



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL**

**“GRUPOS PARALELOS EN LA PSICOTERAPIA INFANTIL
INTEGRATIVA: PROCESO Y RESULTADOS”**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:**

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MARIA KENIA PORRAS OROPEZA

TUTORA PRINCIPAL: DRA. ROSA KORBMAN CHJETAITE

MIEMBROS DEL COMITÉ:

MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA

MTRA. JUDITH SALVADOR CRUZ

DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO

MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ

MÉXICO, D. F.

SEPTIEMBRE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

ÍNDICE

	Pág.
Resumen.....	3
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO 1. Experiencias profesionales en la Residencia de Psicoterapia infantil	
1.1. El programa.....	8
1.2. La formación teórica y práctica.....	9
1.3. La tutoría.....	10
1.4. La supervisión.....	12
1.5. La co-terapia.....	12
1.6. Las propuestas.....	13
1.7. La experiencia en los grupos.....	14
CAPÍTULO 2. La psicoterapia grupal infantil integrativa	
2.1. Definición de la psicoterapia de juego grupal.....	17
2.2. Fundamentos y principios de la psicoterapia grupal infantil.....	20
2.3. Estructura y composición de los grupos de psicoterapia infantil.....	25
2.4. Proceso de la psicoterapia de juego grupal.....	29
2.5. Modelo integrativo en psicoterapia grupal infantil.....	35
CAPÍTULO 3. Los grupos paralelos en la psicoterapia infantil	
3.1. Definición de la técnica de grupos paralelos.....	46
3.2. Antecedentes del trabajo con la técnica de grupos paralelos.....	49
3.3. El trabajo con los padres en los grupos paralelos.....	50
3.4. Ventajas y limitaciones del trabajo con grupos paralelos.....	58
3.5. Los terapeutas en los grupos paralelos: la co-terapia.....	60
CAPÍTULO 4. Modelo de psicoterapia de juego infantil grupal integrativa: proceso y resultados de la técnica de grupos paralelos	
4.1. Diseño de la estrategia de intervención.....	67
4.1.1. El modelo integrativo.....	68
4.1.2. La estructura del grupo psicoterapéutico.....	70
4.1.3. El equipo psicoterapéutico.....	70
4.1.4. La institución.....	71
4.1.5. Los materiales.....	72
4.1.6. Las sesiones.....	73
4.1.7. Los instrumentos.....	74
4.1.8. El psicodiagnóstico individual.....	75

4.1.9. Los participantes.....	76
4.2. Descripción y análisis del proceso del grupo de psicoterapia de juego integrativa: contenido manifiesto, tipo de juego, dinámica grupal, tono afectivo, hechos significativos, factores terapéuticos y aspectos latentes....	78
4.2.1. Fase inicial: descarga de impulsos agresivos.....	80
4.2.2. Fase temprana: introyección de reglas.....	87
4.2.3. Fase avanzada: interiorización de límites.....	95
4.2.4. Fase de terminación: integración del proceso.....	103
4.3. Avances del grupo de psicoterapia de juego integrativa.....	106
 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	 111
LIMITACIONES Y APORTACIONES.....	117
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	122
ANEXOS.....	130
 Anexo 1. Formatos de registro de sesiones	
 Anexo 2. Fichas de identificación y resúmenes de proceso	
 Anexo 3. Carta ausencia psicoterapeuta	

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo presentar el proceso y los resultados de la técnica denominada grupos paralelos (grupo psicoterapéutico de niños/as y grupo de reflexión de padres/madres) como un modelo de intervención comunitario innovador en la psicoterapia infantil desde una perspectiva integrativa. El trabajo describe el proceso de un grupo de psicoterapia infantil desarrollado en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” en la Ciudad de México. El grupo estuvo conformado por 3 niños y 2 niñas, entre los 7 y los 9 años. Tuvo una duración de 20 sesiones. El marco teórico de la intervención es integrativo, con aportaciones del enfoque centrado en el niño/a y la psicoterapia psicodinámica. Se presentan las fases del proceso grupal y se incluyen las pautas generales de planeación y conformación de la técnica de grupos paralelos en una comunidad con riesgo social (pobreza, baja escolaridad, delincuencia, etcétera). La experiencia de los grupos paralelos incluye un grupo simultáneo de reflexión para padres, madres y abuelos/as que no se reporta en este trabajo, para fortalecer la respuesta a problemáticas individuales de los niños/as de forma colectiva. El proceso del grupo psicoterapéutico de los niños/as se dividió en cuatro fases para su análisis. Los avances observados al finalizar el grupo psicoterapéutico indican que hubo cambios en la percepción que los niños/as tenían de sí mismos y en las relaciones interpersonales con sus familiares. El modelo se presenta como una herramienta clínica de prevención secundaria innovadora y efectiva para el trabajo comunitario. Se plantea la importancia de vincular el trabajo clínico grupal en el contexto comunitario para la formación de psicoterapeutas infantiles de juego con una perspectiva integrativa, que promueva la adaptación psicológica de los niños y niñas, así como de sus familiares para mejorar su desarrollo psicológico en el ámbito escolar, familiar y social.

