupo refleja la parte de maltrato que todos sufren. El enojo y la rabia que sienten expresa lo que a diario viven.

ANÁLISIS DE LA SESIÓN 6.

A partir de esta sesión las niñas dejan de asistir. Se presentan deseos de saber qué se siente acostarse junto a otro como ven a sus padres hacerlo. Los niños se enciman unos en otros y tiran a las terapeutas para encimarse en ellas. Hay un sentimiento de enojo porque los padres están juntos y surgen en los niños fantasías de destrucción hacia el padre para quedarse con la madre. De aquí la conducta agresiva física y verbal tan intensa hacia el padre; sin embargo, estos sentimientos originan el temor a la retaliación, es decir, que la agresión regrese y los destruya y con ello surge el temor a la castración.

Los niños resuelven esta situación asumiendo conductas que los resguarden de la ansiedad y el miedo desatados, conductas como: masturbación, mantenerse cerca de las terapeutas, chuparse el dedo, gritar, esconderse entre los cojines, no participar y no hablar.

Al unirse todos contra el papá, golpearlo y tirarlo, los niños satisfacen su deseo de derrotarlo. Toda esta sesión tiene un contenido sexual, se revive la escena primaria, es una sesión edípica destinada a destruir al padre para quedarse con la madre y al no lograrlo el grupo crea una canción durante la hora de pensar, en donde matan a la madre por ser infiel a ellos, aunque con esto ellos mismos queden destruidos.

En esta sesión se observan avances notables en el grupo: verbalizan su enojo, hablan con firmeza para defenderse, un niño habla por primera vez. Empieza a surgir en el grupo el deseo de ser escuchado, de poner palabras a los afectos y autoafirmarse.

En la hora de pensar, el grupo concientiza y verbaliza que querer teta y chuparse el dedo son deseos de querer ser bebé de nuevo, concientizan su intolerancia a la frustración, el deseo incontenible de ganar y en lugar de eso, perder.

En esta sesión faltó que los terapeutas analizaran en el grupo los sentimientos que surgieron ante la ausencia de las niñas. Al finalizar la sesión los niños ordenan los cojines por primera vez ante el sentimiento de haber triunfado sobre el padre, hablan fuerte y se oyen contentos.

ANÁLISIS DE LA SESIÓN 7.

Falta por primera vez el terapeuta y los niños notan esa ausencia, ante lo cual se apoderan de inmediato de las piernas de la madre. Agarran las piernas y el pie de una de las terapeutas, la jalan, la tiran y se enciman en ella en varias ocasiones. Surgen fantasías de omnipotencia, mencionan que son luchadores, que tienen poderes, que los cojinazos no les duelen. Hay deseos eróticos, deseos de saber qué se siente estar acostado con la madre como lo hace el padre y a la vez miedo ante las fantasías edípicas desatadas.

Hay un gran miedo y enojo por la ausencia del padre, aunque al mismo tiempo desean ocupar su lugar, por lo cual surge el temor a la castración.

Ante el abandono del padre, que representa el orden y la ley, niños y mamás se ven envueltos en un caos: los niños gritan, piden silencio, se burlan, golpean con fuerza, se esconden, agreden verbalmente, se quieren salir del salón, jalan el cabello,

dan patadas, hacen sonidos como bebés llorando, hablan de dientes que se caen, del terremoto del 85.

Se presentan conductas agresivas físicas y verbales, hay una necesidad de controlar a la madre, de detenerla para que no se vaya como el padre se va, de hacerse chiquitos, de exhibirse analmente: un niño pasea su zapato y quiere que todos lo huelan, otro huele todos los zapatos, otro habla de popó y de olores. Hay dificultad para controlar el impulso agresivo: los insultos a la madre son muy claros en esta sesión y la actuación de la agresión es más intensa. Aunque no se verbaliza hay enojo por las niñas que ya no vienen y por la ausencia del padre, enojo que se desplaza hacia la madre. Además hay enojo en los niños porque no los protegemos como tampoco lo hacen sus madres.

Esta sesión resultó muy caótica porque el sueño edípico se cumplió: el papá no está y ellos se quedan con la madre, lo cual resulta muy abrumador.

En la hora de pensar hubo actuación para evitar pensar. El grupo mostró una profunda tristeza por no lograr tener a la madre, luego hablan de hacer su cama, se meten en ella "para ver televisión", se cobijan con la alfombra, hablan de dormir para siempre y verbalizan el miedo a que les corten el pene.

Los avances en esta sesión fueron: el niño que empezó a hablar la sesión anterior continua haciéndolo en ésta. Se enfocó la reflexión para que pensarán por qué quieren seguir siendo bebés, algunos niños verbalizaron que han sido lastimados. Al final los niños ordenaron los cojines y compitieron por ello, sobretodo los niños que más participaron y hablaron durante la sesión.

ANÁLISIS DE LA SESIÓN 8.

Por segunda ocasión seguida no asiste el terapeuta y como no se explica su ausencia surge un gran enojo en los niños. Ante la falta de interpretación, el coraje contra el padre se presenta indiferenciado, no se focaliza y los niños verbalizan que sienten coraje contra todos.

El grupo revive el sentimiento de abandono por parte del padre, lo cual genera ansiedad que se traduce, primero en: no querer participar, ocultarse entre los cojines, chuparse el dedo y después, en agresión muy intensa hacia la madre, los niños golpean con fuerza a las terapeutas, las derriban y se enciman en ellas, el grupo se alía contra la madre en forma edípica.

Ante la ausencia del padre, surge en el grupo la parte incestuosa, toman a la madre en la cama y la violan; sin embargo, ante la imposibilidad de hacerle un hijo a mamá, se presenta la masturbación. La ansiedad que se desata es tan grande que no hay hora de pensar, los niños siguen jugando, se ocultan, guardan silencio, se salen del aula, ponen en el afuera toda la angustia que hay dentro de sí, hablan de no querer ir a la escuela, de querer dormir.

En esta sesión el grupo toma el lugar del padre en la cama y hay violencia sexual, los niños terminan la sesión enojados porque mamá no se dejó hacer un hijo, no permitió el incesto. Finalmente, durante la hora de pensar, las terapeutas intentan hacer consciente el enojo que los niños sienten por el abandono de sus padres. El grupo no habla en relación con ello, no ordena los cojines y se van enojados.

ANÁLISIS DE LA SESIÓN 9.

En esta sesión los niños manifiestan, al inicio, poco deseo de participar porque lo que sienten es miedo a ser destruidos por el padre ante la fantasía de haberlo destruido a él y haberse quedado con la madre durante las dos últimas sesiones.

Hay manifestación de agresión física y verbal hacia ambos padres, así como deseos de destrucción y muerte. Los niños expresan que hay que matar al padre, hay que ahogarlo porque "es malo", "es macho", "bien brujo", "cobarde".

Hacia la madre hay enojo porque no los defiende del padre, ni lo retiene para que se quede con ellos y hacia el padre hay sentimientos ambivalentes, ya que se identifican con él y se someten porque anhelan su protección y al mismo tiempo temen que la retaliación del enojo que sienten hacia él los mate primero, por eso en muchas ocasiones se alían con el padre y niegan que los golpea con fuerza y en otras ocasiones lo golpean tanto hasta dejarlo vencido y sudoroso en el piso. Además, el grupo está enojado porque el terapeuta no asistió en las dos sesiones anteriores y los niños vivieron esa ausencia como abandono, también sienten que el padre los golpea y eso no les gusta y así lo verbalizan.

También hay enojo hacia las niñas que ya no asisten al grupo, mismo que generalizan hacia todas las mujeres, por eso agreden con fuerza a las terapeutas. Al mismo tiempo, el grupo se siente culpable y angustiado por los niños y niñas que ya no asisten.

Durante la hora de pensar hay mayor disposición para hablar. El grupo niega, por miedo, que el padre los golpea muy fuerte, por lo cual los terapeutas reafirman que durante el juego se vivió mucha violencia y agresión, dando con esto, sentido de realidad a los niños y ayudándoles a aclarar sentimientos. Por esto al finalizar la sesión los niños juegan y se les ve muy contentos, aunque no se da la hora de pensar.

ANÁLISIS DE LA SESIÓN 10.

En esta sesión se nota mayor participación y entusiasmo en los niños. Hay golpes fuertes y deseos de destrucción y muerte hacia el padre. Se escuchan gritos: ¡ todos contra el papá ! ¡ ya lo ahogamos . Se descarga la hostilidad que se siente hacia él y aparece al mismo tiempo miedo de que ese enojo se revierta y los destruya a ellos, por eso en ocasiones se alían con el padre para buscar protección y apaciguar el miedo; sin embargo, la inexperiencia del terapeuta le lleva a no responder como padre cálido y contenedor de la angustia desatada, sino que resulta muy agresivo para el grupo y este le teme reviviendo la agresión de su vida cotidiana. Ante esta falta de protección surge un sentimiento ambivalente hacia el padre y el grupo resuelve actuando conductas de autoseguridad como: esconderse bajo los cojines, pegar y correr, salirse del salón.

Más adelante continúan los golpes y son muy fuertes. Como el terapeuta responde a la alianza de un niño, el grupo se divide a favor y en contra del padre haciendo surgir sentimientos de impotencia, coraje y envidia en los niños. La agresión se vuelca contra quienes se unen al padre. Los niños perciben al padre fuerte e invencible; sin embargo, más adelante lo golpean tanto y lo dejan tirado sobre la alfombra constituyendo esto un triunfo sobre él para quedarse con la madre. Hay deseos edípicos de querer ser la pareja de mamá.

La agresión contra el padre atemoriza a los niños y los hace dudar, no saben si golpearlo o unirse a él, temen la retaliación de su agresión cuando lo ven levantarse y defenderse.

El enojo hacia los padres se da por la relación amorosa que hay entre ellos. Cuando esta relación es conflictiva los padres depositan en los niños la agresión que sienten y los usan para protegerse. También hay enojo en el grupo porque el padre no reconoce sus errores y no les da sentido de realidad.

En esta sesión no hay hora de pensar porque la ansiedad se desborda y se actúan conductas de tipo oral, los niños hablan de tener hambre, de querer comer, desean ser bebés de nuevo. Hay una demanda de amor y un deseo de regresar a etapas en donde fueron más queridos.

ANÁLISIS DE LA SESIÓN 11.

En esta sesión se observa en el grupo una mayor demanda de cercanía y contacto físico hacia los padres. Los niños se golpean y se enciman entre sí y sobre los terapeutas. Se manifiestan conductas de enojo y rivalidad hacia los hermanos. La demanda de atención y cuidado es muy intensa, sin embargo cuando la consiguen, la rechazan debido al enojo tan grande que sienten. En ocasiones esta demanda es de tipo oral: los niños hablan de querer comer, de tener sed, de que están enojados por no tomar teta.

Ante esta demanda de amor el terapeuta reacciona equivocadamente ya que su conducta resulta distante, poco cálida, con desapego, por lo cual el grupo revive experiencias angustiantes de abandono y rechazo, además de que no da a los niños referencia de realidad al no aceptar su enojo, surgen entonces conductas de agresión usando pies y puños y conductas de protección ante la indiferencia del padre.

Esta situación de rechazo y agresión ocasiona durante la hora de pensar un caos, el grupo se desorganiza: unos niños se salen del salón, otros siguen jugando, no ponen atención, nadie piensa. Ante la frustración en la relación con el padre se dan dos respuestas: la indiferencia hacia el padre y el regreso a la madre. Como no pueden acercarse a papá que es quien los separa de mamá, tienen que regresar a mamá como una imposibilidad de crecer y regresar a papá como una forma de intentar su afecto.

El grupo muestra, a través de uno de sus miembros, la forma de relacionarse con los demás mediante el enojo y la ambivalencia hacia el padre. Esta actitud le lleva a ser rechazado y relegado por el grupo, repitiendo el rechazo que vive en su casa. De esta manera el grupo ataca su propia ambivalencia adjudicando al niño el rol de chivo expiatorio y poniendo en él lo que los demás sienten.

En esta sesión el grupo solicita con anticipación la hora de pensar como una huida a confrontarse con lo que le origina angustia como es la indiferencia y agresión del padre, la rivalidad entre hermanos y el enojo por la falta de afecto.

ANÁLISIS DE LA SESIÓN 12.

En esta sesión continúa presente en el grupo la búsqueda de contacto físico y el deseo de poseer a la madre. Los niños se enciman en una de las terapeutas y se presenta conducta masturbatoria, hay un deseo de ocupar el lugar del padre en su relación con la madre. Es tanta la excitación sexual desatada y la imposibilidad de nombrarla que el miedo se manifiesta a través de resistencia para iniciar el juego.

Más adelante surgen en el grupo fantasías persecutorias. Uno de los niños menciona "hemos cometido un delito, nos van a meter a la cárcel", ante esto se presenta angustia y luego conductas de protección como: llanto, chuparse el dedo, esconderse, colocarse cerca de la terapeuta, desear que los bese, salirse del salón.

Hay momentos en que prevalece el caos, los niños gritan, muerden, jalan el cabello, golpean con fuerza utilizando pies y puños, buscan la alianza de otros para ganarle a los padres, expresan la agresión que reciben en sus casas y luego se presentan conductas agresivas de tipo anal, propias de una edad anterior: hablan de olores, orificios, suciedad, mocos, se sacan los calcetines y desean que todos los huelan.

El grupo no puede defenderse de los deseos y sentimientos emergidos y sabiéndose impotente ante la seducción de la madre, se desata el miedo a ser descubierto en su deseo incestuoso y surge el miedo a la retaliación, a ser destruidos por ello, presentándose entonces el temor a la castración.

En esta sesión hay agresión dirigida hacia los padres como demanda de su amor y cuidado.

ANÁLISIS DE LA SESIÓN 13.

En esta sesión no está presente el terapeuta por lo cual se recrea en los niños la relación de rivalidad y competencia entre hermanos por el amor de la madre, con un deseo omnipotente de ocupar el lugar del padre.

Ante la ausencia del padre se exagera la parte edípica y se lucha por poseer a la madre, la agresión entre ellos es directa y muy intensa: dan patadas, muerden, golpean con los puños, rasguñan, pellizcan, actúan como un animal feroz, gruñen y se lanzan para asustar a los demás y mantenerlos al margen. En algunos niños esta competencia desata sentimientos de miedo y conductas de indefensión: se ocultan entre los cojines, se esconden atrás de las terapeutas, lloran.

Más adelante se forman dos equipos y la agresión se presenta con una intención tan destructiva que les cuesta trabajo respetar a los integrantes del propio equipo, ya que se golpea con igual furia a todos, luego el grupo acorrala al más débil y lo hace llorar mostrando con ello la forma en que sienten la agresión de sus padres hacia ellos y la forma como ven que el padre agrede a la madre.

Se presenta miedo hacia el padre al que consideran fuerte, un rival difícil de vencer, así como temor a la castración por los deseos incestuosos emergidos, también hay enojo por la ausencia del padre y sentimientos ambivalentes hacia la madre, ya

que por un lado demandan su cariño y atención y por otro lado la rechazan cuando se muestra afectuosa, como si pensarán que antes de ser rechazados, ellos deben rechazar.

Todo esto desata la ansiedad en el grupo: un niño saca una galleta y empieza a comer con enojo, casi devorándola, otro llora, otro rompe el cojín y deja salir el hule espuma haciéndolo pedacitos, otros lo imitan, uno más muerde e incluso come el hule espuma, otro chupa el cojín, otro se chupa el dedo. Hay un momento de caos, el grupo expresa, de esta manera, el impulso de destrucción como una forma de espantar a la madre porque no está el padre. En un principio las terapeutas se muestran impotentes para contener a los niños y poder calmarlos, sin embargo, poco a poco comienzan a interpretar esas conductas destructivas: hacen notar que el grupo tiene hambre, pero más que de comida, de cuidados y atención de los padres; que los niños ven todo revuelto porque así es como vienen cuando llegan a la sesión; que desean regresar a ser bebés, no crecer para ser cuidados como antes. Debido a estas interpretaciones y señalamientos, el grupo tiene una intención reparatoria y al final de la sesión ordenan los cojines colocándolos en forma de torre como símbolo fálico de que pueden lograrlo. Los niños se ven muy contentos. Esto se considera un éxito ya que el grupo consiguió salir del caos en el que venía actuando en ésta y en las últimas sesiones, logrando con ello reestructurarse. De no haberse realizado estas interpretaciones, el grupo se habría ido muy ansioso como en las sesiones anteriores.

En esta sesión se presentó de manera clara agresión de tipo oral al morder y destruir el cojín ante la imposibilidad de quedarse con la madre y poseerla. Es un tipo de agresión canibalística instalada en un proceso primario.

Hubo un cambio en la actitud de los niños: pertenecer a un equipo les dio la oportunidad de vivirse acompañados y aceptados. Esto representa uno de los beneficios del trabajo terapéutico grupal, ya que el grupo da contención a sus integrantes.

ANÁLISIS DE LA SESIÓN 14.

Esta sesión se dedicó a la asamblea, término con el que se designó a la interacción entre niños, padres y terapeutas. Se dividió en dos momentos: 30 minutos de tiempo de juego y 30 minutos de tiempo de pensar.

Hubo poca participación, asistieron sólo dos niños con sus mamás, lo cual muestra la dificultad que tienen los padres para establecer contacto físico, así como la resistencia para analizar la relación que establecen con sus hijos. La indicación fue: todos contra todos. Esta situación generó en niños y mamás gran ansiedad. Ellas reían nerviosamente cuando sus hijos las golpeaban con el cojín y a ellas se les dificultaba golpear a los niños, ellos se ocultaban entre los cojines, se mantenían al margen, se chupaban el dedo o se colocaban atrás de su mamá o bien, evitaban golpear para no ser golpeados.

Más adelante cuando el terapeuta interviene abrazando y rodándose en el piso con cada uno de los niños, se observa ambivalencia en ellos al desear la cercanía del padre y a la vez rechazarla, se muestran enojados, muerden a los terapeutas, se chupan el dedo. Este rechazo de los niños es un intento por evitar la demanda de afecto, el enojo es por el abandono que siente de él. También hacia la madre hay

sentimientos encontrados porque ella no atiende sus necesidades de cariño y los niños temen su abandono.