Abstract

This work aims to present the process and results of the technique known as Parallel Groups (psychotherapeutic children group and reflection group for parents) as a model of innovative community intervention in child psychotherapy from an integrative approach. The study describes the process of a child psychotherapy group developed at the Community Center of Psychological Care "Los Volcanes" at Mexico City. The group consisted of three boys and two girls, between 7 and 9 years old. It lasted 20 sessions. The intervention theoretical framework is integrative, with contributions from child-centered approach and psychodynamic psychotherapy. There are presented the group process steps and included the planning and shaping general guidelines of the Parallel Groups Technique, in a risky social community (poverty, low schooling level, delinquency, etc.). The Parallel Group experience includes a simultaneous reflection group for parents and grandparents, that is not reported in this work in order to strengthen the response to children's individual problems collectively. The psychotherapeutic group process was divided into four phases for analysis. The progress observed at the end of psychotherapeutic group indicates that there were changes in the perception that children had of themselves and the interpersonal relationships with their family members. The model is presented as an innovative and effective clinical tool of supplementary prevention for community service. It is proposed to link the importance of clinical group work at the community context for the training of psychotherapists in children's play therapy with an integrative approach that promotes psychological adjustment of children and their families to improve their psychological development into the school environment, family and society.

Introducción

La psicoterapia infantil y sus modalidades de trabajo permiten al niño/a encontrar un camino para promover su desarrollo emocional cuando han encontrado obstáculos. Particularmente la terapia de juego individual ha ofrecido un espacio para ayudar a los niños/as a encontrar la solución a las dificultades que enfrentan en la casa y en la escuela.

En la psicoterapia infantil, el trabajo grupal ha tenido menor difusión que las formas de intervención individual. Los orígenes de la psicoterapia grupal infantil se remontan hasta los estudios de Freud sobre la iglesia y el ejército, a sus textos sobre psicología de las masas, a la “Horda Primitiva”, a la muchedumbre con su omnipotencia y a la desinhibición que facilita estar en grupo. Todo esto desde la mirada del psicoanálisis. Desde ahí, Bion en la comprensión del grupo como madre, Anzieu con las imagos como representaciones colectivas y Winnicott con el grupo como espacio transicional, han aportado algunos elementos para comprender el funcionamiento de los grupos, que sin duda al ser llevados al trabajo psicoterapéutico grupal con niños apuntan hacia una comprensión más amplia de la experiencia grupal (Díaz, 2000).

Desde la psicoterapia humanista, el trabajo con grupos también ha tenido un desarrollo importante. Las aportaciones de Virginia Axline, Janet West, Garry Landreth y Jim Gumaer han conformado un cuerpo sólido de experiencias y conocimientos para el trabajo efectivo con grupos de niños/as.

La psicoterapia grupal es entonces una oportunidad de crecimiento tanto para los niños y niñas como para los terapeutas que participan de ella, sobre todo si se encuentran un proceso de formación. Una revisión teórica para comprender sus antecedentes e implicaciones teóricas es un excelente comienzo. Hacer una revisión del trabajo de grupos con niños/as desde diferentes marcos de la psicología (Psicoanálisis, Enfoque Centrado en el niño, Gestalt y Psicodrama), es un paso necesario para comprender la complejidad del trabajo psicoterapéutico grupal

De cualquier forma que se decida empezar la experiencia grupal, muchos de los textos especializados se quedan cortos ante la realidad de la diversidad de contextos socioeconómicos y culturales de México, en las que existen limitaciones educativas, económicas, familiares y culturales importantes. El acercamiento de los niños y niñas al espacio terapéutico en el ámbito comunitario implica una serie de dificultades, como la larga lista de espera a la que se tienen que sumar los niños/as cuando tienen que ir a buscar la atención psicológica; el costo de las sesiones de psicoterapia a veces una limitación también, aunque los centros comunitarios cuentan con cuotas de recuperación “simbólicas”, para algunas familias son una limitación por su situación económica.