Durante la hora de pensar, el grupo deposita en un niño el papel de chivo expiatorio, repitiendo el rol que juega también dentro de la familia. La atención del grupo se centró en él y en su enojo muy manifiesto y permanente. Por falta de experiencia los terapeutas se alían con la madre al atribuir al niño el problema, a su vez, el niño niega su enojo en un afán por no mostrar su vulnerabilidad.

Los terapeutas hicieron el señalamiento de que los niños aprenden de sus padres las maneras de reaccionar: sobredemandan, exigen y agreden igual que ven al padre hacerlo.

Se observó que las mamás proyectan en el marido su propio enojo y usan al padre para maltratar al hijo y luego se justifican diciendo que el niño es incontrolable. Se señaló que es necesario evitar la agresión del padre contra el niño y darse cuenta de la alianza que hay entre los padres al hacerlo.

En esta sesión, la agresión estuvo puesta en la conducta de morder, por el enojo y miedo que los niños sienten ante el abandono de sus padres, asimismo se puso en claro la forma como los niños aprenden de sus padres comportamientos agresivos que repiten en su vida cotidiana.

ANÁLISIS DE LA SESIÓN 15.

Al principio sólo hay dos niños, otros dos llegan tarde. Hay resistencia para iniciar la hora de la acción, los niños se cubren con los cojines, se salen del salón, no quieren participar, no se defienden. Estas manifestaciones de ansiedad se desatan en el grupo porque los terapeutas no retoman la sesión de trabajo con los padres y los niños no han clarificado sus sentimientos y todo lo vivido en ella.

El grupo expresa, a través de uno de sus integrantes, la agresión hacia la madre, hacia el padre y hacia los niños más débiles. Los golpes se dirigen con mucha fuerza y coraje utilizando los cojines más duros y la agresión verbal es muy intensa. Esta agresión muestra cómo el grupo siente el maltrato en su casa y en la escuela y muestra el enojo hacia la madre cuando la ven unirse o aliarse con otros niños y no con ellos. Hay enojo también hacia ella porque la perciben vieja, descuidada y amargada.

Los terapeutas insistieron tanto a un niño para que se defendiera ante el embate de los demás que el niño se sintió agredido por todos, él sólo se concretaba a gritar ante los cojinazos y se ocultaba atrás de la terapeuta para protegerse. El grupo le atribuyó el rol de chivo expiatorio y no hubo una protección terapéutica para él. El grupo lo corrió del trabajo terapéutico porque le asustó su homosexualidad, le asustó que fuera un "marica" porque no se defendía. El niño se mostró aterrado porque se identifica más con la madre golpeada que con el padre agresivo.

Esta sesión resultó tan traumática que para reconfortarse un poco los niños manifestaron conductas como: chillar, chuparse el dedo, ocultarse, salirse del aula y morder la esponja del cojín.

En contratransferencia, los niños que no se defienden y parecen tan débiles, desesperan a las terapeutas de la misma manera que desesperan a sus mamás, quienes también se sienten impotentes para darles lo que piden, recurriendo entonces al maltrato y llevándolos a asumir el rol de chivo expiatorio.

Parte del grupo expresó que vive su casa y su familia como una cárcel, se sienten agredidos y no tomados en cuenta.

En esta sesión prevaleció la agresión física y verbal hacia la madre y hacia los niños que no se defienden porque los remite al miedo a la homosexualidad.

ANÁLISIS DE LA SESIÓN 16.

Por primera vez el grupo empieza a mostrar logros importantes: hay más libertad, iniciativa y espontaneidad en el juego y en la expresión de ideas, exigen igualdad de circunstancias, intentan estructurar un juego organizado con reglas.

Durante las sesiones anteriores el grupo tuvo la posibilidad de descargar sentimientos de enojo, miedo, angustia y hostilidad, logrando con ello mayor estructura y mayor capacidad para organizarse, colocándose ahora la libido en las reglas que guían el juego.

Niños y terapeutas participan con entusiasmo en un juego de fútbol, esto les permite darse cuenta, en algunos casos, de las dificultades que tienen para integrarse con los demás y para solicitar ayuda y en otros casos, se dan cuenta de la confianza que logran al formar parte de un equipo y ganar.

El grupo mostró la preferencia por jugar solo, sin ayuda, debido a que no se sienten apoyados ni reconfortados por lo demás, reviviendo con esto lo que a diario viven en su casa. También pudo observarse la poca tolerancia a la frustración cuando los niños pierden, lo cual los lleva a enojarse, salirse del aula o chuparse el dedo ante la angustia que ello les despierta.

El equipo que ganó estaba feliz, se había lucido, había sido tomado en cuenta y valorado, por lo cual fue el que pidió ordenar los cojines antes de tiempo, al finalizar la hora de la acción.

Durante la hora de pensar se buscó que el grupo identificara su sentimiento de enojo en lugar de negarlo, así como identificar la forma en que reaccionan ante él. También se manejó la importancia de apoyarse en el grupo, de pedir ayuda para facilitarse las cosas y de no sentirse solos. Ante estas intervenciones se produce un cambio en la actitud de los niños: empiezan a reconocer sus éxitos y situaciones dignas de orgullo, también verbalizan que si en una ocasión pierden, en otra pueden ganar, lo cual puede considerarse como un cambio notable de actitud.

Al final se hizo el señalamiento de que faltan solo dos sesiones para terminar el trabajo terapéutico.

ANÁLISIS DE LA SESIÓN 17.

En esta sesión se da la segunda asamblea. Asisten cinco niños, dos de ellos vienen acompañados de ambos padres y los otros tres solo con su mamá. En un

principio el grupo juega fútbol, los niños que juegan mejor meten goles y los festejamos; quienes pierden y tienen poca tolerancia a la frustración se enojan, lloran, se ocultan, no desean continuar en el juego o hacen berrinche. Más adelante comienzan los cojinazos y con ello, una gran descarga de impulsos hostiles, los papás golpean con fuerza a las terapeutas, hay enojo en los papás y mucha agresión. Después, las terapeutas proponen un juego para promover el acercamiento físico, entre padres e hijos, los niños se ven muy contentos, gritan y ríen, hay iniciativa y espontaneidad al participar, los papás se ven dispuestos y tolerantes con sus hijos. La idea es favorecer el contacto físico y modificar el acercamiento del padre con un golpe por el acercamiento con una caricia. El grupo expresa, a través de uno de sus miembros, una demanda voraz e inmediata de ser atendido a través de manifestaciones de celos, otro muestra resistencia para acercarse a los demás y niega que esto es agradable, otro descubre el gusto por la cercanía aunque no puede verbalizarlo, mientras que a otro esta interacción le produce ansiedad y se chupa el dedo.

Durante la hora de pensar se hace el señalamiento de que los hijos aprenden los patrones de respuesta que ven a sus padres emplear: si el padre se muestra invencible, el hijo reproduce ese comportamiento; si el padre niega sentimientos, los niños también lo hacen; si a la madre le cuesta trabajo verbalizar emociones, al hijo también se le dificulta.

Una pareja muestra la importancia de la presencia de ambos padres para dar contención y orientar al hijo y cómo resulta desgastante para un solo padre el manejo del niño.

Para el grupo resulta difícil aceptar el sentimiento del duelo por la terminación próxima del trabajo terapéutico, muy pocos toman conciencia de la emoción de tristeza que esto genera. Ante ello, los padres hacen una evaluación positiva del trabajo realizado, manifiestan los cambios que han visto en sus hijos: se enojan menos, son más participativos en la escuela, se relacionan con sus compañeros, hablan más. El grupo de padres toma conciencia de la importancia de haber asistido a todas las sesiones para el avance del niño en el grupo, toman conciencia de que pueden jugar con sus hijos y eso no significa perder el respeto, clarifican que es fácil acercarse a los hijos y demostrarles cariño, así como respetar su individualidad e independencia, logran mayor conocimiento de las necesidades de los niños y verbalizan que pueden ellos mismos hacer cambios en sus comportamientos para mejorar las relaciones con sus hijos. El grupo aprendió cómo a partir de que el padre acepta sus emociones y vulnerabilidad, el niño también lo hace.

En esta sesión se observó progresión en el comportamiento de los niños y de los padres.

ANÁLISIS DE LA SESIÓN 18.

El grupo sabe, aunque no lo verbaliza, que el trabajo terapéutico termina, por ello surge el enojo y la agresión física y verbal se intensifica. Los niños buscan hacer alianza para someter y vencer al padre, hay deseos de destrucción y muerte hacia él, se escucha que gritan ¡ hay que ahogarlo ! ¡ que no respire ! ¡ que se muera !. Al mismo tiempo, el grupo teme que la ira que siente hacia el padre se regrese y los destruya. Hacia la madre también la agresión es muy intensa. Cuando el grupo se percata de que una de las terapeutas no ha llegado, revive un sentimiento de abandono y en cuanto llega la golpean con mucha fuerza. Uno de los niños se atribuye la defensa

del grupo contra la madre, a quien percibe vieja, desarreglada y amargada porque no juega con ellos. Este sentimiento de enojo se une con el de miedo ante el abandono por el trabajo terapéutico que concluye. Poco a poco el grupo va reconociendo sus sentimientos y se da una demanda imperiosa del amor de la madre, la quisieran para siempre como si fueran bebés.