Ofrecer un proceso de psicoterapia grupal a los niños y niñas de una comunidad es una forma de acceso a la psicoterapia a bajo costo, con los beneficios que ésta supone sobre la terapia individual.

Este escenario, sumado a la idea de formar profesionales capacitados en la práctica de la psicoterapia grupal con niños/as, llevó a la planeación y aplicación de una estrategia de intervención en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”, ubicado en la zona sur de la ciudad de México.

El objetivo de este reporte de experiencia profesional es presentar el proceso y los resultados de la técnica denominada grupos paralelos (grupo psicoterapéutico de niños/as y grupo de reflexión de padres/madres) como un modelo de intervención innovador en la psicoterapia infantil grupal desde una perspectiva integrativa.

En el capítulo 1 de este trabajo se presentan algunas reflexiones sobre el proceso de formación profesional de la Residencia en Psicoterapia Infantil, de la que se desprende el trabajo de psicoterapia grupal con niños/as, que es el eje central de este texto. Se incluyen comentarios sobre el programa, la formación teórica y práctica, la tutoría, la supervisión y la co-terapia. En el capítulo se presentan algunas propuestas sobre estos puntos. Para concluir con ese capítulo se incluyó la experiencia de la autora de este texto en dicha Residencia.

En el capítulo 2 se incluyen los aspectos teóricos y metodológicos de la psicoterapia de juego grupal con niños/as y una introducción a los modelos integrativos para comprender la articulación de los enfoques en la propuesta integrativa que se presenta (Psicoanálisis y el Enfoque centrado en el niño).

En el capítulo 3 se presentan los aspectos teóricos sobre la técnica de los grupos paralelos, se incluyen la definición, los antecedentes, el papel de los padres/madres en la psicoterapia infantil, las ventajas y limitaciones de este tipo de trabajo. Se destaca en esta parte del capítulo, la importancia de la inclusión de los padres/madres en un rol activo, dentro del proceso psicoterapéutico de su hijo/a. Este capítulo incluye también el tema de la co-terapia como una forma de trabajo útil para la técnica de grupos paralelos en la formación de los psicoterapeutas infantiles.

En el capítulo 4 se expone la experiencia de trabajo con la técnica de los grupos paralelos en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”. Dicha estrategia de intervención se realizó de noviembre de 2011 a mayo de 2012 como parte de la asignatura Programa de Residencia III y IV de la Maestría en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). En este capítulo se incluye el diseño de la intervención de forma detallada y el análisis del proceso de psicoterapia grupal con juego dividido en fases. Para cerrar este capítulo se presentan los avances que se observaron en los niños/as del grupo psicoterapéutico y en el grupo de reflexión para padres/madres.

Finalmente, este texto concluye con la discusión sobre el Modelo de Psicoterapia Grupal Integrativa como una propuesta de intervención en la clínica grupal con niños/as en el ámbito comunitario y se analizan también las limitaciones y aportaciones de la estrategia de intervención aplicada.

CAPÍTULO 1

EXPERIENCIA PROFESIONAL EN LA RESIDENCIA DE PSICOTERAPIA INFANTIL

1.1. El Programa

La Residencia en Psicoterapia Infantil se desarrolló en cuatro semestres que incluyeron las siguientes asignaturas de acuerdo al programa escrito:

SEMESTRE	NOMBRE ASIGNATURA
I	Métodos de investigación aplicada I Medición y evaluación I Teorías y modelos de intervención I Programa de Residencia I
II	Métodos de investigación aplicada II Medición y evaluación II Teorías y modelos de intervención II Programa de Residencia II
III	Teorías y modelos de intervención III Programa de Residencia III
IV	Programa de Residencia IV

La asignatura Métodos de investigación aplicada I y II, así como la asignatura Medición y Evaluación I y II, incluyeron contenidos para fortalecer las habilidades de investigación de los psicoterapeutas en formación, sin embargo, dichos contenidos estuvieron enfocados en aspectos cuantitativos, que si bien resultan de utilidad para ciertos campos de aplicación de la psicología, fueron de alguna forma insuficientes para el abordaje de los procesos de carácter cualitativo que subyacen al objeto de estudios de la psicología en el ámbito clínico: el proceso de la psicoterapia y sus implicaciones.

En lo que respecta a la asignatura Teorías y modelos de intervención I, II y III se incluyeron contenidos desde diferentes perspectivas teóricas (Psicoanálisis, Gestalt, Enfoque Centrado en el niño, Narrativa e Integrativa, etcétera). Sin embargo, hubo poca posibilidad de profundizar en alguno de los modelos o de los autores revisados. Quizá algunos seminarios para profundizar en los autores de

mayor interés por parte del alumnado permitirían tener una visión más completa sobre las implicaciones teóricas y aplicadas de realizar intervenciones desde uno u otros modelos psicoterapéuticos.

La asignatura *Programa de Residencia* incluyó el trabajo con diferentes profesoras, en las cámaras de Gesell, en las clases sobre evaluación y psicodiagnóstico, así como en el trabajo de supervisión en las diferentes sedes de la Residencia. En mi caso en el Centro de Atención Psicológica “Los Volcanes”. En dichas actividades se pusieron en práctica los conocimientos a lo largo de la Residencia para la comprensión teórica de las habilidades desarrolladas frente a las necesidades de los escenarios prácticos (centros comunitarios y cámaras de Gesell). El inicio de las prácticas supervisadas en dichos espacios se dio desde el primer semestre, lo que permitió aprovechar los tiempos de estancia en las sedes para programar intervenciones como la que se presenta en este trabajo.

Si bien, el programa se encuentra limitado por contenidos de carácter metodológico, contó con algunos cursos extracurriculares que quizá podrían ser parte del programa para ampliar el conocimiento de los psicoterapeutas en formación como fueron: La aplicación de la Prueba Figura de Rey, “Construcción de preguntas de indagación e intervención. Un modelo sistémico”, y un curso sobre abuso sexual infantil.

1.2. La formación teórica y práctica

Al inicio de la Residencia, la vinculación entre la teoría y la práctica no parecía tan clara, particularmente con respecto al psicodiagnóstico. En la clase dedicada revisar las pruebas se hizo énfasis en la aplicación de una batería de pruebas para evaluar el área intelectual, percepto-motora y emocional, que incluían: el Test gestáltico Visomotor de Bender, el Método de evaluación de la Percepción Visual de Frostig (DTVP-2), el Dibujo de la Figura Humana (DFH), el Test del Dibujo de la Familia, el Test de la familia en movimiento y la Prueba de Apercepción Temática para niños CAT (A), entre otras. Sin embargo, no se profundizó en el análisis

cualitativo de algunas pruebas como la Escala Weschler de Inteligencia para Niños (WISC-IV).

En la selección de pruebas para la batería, particularmente para el área emocional sería conveniente contar con el apoyo de las tutoras o de las supervisoras en las cámaras de Gesell para reducir el tiempo de evaluación y empezar la intervención lo más pronto posible para ampliar y optimizar el tiempo para la psicoterapia con el niño/a.

Las cámaras de Gesell fueron un espacio valor incalculable en el que se articularon la teoría y la práctica, tanto de la psicoterapia como de la supervisión. Es un acierto realizar este tipo de trabajo en la Residencia, que aporta experiencia, conocimientos e integración de las habilidades de un terapeuta experto (profesora a cargo) y de los psicoterapeutas con menos experiencia en el aquí-ahora. Permite observar lo que sucede y existe la posibilidad de hacer modificaciones en el trabajo inmediatamente, optimizando el avance del proceso de psicoterapia que se observan.

1. 3. La tutoría

El trabajo en las tutorías se llevó a cabo desde el primer semestre. En mi caso el trabajo se realizó en pareja. Una de mis compañeras y yo asistíamos semanalmente con la tutora que nos fue asignada. La tutoría fue una experiencia nutricia. Permitted ampliar la comprensión teórica de los casos llevados en el centro comunitario. Particularmente, el trabajo con la Dra. Shein fue una experiencia de integración de los diferentes aspectos de la residencia, desde el desempeño y actividades en las asignaturas hasta las implicaciones personales con los casos, pasando por las dificultades académicas con las profesoras o los trabajos solicitados en la maestría.

La tutoría en pareja es una experiencia que ofrece luz a los puntos ciegos que el terapeuta en formación puede tener, ya que el punto de vista de otro terapeuta también en formación proporciona una perspectiva distinta que amplía la

percepción de los casos y ofrece alternativas para mejorar el desempeño como terapeutas.