Durante la hora de pensar se hace el señalamiento de la agresión y maltrato que los niños viven en sus casas, por lo cual el grupo entra en caos, se desborda y en un intento por no escuchar, se esconden o se salen del salón. Esta situación les hace revivir el miedo y la tristeza al abandono ante la terminación del grupo terapéutico. Los niños se resisten a dejar su espacio de juego por lo cual se cubren con la alfombra y mencionan que quieren dormir como una forma de evadirse y soñar con la realización del deseo de una madre buena. Es importante recordar que para los niños el juego es un equivalente de pensar y de soñar.

Finalmente piden que no los olviden os. Cuando pedimos que tengan confianza en el sentimiento de amor que niños y terapeutas sentimos, se abre la posibilidad de que expresen un adiós y la aceptación del fin del grupo. Más adelante se logra un poco de calma y los niños empiezan a rescatar lo bueno de las mamás, las recuperan cuando juntan lo bueno y lo malo de ellas.

El grupo sugiere tomar una foto con un cámara imaginaria como una manera de detener este tiempo para conservarlo en el recuerdo y mantener la experiencia vivida. Cuando se despiden veo alejarse a niños, papás y terapeutas más fortalecidos.

CAPITULO VI DISCUSIÓN.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación aplicando la Técnica del Grupo Infantil Natural (GIN) con niños latentes, se encontró a través del juego, la aparición de fantasías eróticas y agresivas hacia los terapeutas y los compañeros, quienes de acuerdo con Dupont y Jinich (1993), constituyen una pantalla óptima para la proyección y actuación de los conflictos intrapsíquicos e interpersonales de cada niño y del grupo en general.

Dupont y Jinich (1993) señalan que al externarse un conflicto primario: la agresión dirigida al objeto y contenida en la actuación de una fantasía específica, aparecen ansiedades persecutorias o depresivas que producen sintomatología defensiva. Las manifestaciones agresivas que se observaron en este GIN surgieron como mecanismos de defensa ante las ansiedades persecutorias esquizo-paranoides que se desataron cuando en el grupo terapéutico emergió el material inconsciente.

En un principio las manifestaciones agresivas tuvieron un efecto catártico que produjo una mejoría sintomática debido a su carácter evacuativo; sin embargo, fue hasta después de la mitad del proceso terapéutico cuando la agresión física y verbal empezó a disminuir como resultado del efecto GIN en donde la parte elaborativa de los contenidos adquiere mayor relevancia después de lograr mayor tolerancia a la frustración, control de impulsos y posibilidades de reparación. (Dupont y Jinich, 1993).

El clima de tolerancia y cohesión ofrecido por el grupo terapéutico permitió la actuación de los contenidos inconscientes y la evacuación impulsiva, mostrando con ello, la parte conflictiva que al actualizarse favoreció entender y modificar, más

adelante, la experiencia emocional del niño y avanzar en su desarrollo. Dupont y Jinich (1993) han señalado que tanto las fantasías inconscientes como las ansiedades deben exteriorizarse y comunicarse para que se pueda dar la elaboración (pensamiento reflexivo y demora).

Desde la primera sesión la transferencia se estableció de inmediato y los niños nos ubicaron como "la mamá" y "el papá".

Las categorías "golpear a la figura femenina" y "golpear a la figura masculina", así como el deseo verbalizado de destrucción y aniquilación, sobretodo hacia la figura paterna y la verbalización de odio, ofensa y menosprecio, sobretodo hacia la madre, revelan las fantasías agresivas que se desataron en el grupo hacia los padres. Esto muestra que las figuras de amor también generan odio, creando en el niño sentimientos de ambivalencia que le llevan a experimentar ansiedad ante la fantasía de que sus impulsos de odio lleguen a destruir al objeto amado, de quien depende; esto ocasiona culpa, depresión y deseos de reparación (Segal, 1992). Melanie Klein explica que las figuras reales de los padres son intensamente desfiguradas por las proyecciones fantásticas que los niños realizan sobre ellas (Segal, 1992).

Estas fantasías agresivas surgen del enojo por las carencias que los niños viven como la ausencia física y afectiva de uno o ambos padres; por esta razón las expresiones de su agresión representan la demanda de amor y atenciones. Dupont y Jinich (1993) mencionan que en la herida narcisista abierta por el abandono, se instala el odio, la depresión y la violencia. Erikson (1978) ha señalado que a través de la constancia y persistencia de los cuidados, la madre se hace presente en forma interna y externa en el niño; de esta forma el niño permite que ella se aleje sin que esto le cause ansiedad. Winnicott (1986) menciona que los cuidados al bebé sientan las bases

para un buen comienzo en la vida y señalan el destino de su evolución psíquica. Y Anna Freud (1993) explica que la agresión se convierte en amenaza para la adaptación social sólo cuando ha habido desilusión del objeto amado, rechazo real o imaginario o pérdida del objeto.

Las manifestaciones de agresión hacia el padre se presentaron porque los niños consideran que él no los toma en cuenta, los frustra, los separa de la madre y se queda con ella y además los abandona y hacia la madre, porque consideran que no los protege de la agresión, ni del abandono del padre.

Con sus conductas agresivas, los niños mostraron también el maltrato y rechazo que viven a diario en sus casas, se observó cómo el grupo acorraló al más débil y lo hizo llorar, mostrando así la forma en que sienten la agresión de sus padres hacia ellos y la forma como ven que el padre agrede a la madre. Sears y Maccoby (1957) han señalado que los niños adquieren de los padres modelos de respuesta ante los acontecimientos cotidianos de la vida, mismos que reproducen.

Al revivir la violencia del ambiente familiar en el grupo terapéutico se formaron alianzas entre los niños con el deseo de detener la agresión y disminuir la ansiedad experimentada; tal es el caso de un niño que solicitaba con gritos ayuda para ir contra el padre y una vez que éste se encontraba en el suelo pedía a los demás no dejar que se levantara y pedía que lo ahogaran con los cojines encimándose en él. La visión del grupo acerca del padre es de un ser fuerte y monstruoso. Otro niño gritaba repetidamente y con desesperación que todos nos calláramos, reflejando la tristeza por el abandono, el enojo y la rabia que sentía y la necesidad de ser escuchado y respetado.

Clarificar estos sentimientos causaba mucho miedo al grupo, ya que tenían que enfrentar sentimientos dolorosos de ausencia y desamor que preferían evitar, por eso en lugar de pensar continuaban jugando. Dupont y Jinich (1993) han señalado que el área psicótica de la personalidad está conectada con la acumulación de agresión y ansiedad, por ello el terapeuta al interpretar el contenido latente del mensaje físico y verbal y lograr que expresen con palabras lo que inconscientemente han eludido, propicia la curación del grupo al proyectar lo dañado e introyectar algo nuevo menos destruido (Grinberg, et al., 1974).

Las categorías "agarrar el pie de la terapeuta", y "derribarla y encimarse en ella" muestra las necesidades de contacto físico de la madre y las fantasías eróticas que surgieron cuando el terapeuta no estuvo presente en la sesión, exacerbándose entonces la parte edípica y la lucha de los niños por poseer a la madre, surgiendo entre ellos la agresión directa (sin cojines) por ocupar el lugar del padre; así se observa que en la categoría "golpear a los compañeros" los otros niños representan a los rivales contra los cuales hay que luchar por el amor de la madre como lo ha señalado Erikson (1978). Esto mismo sucedió cuando llegó una niña nueva al grupo y los niños lo vivieron como la llegada de un nuevo hermano contra quien competir. El complejo de Edipo se concibe como un conflicto de ambivalencia, una conjunción de deseos amorosos y hostiles (Michaca, 1987).

Ante el deseo edípico y el miedo a la castración surgieron fantasías persecutorias y angustia que se tradujo en caos y manifestaciones agresivas que desbordaron el encuadre, tal como se observa en las categorías de: "patear o dar de puñetazos", "morder el cojín", "morder a otros" (conductas agresivas estas últimas de tipo sádico oral) y manifestaciones de conducta agresiva de tipo anal como: hablar de olores, orificios, mocos, suciedad o sacarse el calcetín y pretender que los demás lo olieran. También se verbalizó el deseo de devorar a la madre, mostrando con ello la

parte canibalista del impulso agresivo. Anna Freud (1993) explica que la relación ambivalente de la fase preedípica sádico-anal tiene como característica controlar, dominar y torturar los objetos amados. La agresión surge como una medida de mostrar insatisfacción en la relación libidinal y producirá agresión y destrucción incontrolable.

A través del caos el grupo expresó su impulso de destrucción como una forma de espantar a la madre, ya que el padre, representante del orden y la ley, no se encontraba presente. La categoría "encimarse en otros niños" mostró la necesidad de establecer contacto físico y el deseo de saber qué se siente acostarse junto a otro como ven a sus padres hacerlo. El enojo porque los padres están juntos hizo surgir fantasías de destrucción hacia el padre para quedarse con la madre, de aquí la agresión intensa hacia el padre; sin embargo, estos sentimientos originaron el temor a la retaliación, es decir, que la agresión se regrese y los destruya, surgiendo con ello el temor a la castración.