El trabajo de tutoría en pareja a diferencia del trabajo en grupo tiene algunas características que pueden considerarse como ventajas:

- Permite que las dos personas cuenten con más tiempo para participar en la exposición de los casos y en el abordaje de dudas.
- Ofrece un espacio para hablar de la contratransferencia más amplio e involucrado para la tutoría, en grupos más grandes no se da la posibilidad o es reducido.
- Ofrece un espacio para la interacción y aprendizaje de la experiencia de la otra persona más enfocado, ya que resulta más fácil recordar los antecedentes ya que son solo de una persona.
- Es un espacio más seguro para exponer dudas, sentimientos relacionados con el caso y contrastar la experiencia de sí mismo/a con la de la otra personas sobre el trabajo de psicoterapia con el niño/a.
- Es posible ofrecer comentarios sobre el caso ente los compañeros/as que fortalece el vínculo interpersonal entre los psicoterapeutas.
- Ofrece soporte o apoyo fuera de la sesión de la tutoría.
- Ofrece un espacio cerrado y constante para abordar algunos temas personales vinculados a la psicoterapia infantil, como el proceso terapéutico de los terapeutas.
- El vínculo entre la pareja que forman los alumnos/as en tutoría se extiende a otros espacios académicos (preparar cosas para otras clases, elaboración de estudios psicológicos, etcétera).
- Se trata de un espacio para exponer la parte personal de forma natural, espontánea.

Finalmente, el trabajo realizado en la Residencia en Psicoterapia Infantil, incluyó a lo largo de todos los semestres, un trabajo de supervisión arduo. A continuación se incluyen algunos comentarios al respecto.

1. 4. La supervisión

La supervisión de casos estuvo presente a lo largo de toda la residencia, con diferentes profesoras, lo que permitió conocer diferentes estilos de supervisión y retroalimentación del trabajo realizado como psicoterapeuta. La mayoría de las sesiones de trabajo de supervisión tenía una metodología similar:

1. Hacer una reconstrucción ordenada (escrita o verbal) de la sesión observada o a supervisar.
2. Solicitud a los terapeutas en formación de puntos de vista sobre lo sucedido en las sesiones.
3. Escuchar e integrar las aportaciones de la supervisora de los elementos que los alumnos/as no perciben.
4. Vinculación con los conceptos teóricos y la referencia a textos especializados para ampliar el conocimiento sobre lo revisado.
5. Reconocimiento de recursos y limitaciones de los/as terapeutas en la sesión o caso supervisado.
6. Identificación de focos de intervención en el proceso de psicoterapia para atenderlos en sesiones subsecuentes.

Con frecuencia la supervisión se hacía de forma voluntaria, sin alguna forma de programación particular, de acuerdo a las necesidades de los miembros del grupo. Este esquema de trabajo aunque flexible, presentaba algunas veces dificultades, sobre todo en el manejo del tiempo, algunas veces no daba tiempo de revisar diferentes casos, y en algunas ocasiones las compañeras de la residencia supervisaban el caso con más de una profesora.

1.5. La coterapia

La experiencia de la co-terapia en una de las cámaras de Gesell fue una gran oportunidad para aprender. El inicio de este trabajo, en el primer semestre fue una gran experiencia, que estuvo bajo la supervisión de la profesora Blanca Elena Mancilla. Mi compañera, Itzel Flores y yo empezamos a trabajar con una niña en el centro comunitario de la Facultad de Psicología. Fue experiencia profesional de

sincronización y sensibilidad compartida. Se trató de una gran satisfacción, ya que con las observaciones del equipo que conformamos y la supervisión de la profesora tuve la primera experiencia de “alta” de un paciente en la residencia. Lo que me permitió conocer desde la experiencia un proceso completo.

La coterapia y sus sinsabores fue algo que conocí por la experiencia de otros compañeros/as en la residencia, quienes tuvieron serias dificultades para conformar parejas psicoterapéuticas. Hubo confrontaciones y renunciaciones para continuar con el trabajo, pero de esas experiencias aprendí lo que debe evitarse en este tipo de trabajo para beneficio del niño/a en psicoterapia.

La co-terapia en la psicoterapia grupal también fue una gran experiencia. Formarse en un grupo es increíble. Cuando comencé con Salvador Chavarría, Beatriz Macouzet y Raquel Corrales a planear el trabajo de los grupos paralelos me sentí entusiasmada y temerosa. Juntos fuimos haciendo que sucediera. La constancia, el compromiso y el interés por hacer algo nuevo lo hicieron posible. Hubo una sesión de trabajo previa al inicio del grupo que me acompañará siempre: ser recibidos en casa de la supervisora (Asunción Valenzuela) con café, galletas, confianza y respeto profesional para poner en marcha el dispositivo grupal, revisando las dudas y preparando la primera sesión del grupo psicoterapéutico. Fue un espacio de encuentro creativo y afectivo para alcanzar metas individuales y colectivas: una experiencia de crecimiento grupal en toda la extensión de la palabra.