Al no poder quedarse con la madre, el grupo creó una canción en donde matan a la madre por ser infiel a ellos. Melanie Klein explica que los deseos sexuales están íntimamente ligados a los impulsos y fantasías agresivas, a la culpa y al temor de que mueran las personas queridas. Esto lleva al niño a reprimir esos deseos sexuales, los cuales se vuelven inconscientes. Con el comienzo de la posición depresiva, los impulsos de amor hacia los padres actúan como propulsores del desarrollo empujando a la búsqueda de nuevos objetos. Es el amor por los padres y el deseo de preservarlos juntos lo que produce la renuncia edípica y el control de los sentimientos agresivos. En este esfuerzo del niño por integrar su amor y su odio los impulsos edípicos permiten expresar fantasías reparatorias hacia la pareja de los padres (Segal, 1992).

En ocasiones el grupo se identificó con el padre agresor y golpeó con fuerza a la terapeuta; sin embargo, al mismo tiempo surgió el miedo de acabar con la madre y quedarse solos, por lo tanto, la defendían y se aliaban con ella.

En la relación cotidiana madre-hijo las manifestaciones de conducta agresiva resultan incomprensibles para la madre respondiendo a ellas con más agresión, formando entonces un círculo del cual no pueden salir.

En la sesión en la que coincidieron las dos niñas se desataron diversos sentimientos; una de ellas era más arrojada, se enfrentaba con los niños, golpeaba con fuerza, se defendía y buscaba aliarse con la madre, mientras que la otra niña se aislaba y no se atrevía a golpear. En este último caso el grupo expresó adhesión y apoyo al identificarse con ella, mientras que la primera niña hizo surgir enojo, envidia y rivalidad cuando la terapeuta respondió a la búsqueda de apoyo, quedando niña y terapeuta golpeadas y vencidas sobre la alfombra.

Cuando las niñas dejaron de asistir al grupo y el terapeuta tampoco estuvo presente, el enojo de los niños por estos abandonos se desplazó hacia las terapeutas golpeándolas con el cojín con mucha fuerza.

En las primeras sesiones mientras no se hacían interpretaciones, la agresión no se focalizaba y los niños verbalizaban que sentían coraje contra todo y contra todos. Cuando se empezaron a hacer interpretaciones se les ayudó a aclarar sentimientos y se les dio sentido de realidad, los niños pudieron verbalizar el enojo hacia sus padres, pudieron ordenar los cojines al final de la sesión, empezar a hablar y defenderse.

La categoría "salirse del salón" manifestó la forma agresiva y evasiva que algunos niños utilizaron ante la tarea de pensar y elaborar las emociones dolorosas vividas. Dupont y Jinich (1993) mencionan que la resistencia a la interpretación se debe a altos montos de ansiedad, así como a la dificultad para controlarla.

Hubo miedo al impulso agresivo en los niños que no se permitían manifestar conductas agresivas debido a la historia de maltrato que viven en sus casas y que los obliga a retraerse, mantenerse al margen y sólo presenciar y soportar la agresión entre los padres y hacia ellos.

Los niños que no hablaban o lo hacían muy poco, aunque sí manifestaban conductas de agresión física, fueron teniendo algunos logros a lo largo del proceso terapéutico y pudieron al final realizar verbalizaciones de su enojo, lo cual permite confirmar que todos los integrantes se benefician de la gestalt que se forma en el grupo terapéutico como lo han señalado Grinberg et al. (1974).

Jugar fútbol en equipos en una de las últimas sesiones le dio a los niños la oportunidad de sentirse aceptados y con pertenencia a un grupo y representó un progreso del trabajo terapéutico ya que los niños pudieron superar el momento caótico en el que venían actuando y se instalaron en el trabajo cooperativo con otros niños y en la parte de iniciativa para el logro de una meta común. Esto fue posible porque en las sesiones anteriores habían descargado miedo y hostilidad y lograron con ello mayor estructura y capacidad para organizarse, colocando ahora la libido en las reglas que guían un juego. Anna Freud (1993) ha explicado que la fusión de tendencias agresivas y libidinales constituye una influencia socializadora.

Las categorías "derribar al terapeuta" y "encimarse en el terapeuta" muestran la necesidad del niño de someter, detener al padre y ganarle, exhibiendo así el odio hacia la figura paterna. Las verbalizaciones hacia el padre como: vamos a matarlo, es un monstruo, vamos a ahogarlo, vamos a echarle agua caliente para que se quemé, no hay que dejarlo vivo, que no respire, que se muera, etc. evidencian el rechazo y desprecio que los niños sienten hacia el padre. Melanie Klein ha mencionado que el control, el triunfo y el desprecio son defensas maniacas en la relación con el objeto. Con el control se niega la dependencia hacia el objeto, con el triunfo se evaden sentimientos depresivos que surgen al añorar al objeto amado y con el desprecio se evita sentir culpa por su destrucción, pero sólo la reparación permite un mayor desarrollo del yo. Las defensas maniacas sirven temporalmente hasta que la reparación surge (Segal, 1992).

Los niños que en un principio no interactuaban o que les costaba mucho trabajo hacerlo mostraron sus dificultades para separarse de la madre, la desconfianza en sí mismos y la falta de autonomía. Erikson (1978) ha mencionado que cuando se sientan las bases para la autonomía se produce un sentimiento de autocontrol en el niño generándole orgullo y autoestima, pero cuando se le atribuye al exterior la dimensión del control, se produce vergüenza y duda. Si los adultos menosprecian los esfuerzos del niño, éste puede sentir vergüenza y un sentimiento permanente de inferioridad y Anna Freud (1993) refiere que cuando la resolución del complejo de Edipo se demora, surgen trastornos de adaptación al grupo, pérdida de interés, fobias escolares y extrema añoranza del hogar, es decir: ningún niño se puede integrar completamente a un grupo hasta que la libido se haya transferido de los padres a la comunidad.

En las últimas sesiones el grupo manifestó conducta reparatoria cuando colocó los cojines en forma de torres como símbolo fálico de poder, logrando con ello reestructurarse. Esto se logró debido al trabajo de externalización y reflexión del

conflicto, lo cual permitió entender su origen y con ello disminuir los altos niveles de ansiedad.

En la primera reunión de asamblea con padres, niños y terapeutas, sólo asistieron dos niños con sus mamás, lo cual demuestra la dificultad de los padres para establecer contacto físico y afectivo con sus hijos, así como resistencia para analizar dicha relación.

En la segunda asamblea asistieron cuatro niños con sus padres y se propició el acercamiento físico entre padres e hijos y la modificación del golpe por la caricia.

En esas reuniones los niños demandaron la atención de sus padres con manifestaciones de agresión, explosión de celos y berrinches y resistencia a acercarse a ellos. Se pudo correlacionar la patología de los padres con la que presentan los niños.

En la segunda asamblea, en la hora de pensar, los padres hicieron una evaluación positiva del trabajo en el GIN, expresaron los cambios observados en sus hijos: se enojan menos, son más participativos en la escuela, hablan y se relacionan más con sus compañeros, etc. El grupo de padres tomó conciencia de la importancia de haber asistido a todas las sesiones para el avance del niño, vivenciaron que es fácil acercarse a sus hijos y demostrarles cariño, así como respetar su individualidad e independencia y verbalizaron que pueden seguir haciendo cambios en sus comportamientos para mejorar las relaciones con sus hijos, asimismo lamentaron que el trabajo terapéutico llegue a su fin.

En la última sesión ante el fin del proceso terapéutico y la separación que eso implica, surgieron manifestaciones de enojo y la agresión verbal sobretodo se intensificó; sin embargo, con más recursos psicológicos el grupo reconoció sentimientos y aceptó el fin del tratamiento, pudieron verbalizar su tristeza por el adiós y su esperanza y confianza en el amor y en la relación establecida y pudieron despedirse de los compañeros y de los terapeutas. Al final los niños empezaron a hacer reparaciones, rescataron lo bueno de las mamás reales y las recuperaron juntando lo bueno y lo malo de ellas y tomaron cada uno una fotografía con una cámara imaginaria a los compañeros y los terapeutas para conservar en el recuerdo como algo benéfico la experiencia vivida. Melanie Klein explica que el deseo de proteger a los objetos permite que el niño sublima los impulsos que siente destructivos; así la preocupación por el objeto cambia los fines instintivos y produce una inhibición de ellos (Segal, 1992). Dupont y Jinich (1993) mencionan que los cambios estructurales se realizan por la internalización e identificación con objetos reparados, lo cual propicia el proceso de desarrollo del niño, su mejoría clínica, su socialización y la organización de actividades grupales.

Las manifestaciones de agresión física y verbal disminuyeron en las últimas sesiones debido al proceso mismo de tratamiento que guió al grupo hacia la progresión, de tal manera que los niños lograron la canalización de la libido y la dirigieron de la agresión a la construcción, ya que las ansiedades persecutorias y las defensas se fueron eliminando y dieron paso al pensamiento reflexivo y a la reparación. La etapa de seguimiento muestra esa disminución de ansiedades. Anna Freud (1993) ha explicado que en la línea de desarrollo de la asociabilidad a la sociabilidad, el niño pasa de manera normal de estar gobernado por el principio de placer y el control externo de sus impulsos sexuales agresivo-destructivos y egoísta-posesivos hacia el principio de realidad y la tolerancia a la frustración de los instintos y deseos para la postergación de su realización, inhibición de sus finalidades, desplazamiento hacia otros fines y objetos, aceptación de placeres sustitutos o sublimaciones que la cultura

acepta, todo esto como resultado del deseo de ser grande e independiente como los padres.

El trabajo en el Grupo Analítico de Padres (GAP) apoyó los avances en el grupo de niños al permitir que los padres tuvieran una participación activa en la recuperación de sus hijos, de ahí su importancia como requisito para ingresar al GIN.

El seguimiento de casos demuestra la importancia de trabajar con los padres ya que la familia tiende a atrapar a uno de sus miembros para que cumpla el rol del enfermo. Melanie Klein menciona que cuando el niño mejora (repara) la relación con sus padres y hermanos, también mejora la relación con sus compañeros de escuela (Segal, 1993) y Winnicott (1986) advierte que la sociedad debe tener un futuro y el futuro surge de una familia sana.

CONCLUSIONES

En el juego terapéutico del GIN con niños en etapa de latencia y terapeutas hombre y mujer, la transferencia se presenta de manera inmediata porque se reproduce la constelación familiar y comienza la descarga de impulsos hostiles y ansiedades, los golpes con el cojín llevan mucha fuerza y las expresiones verbales en la externalización de la fantasía, manifiestan de manera significativa el deseo de muerte sobre todo hacia el padre y el odio, ofensa y menosprecio sobre todo hacia la madre.

Los rompimientos al encuadre con la presentación de manifestaciones de conducta agresiva de tipo oral y anal, surgen como mecanismos de defensa cuando se externa el conflicto primario de agresión dirigida al objeto en la actuación de una fantasía específica, generando grandes montos de ansiedad persecutoria o depresiva.

La repetición en el grupo de la escena primaria desata fantasías edípicas con el consiguiente temor a la castración y manifestaciones de conducta agresiva ante la imposibilidad de quedarse con la madre.

A partir de las interpretaciones que se dan en el grupo terapéutico y después de lograr que se exprese con palabras lo que inconscientemente se ha eludido, es posible la curación del grupo, al proyectar lo dañado e introyectar algo nuevo, menos destruido.

Al principio del trabajo terapéutico las manifestaciones de conducta agresiva tuvieron un efecto catártico, pero fue hasta después de la mitad del proceso terapéutico

cuando las manifestaciones de ansiedad y de conductas agresivas disminuyeron como resultado de lograr mayor tolerancia a la frustración, control de impulsos y reparación, promoviendo entonces la resolución del conflicto y el avance en el desarrollo.

La ausencia del padre, madre o ambos, así como la familia disfuncional o la ira de los padres en conflicto que deriva hacia los hijos, son factores facilitadores de las manifestaciones agresivas en los niños. Se requiere del contacto físico, la presencia constante y el afecto manifiesto de los padres hacia los hijos para que en éstos se pueda llevar a cabo el proceso de internalización de los padres (o de quien los sustituya) y luego el proceso de individuación para el logro de un auténtico desarrollo de la personalidad.

El significado latente de la agresión en cada niño tiene que ver con su enojo por el abandono afectivo de sus padres, ya que el vínculo primario con la madre opera como continente de las ansiedades tempranas del niño, generando las bases de la formación de su aparato mental, de sus estructuras psíquicas y de su funcionamiento; así mismo, la envidia primaria, la intolerancia a la frustración y en general, la agresión acumulada, incrementan la ansiedad, interfieren con el desarrollo y generan patología.

Los niños que asisten con mayor frecuencia a las sesiones presentan más cambios, progresiones y permanencia de los logros obtenidos.

El trabajo del GAP apoya los logros que los niños alcanzan en el GIN y permite que una vez terminado el tratamiento se continúe el proceso de desarrollo dentro del ambiente familiar con nuevas actitudes y mayor conciencia.

Este estudio confirma que el Grupo Infantil Natural (GIN) es una terapia de grupo exitosa en el tratamiento de niños en etapa de latencia, ya que promueve la modificación de la conducta agresiva al eliminar gradualmente, a lo largo del proceso, las ansiedades persecutorias y las defensas, dando lugar a la elaboración y reparación.

Muchos autores coinciden con la idea de que las experiencias infantiles influyen en los comportamientos sexuales y agresivos del adulto, por esto, si se puede actuar prontamente sobre la agresión acumulada que impide el desarrollo, se tienen grandes posibilidades de vislumbrar un mejor futuro para los niños, sus padres y la comunidad.

Esta investigación significó una experiencia importante en mi formación clínica, así como un espacio de reflexión teórica, ya que la propuesta teórico-metodológica del Modelo de Grupo Infantil Natural representa un trabajo terapéutico novedoso, mediante el cual los niños pueden elaborar sus conflictos, vivencias y dificultades a través del juego y la espontaneidad.

APORTACIONES, LIMITACIONES Y PROPUESTAS.

APORTACIONES.

Este estudio confirma lo encontrado por Dupont y Jinich (Dupont, Juárez y Morales, 1987) en relación con las manifestaciones de agresión en niños latentes en lo que respecta a:

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

La aportación de la tesis se encuentra en el Diseño de Investigación que al manejar la metodología cualitativa, permite elaborar categorías de análisis y gráficas para entender cómo se presenta la manifestación de agresión, misma que al relacionarse con la información acerca de la familia y con el análisis psicodinámico de las sesiones, permite entender la función y el despliegue de la agresión en cada niño y en el grupo en general.

LIMITACIONES.

Tres de los diez casos tuvieron un porcentaje muy bajo de asistencia; tempranamente abandonaron al grupo y los casos se perdieron sin que pudiéramos evitarlo, ya que los padres argumentaron todo tipo de dificultades: lejanía de su domicilio, falta de dinero para el transporte, problemas para traer al niño a la terapia, etc.

Los padres que no se involucraron con el grupo por presentar resistencias al trabajo terapéutico, desertaron y con ello el grupo se redujo, anulando la posibilidad de recibir ayuda y de enriquecer la experiencia terapéutica.

Me habría gustado haber aceptado a más niños y tener un grupo más grande, previniendo los casos que desertan.

PROPUESTAS.

1.- Para un estudio futuro sugiero sustituir el uso de audiocassette por una videograbación, con la finalidad de lograr un mayor rango de observación y lograr transcribir la información de interés con mayor facilidad, ya que haber utilizado el audiocassette resultó una tarea tediosa y prolongada.

2.- Es importante que el grupo de terapeutas, tanto del Grupo Infantil como del Grupo de padres, cuenten con una supervisión constante para poder elaborar el impacto del trabajo con los pacientes en cada sesión. Sin este apoyo el grupo de terapeutas se enfrenta con problemas entre ellos, que ocasionan que el trabajo se

vuelva pesado. Esta experiencia nos sucedió cuando por diferentes motivos nuestro supervisor no estuvo presente y el grupo tuvo que caminar sólo.

3.- Promover entre los terapeutas infantiles el conocimiento teórico metodológico del Modelo del Grupo Infantil Natural con la finalidad de que pueda ser extendido su uso, ya que cuenta con reconocida validez y ofrece beneficios importantes como es la atención a un número grande de niños en un tratamiento de corta duración.

4.- Dar mayor importancia a la sensibilización de los padres sobre su participación en el Grupo Analítico de padres, ya que ello se reflejará en los cambios que el niño pueda alcanzar al final del trabajo terapéutico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Aberastury, A. (1984). Teoría y técnica del psicoanálisis de niños. Barcelona: Paidós.

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

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. y Rivera, J. (1995). Fantasías y sueños del equipo terapéutico del 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.

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

Bailey, K.D. (1978). Methods of Social Research. New York: The Free Press.

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

Bion, W.R. (1963). Elementos del Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.

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

Bleichmar, N.M. y Leiberman, C. (1997). El Psicoanálisis después de Freud. Teoría y clínica. México: Paidós.

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

Dupont, M.A.; Juárez de M.N. 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. (1993). Psicoterapia Grupal para Niños. México. Universidad de Guadalajara y Asociación Psicoanalítica Jalisciense.

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

Fonagy, P.; Morán, G.; Tarjet, M. (1993). Aggression and the psychological self. Int. J. Psycho-Anal. 74,471. London.

Foucault, M. (1991). El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. México: Siglo XXI.

Freud, A. (1993). Normalidad y Patología en la Niñez: evaluación del desarrollo. México: Paidós.

Freud, S. (1905). Tres ensayos de Teoría Sexual. Obras Completas. Argentina: Amorrortu editores Vol. VII, 1993.

Freud, S. (1915). De Guerra y de Muerte. Temas de actualidad. Obras Completas. Argentina: Amorrortu editores Vol. XIV, 1993.

Freud, S. (1920). Más Allá del Principio de Placer. Obras Completas. Argentina: Amorrortu editores Vol. XVIII, 1993.

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

Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. (3a. ed.). Madrid: Biblioteca Nueva.

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

Glasserman, M.R. y Sirlin, M.E. (1979). Psicoterapia de Grupo en Niños. Buenos Aires: Nueva visión.

Gredo, J. y Goldberg, A. (1980). Modelos de la mente. Buenos Aires: Amorrortu.

Greenson, R. (1991). Técnica y práctica del psicoanálisis. México: Siglo XXI.

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

Grunbaum, A. (1993). Validation in the clinical theory of psychoanalysis. International Universities Press.

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 la Adolescencia A.C. México.

Klein, M. (1977). Envidia y Gratitud: Emociones Básicas del Hombre. Buenos Aires: Hormé.

- Klein, M. y Riviere, J. (1987). Amor, Culpa y Reparación. Buenos Aires: Hormé.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Paidós.
- Lorenz, K. (1998). Sobre la agresión: El pretendido mal. México: Siglo XXI.
- Michaca, P. (1987). Desarrollo de la Personalidad: Teoría de las Relaciones de Objeto. México: Pax.
- Moser, G. (1991). La agresión. México: Publicaciones Cruz.
- Pérez, M.A. (1992). El Grupo Infantil Natural. Revista Jornada Psicoanalítica, 4 (1), 42-46.
- Sears, R. y Maccoby, E. (1975). Patterns of Child Rearing. New York: Harper and Row Publishers.
- Segal, H. (1992). Introducción a la Obra de Melanie Klein. México: Paidós.
- Slavson, S.R. (1976). Tratado de Psicoterapia Grupal Analítica. Buenos Aires: Paidós.

Steele, R. (1979). Psychoanalysis and hermeneutics. Int. Rev. Psychoanalysis, 6.

Storr, A. (1981). La Agresividad Humana. Madrid: Alianza.

Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación: La búsqueda de significados. España: Paidós.

Ulloa, F. (1974). Tres metas fundamentales en la formación del psicólogo clínico. Buenos Aires: sigla.

Valenzuela, M.A. (1992). Introducción a la Psicología Científica: Antología Metodológica. Facultad de Psicología. UNAM.

Winkler, J. (1995). Psicología y Filosofía Contemporánea. Curso de la Maestría en Psicología Clínica. UNAM.

Winnicott, D.W. (1979). Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Barcelona: Laia.

Winnicott, D.W. (1981). El Proceso de Maduración en el Niño: Estudios para una Teoría del Desarrollo Emocional. Barcelona: Laia.

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

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

ANEXO

Cuadro 1
Paciente M.

DATOS	
GENERO	Masculino
EDAD	6
TIPO DE FAMILIA	Desintegrada. Padres separados, 2 hijos. M. es el menor.
DINAMICA FAMILIAR	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.
INTEGRACION DEL ESTUDIO	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.
EMPLEO DE LOS PADRES	Padre: ausente. Madre: trabajadora doméstica.
NIVEL SOCIOECONOMICO	Bajo.
HISTORIA DEL DESARROLLO	
DESARROLLO NORMAL O PATOLOGICO	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 sobreestimulación sexual por dormir en la misma cama con la madre.
JUEGO Y/O JUGUETE FAVORITO	Canicas.
RASGOS DE PERSONALIDAD	Berrinchudo, agresivo.
IDENTIDAD PSICOSEXUAL	Adecuada. Detención en el desarrollo propiciado por dormir con la madre.

Cuadro 2
Paciente J.C.

DATOS	
GENERO	Masculino.
EDAD	7
TIPO DE FAMILIA	Desintegrada. La familia está formada por el padre, la abuela paterna y 3 hijos, en donde él ocupa el segundo lugar.
DINAMICA FAMILIAR	La madre abandonó a la familia cuando J.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.
INTEGRACION DEL ESTUDIO	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.
EMPLEO DE LOS PADRES	Padre: empleado de mantenimiento en un restaurante. Madre: ausente.
NIVEL SOCIOECONOMICO	Bajo (vive en hacinamiento).
HISTORIA DEL DESARROLLO	
DESARROLLO NORMAL O PATOLOGICO	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. El padre es muy agresivo, golpea al niño con puño cerrado y con patadas.
JUEGO Y/O JUGUETE FAVORITO	Aviones, carros, globos y fichas.
RASGOS DE PERSONALIDAD	Roba dinero de la abuela. Muestra envidia hacia su hermano menor. Es rebelde, audaz y violento. Su atención está dispersa, su autoconcepto está disminuido.
IDENTIDAD PSICOSEXUAL	Adecuada.

Cuadro 3
Paciente V.

DATOS	
GENERO	Masculino
EDAD	6
TIPO DE FAMILIA	Integrada. Formada por el papá, la mamá, un hermano de 4 años y V.
DINAMICA FAMILIAR	Padre agresivo y poco afectuoso. Madre pasivo-agresiva. 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).
INTEGRACION DEL ESTUDIO	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.
EMPLEO DE LOS PADRES	Padre: empleado de ferrocarriles. Madre: hogar.
NIVEL SOCIOECONOMICO	Medio.
HISTORIA DEL DESARROLLO	
DESARROLLO NORMAL O PATOLOGICO	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 observar en las facciones de su rostro. Cuando está angustiado presenta enuresis.
JUEGO Y/O JUGUETE FAVORITO	Carros y pelotas.
RASGOS DE PERSONALIDAD	Es berrinchudo, agresivo, siempre esta enojado.
IDENTIDAD PSICOSEXUAL	Adecuada.

Cuadro 4
Paciente Jo.

DATOS	
GENERO	Masculino.
EDAD	6
TIPO DE FAMILIA	Integrada por el padre, la madre y el niño.
DINAMICA FAMILIAR	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.
INTEGRACION DEL ESTUDIO	Nivel de inteligencia normal medio. Rasgos de personalidad: ansiedad, enojo, hace berrinches, trata de dar una imagen adecuada hacia los demás.
EMPLEO DE LOS PADRES	Padre: chofer. Madre: hogar.
NIVEL SOCIOECONOMICO	Medio.
HISTORIA DEL DESARROLLO	
DESARROLLO NORMAL O PATOLOGICO	Parto normal, desarrollo normal. Hijo único, sobreprotegido por ambos padres.
JUEGO Y/O JUGUETE FAVORITO	Carros y pelotas. Juego favorito: el futbol.
RASGOS DE PERSONALIDAD	Ansioso, enojo, hace berrinches.
IDENTIDAD PSICOSEXUAL	Adecuada.

Cuadro 5
Paciente E.

DATOS	
GENERO	Masculino.
EDAD	8
TIPO DE FAMILIA	Integrada. La constituye el padre, la madre y 2 hijos de las segundas nupcias de la madre. E. es el menor.
DINAMICA FAMILIAR	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.
INTEGRACION DEL ESTUDIO	Niño que funciona en un nivel de inteligencia normal, torpeza motora en la coordinación debido al sobrepeso. Niño con rasgos de inseguridad y agresión reprimida.
EMPLEO DE LOS PADRES	Padre: empleado de limpieza en un hotel. Madre: hogar.
NIVEL SOCIOECONOMICO	Medio.
HISTORIA DEL DESARROLLO	
DESARROLLO NORMAL O PATOLOGICO	Madre añosa, embarazo de alto riesgo. Parto y desarrollo normal. Niño obeso.
JUEGO Y/O JUGUETE FAVORITO	Avalanchas y muñecas.
RASGOS DE PERSONALIDAD	Niño inseguro, berrinchudo.
IDENTIDAD PSICOSEXUAL	Adecuada, a pesar de que hay dificultad en consolidarla por el alejamiento del padre.

Cuadro 6
Paciente J.

DATOS	
GENERO	Masculino.
EDAD	6
TIPO DE FAMILIA	Integrada. La constituye el padre, la madre, una hermana de 5 años y el niño.
DINAMICA FAMILIAR	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.
INTEGRACION DEL ESTUDIO	El niño está funcionando en un nivel de inteligencia abajo del normal, con disminución perceptual visomotora. No se comunica, es inseguro. El medio ambiente es poco estimulante cultural y educativamente.
EMPLEO DE LOS PADRES	Padre: albañil. Madre: cocinera.
NIVEL SOCIOECONOMICO	Bajo.
HISTORIA DEL DESARROLLO	
DESARROLLO NORMAL O PATOLOGICO	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 periodo 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.
JUEGO Y/O JUGUETE FAVORITO	Carros y columpios.
RASGOS DE PERSONALIDAD	Se aísla, permanece callado y enojado, es inseguro.
IDENTIDAD PSICOSEXUAL	Adecuada.

Cuadro 7
Paciente L.

DATOS	
GENERO	Femenino.
EDAD	6
TIPO DE FAMILIA	Integrada. Formada por padre, madre y 4 hijos, L. es la menor.
DINAMICA FAMILIAR	Padre agresivo e impaciente. Es alcohólico y golpea a la niña en ocasiones. La familia paterna contribuye a la angustia, miedo e inseguridad de L. porque la agrede constantemente y la madre tiene que soportar esa situación porque viven en la casa de ellos.
INTEGRACION DEL ESTUDIO	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.
EMPLEO DE LOS PADRES	Padre: chofer de una institución Pública. Madre: hogar.
NIVEL SOCIOECONOMICO	Medio.
HISTORIA DEL DESARROLLO	
DESARROLLO NORMAL O PATOLOGICO	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 hasta después de un año.
JUEGO Y/O JUGUETE FAVORITO	Comidita y con muñecas.
RASGOS DE PERSONALIDAD	Muestra ansiedad, inseguridad, timidez, retraimiento, autoagresión, poca socialización, celos, incapacidad para establecer contacto con los demás.
IDENTIDAD PSICOSEXUAL	Adecuada.

Cuadro 8
Paciente G.

DATOS	
GENERO	Femenina.
EDAD	9
TIPO DE FAMILIA	Desintegrada. G. vive con su mamá y su segundo padrastro, con un hermano directo y un hermanastro.
DINAMICA FAMILIAR	Abandono del padre y agresión del padrastro hacia la niña y la madre. El padre de la niña 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.
INTEGRACION DEL ESTUDIO	Nivel de inteligencia normal bajo. Percibe a la madre débil. Se siente vacía internamente y hay poca comunicación.
EMPLEO DE LOS PADRES	Padre: albañil (ausente). Madre: trabajadora de intendencia.
NIVEL SOCIOECONOMICO	Bajo (viven en hacinamiento).
HISTORIA DEL DESARROLLO	
DESARROLLO NORMAL O PATOLOGICO	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.
JUEGO Y/O JUGUETE FAVORITO	Muñecas.
RASGOS DE PERSONALIDAD	Roba dinero.
IDENTIDAD PSICOSEXUAL	Adecuada.

Cuadro 9
Paciente F.

DATOS	
GENERO	Masculino.
EDAD	6
TIPO DE FAMILIA	Integrada. La conforma: el padre, la madre y 4 hijos, F. es el menor.
DINAMICA FAMILIAR	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.
INTEGRACION DEL ESTUDIO	El niño está funcionando en un nivel de inteligencia abajo de lo normal. 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.
EMPLEO DE LOS PADRES	Padre: empleado de ventas. Madre: empleada en un restaurante.
NIVEL SOCIOECONOMICO	Bajo.
HISTORIA DEL DESARROLLO	
DESARROLLO NORMAL O PATOLOGICO	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 trenillo corto. Los padres obstaculizan el desarrollo del niño al no promover su independencia.
JUEGO Y/O JUGUETE FAVORITO	Muñecas y muñecos de peluche.
RASGOS DE PERSONALIDAD	Niño sobreprotegido, aislado, inseguro, celoso de los hermanos, simbiotizado con la madre y con poca comunicación con los demás.
IDENTIDAD PSICOSEXUAL	Adecuada.

Cuadro 10
Paciente Mi.

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

MOTIVO DE CONSULTA

MOTIVO DE LA CONSULTA	Mi.	Jo.	M.	E.	J.C	F.	J.	V.	G.	L.
ESCOLAR (no trabaja, se distrae, no tiene interés)										
INSEGURIDAD (no participa, no juega)										
AGRESIÓN (pega a sus compañeros)										
HACE TRAVESURAS										
DESOBEDIENCIA (rebeldía, no atiende a las indicaciones).										
ENURESIS										
DIFICULTAD PARA COMUNICARSE										
PROBLEMAS DE LENGUAJE										
ENOJON										
SOBREPROTEGIDO (mimado)										
BERRINCHES										
INESTABILIDAD (conducta lábil)										
VERBORREA										
IMPULSIVIDAD										
TERQUEDAD (voluntarioso)										
HIPERACTIVIDAD (Permanece poco tiempo en su lugar)										
INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DE OTROS										
CURIOSIDAD SEXUAL (Levanta la falda a las niñas)										
MASTURBACIÓN										
ENFERMIZO										
ROBO DE DINERO										
ANSIEDAD (inquietud, se le olvidan las cosas, avienta todo, le sudan las manos).										
AUTOAGRESIÓN (se muerde las uñas, se rasguña, se jala el pelo)										
MIEDO (a los perros, a la obscuridad, a quedarse solo)										

CUADRO DE ASISTENCIA

	S E S I O N E S																		TOTAL	% DE ASIST.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
M.																			9	50%
J.C.																			6	33%
V.																			16	88%
Jo.																			9	50%
E.																			12	66%
J.																			18	100%
L.																			3	16%
G.																			2	11%
F.																			10	55%
Mi.																			4	22%

S
O
N
I
N

CONCENTRADO DE DATOS

PACIENTE	SEXO	VIVE CON LA MADRE	OCCUPACION	VIVE CON EL PADRE	OCCUPACION	Nº DE HIJOS	LUGAR EN FAMILIA	SEXO DE HERMANOS	CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES	CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES
M.	MASC	SI	TRABAJADORA DOMESTICA	NO		2	2°	MASC.	- Padre abandona a la familia - El niño duerme con la madre	- Al mismo tiempo busca y rechaza al padre. - Enojo hacia la madre.
J.C.	MASC	NO		SI	EMPLEADO MANTENIM. RESTAURANTE	3	2°	MASC.	- Ambos padres son alcohólicos. - La madre abandona a la familia.	- El padre maltrata físicamente a los niños. - La abuela lo lleva al gim.
V.	MASC	SI	HOGAR	SI	EMPLEADO DE FERROCARRILES	2	1°	MASC.	- Padre agresivo que no provee afectivamente. - Hay mala relación en la pareja	- Su rostro muestra enojo. - Agrede a su hermano y compañeros.
Jo.	MASC	SI	HOGAR	SI	CHOFER	1	1°		- Padre permisivo. - Madre agresiva	- Hijo único muy sobreprotegido.
E.	MASC	SI	HOGAR	SI	EMPLEADO LIMPIEZA EN HOTEL	2	2°	FEM.	- Madre agresiva y sobreprotectora. - Padre sumiso y alejado afectivamente-	- Niño obeso muy criticado por su familia.
J.	MASC	SI	COCINERA	SI	ALBAÑIL	2	1°	FEM.	- Madre agresiva. - Padre que se comunica poco con los hijos.	- Se aísla, es inseguro y callado.
L.	FEM.	SI	HOGAR	SI	CHOFER	4	4°	1° y 2° FEM 3° MASC.	- Padre agresivo y alcohólico. - Madre pasiva y dominada.	- Se retrae, es tímido, se autoagrede.
G.	FEM.	SI	TRABAJADORA DE INTENDENCIA EN INSTITUCION	SEGUNDO PADRASTRO	ALBAÑIL	2	1°	MASC	- El padre abandona a la familia. - Madre débil.	- Roba dinero
F.	MASC	SI	EMPLEADA DE RESTAURANTE	SI	EMPLEADO DE VENTAS	4	4°	1°, 2° y 3° MASC.	- Ambos padres lo sobreprotegen, no facilitan su independencia.	- Problema de lenguaje por frenillo corto
Mi.	MASC	SI	HOGAR	PADRASTRO	DIBUJANTE	1	1°		- Ambos padres son agresivos entre ellos y hacia el hijo.	- Es un niño agresivo, presenta verborrea.

Cuadro 14
INFORME FINAL

NIÑO	INFORMACION REPORTADA POR EL PADRE Y/O POR LA MADRE Y POR EL PROFESOR (A)
J.	El padre reporta que J. interactúa y habla más con sus compañeros y sus vecinos. La maestra reporta avances en el aprendizaje: participa más en clase y juega con los compañeros y sugirió a los padres que le tengan más paciencia al niño y que no lo regañen. Su expresión facial ha cambiado de enojo a sonriente y es más juguetón. Su arreglo personal ha cambiado también, es más cuidadoso y limpio.
F.	Asiste con más frecuencia a la escuela. 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. Dejó de dormir en la misma cama con los padres. Pone más atención a sus clases. 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).
M.	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 y la madre no pudo trabajar su problemática para ayudar más al niño.
E.	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.
J.C.	Asistió solo a 6 sesiones. La maestra reportó que el niño estaba más agresivo, difícil de controlar y que iba a reprobar y por esa 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.
L.	Aunque asistió solo a 3 sesiones, se pudo realizar la evaluación final. La niña tuvo poco avance escolar y aunque sigue mostrándose cohibida, interactúa un poco más con sus compañeros del salón.
V.	Continúa 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 continuar el tratamiento.
Jo.	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.
G.	No se pudo realizar la evaluación final.
MI.	No se pudo realizar la evaluación final.

CARTA AL PROFESOR

México, D.F., _____

Estimado (a) Profesor (a):

Solicitamos su colaboración para recabar información acerca de la niña (o) _____, debido a que es atendido en el grupo terapéutico de 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.

Usted recibirá un formato como éste al final del trabajo terapéutico para registrar los cambios en la conducta del niño.

Gracias por su colaboración.

ATENTAMENTE

MARQUE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA:

PROBLEMA ESCOLAR

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

PROBLEMA DE LENGUAJE

Dificultad para pronunciar por problema físico como frenillo o alteración en el aparato fonarticulador. ()

()

()

Habla como un niño de menor edad

()

()

(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. _____ ()
- Conducta lábil (inestable, cambios bruscos en su estado de ánimo). ()
- 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. _____