1.6. Las propuestas

En el programa podría incluirse una asignatura sobre metodología cualitativa para profundizar en el análisis del proceso de psicoterapia y de los resultados alcanzados con las intervenciones realizadas, tanto en los centros comunitarios como en las cámaras de Gesell. Esto permitiría sistematizar las experiencias de intervención individual o grupal considerando los pasos que implica: reconstrucción, análisis, interpretación, conceptualización, generalización y

conclusión de la estrategia de intervención (Angarita, 2010), así como preparar estudios de caso para presentar en congresos, coloquios o publicarlos en alguna revista especializada en psicoterapia o psicología infantil (Suárez, Del Moral, González, 2013).

También se podría ampliar en el programa (con una asignatura o en horas) lo relativo a los modelos integrativos, para conocer y utilizar la metodología proveniente de dichos modelos para la intervención y análisis de los indicadores genéricos de cambio y comprender mejor el proceso. Esto también permitiría identificar con mayor claridad el momento en que un caso debe ser dado de alta. En una de las cámaras de Gesell desarrollamos algunos indicadores de alta que fueron una valiosa guía, sin embargo, no se revisaron los aspectos teóricos de los motivos de alta en situaciones como el logro de objetivos, la resolución del motivo de consulta, la interrupción del proceso, el cierre de casos por el término del semestre, entre otras situaciones. Profundizar en la identificación de los logros o manifestaciones terapéuticas, así como en los aspectos metodológicos del cierre (uso de cartas, fiestas de despedida, etcétera) permitiría una comprensión mayor del proceso completo de la psicoterapia.

Finalmente, para el trabajo en co-terapia es recomendable formar parejas que sean elegidas por los mismos terapeutas, para coincidir fácilmente en estrategias de intervención, enfoques psicoterapéuticos, y evitar situaciones que obstaculicen el trabajo psicoterapéutico con los niños/as en lo individual o grupal.

1. 7. La experiencia en los grupos

Ser terapeuta y compañera de trabajo en la psicoterapia grupal es algo que se va construyendo. Los libros, la teoría y las experiencias me ayudaron a comprender el trabajo grupal, fueron una brújula para encontrar un camino, y en algunas ocasiones abrimos a la experiencia creativa ante la falta de respuesta en los libros.

En este trabajo formé parte de un equipo de trabajo de cuatro personas: Beatriz Macouzet, Raquel Corrales, Salvador Chavarría y yo. Aprendí que el diálogo es una posibilidad para establecer acuerdos, para ceder cuando el conflicto no lleva a ningún lugar e inmoviliza, para posponer las responsabilidades y luego tomarlas, para comprender que tenemos necesidades y ritmos distintos, para dar paso a las soluciones cuando las cosas no marchan como esperamos, para escuchar y expresar los éxitos y los fracasos, para ampliar el punto de vista sobre lo que está sucediendo, para decidir y hacer lo más conveniente en beneficio de los grupos y de cada uno/a de nosotros/as.

De los niños/as también aprendí. Me re-encontré con la energía, la espontaneidad y la libertad de ser yo misma. Me enfrenté al miedo a equivocarme, al caos, al “desastre de los niños”, a mi propia confusión. Comprendí que no importa que tan desordenado esté algo, siempre puede ordenarse. Que es mejor un juguete roto, que un niño/a roto. Aprendí que el silencio es un buen momento para escuchar, sentir y seguir aprendiendo.

Finalmente, en esta experiencia Salvador Chavarría y yo nos convertimos en compañeros, nos acompañamos en la co-terapia. Fue una fortuna compartir esta experiencia con él. Me pude ver en la figura de Salvador y aprender de nuestras coincidencias en las intervenciones. Aprendí que con un gesto se puede hacer espacio para expresar lo que el otro está pensando, que se puede reconocer un error en el trabajo y aprender de él, que se puede compartir la incertidumbre y la certeza de la dirección de un grupo psicoterapéutico. Re-encontré con Salvador mi capacidad de crear intervenciones y enfrentar dificultades en el espacio psicoterapéutico. Hasta el final seguimos creando juntos: impulsó de muchas formas y en diferentes momentos la creación de los capítulos de este texto que condensa e integra nuestras miradas, sentimientos y pensamientos, sobre el nacimiento de una propuesta comunitaria para el trabajo con los niños/as que están en busca del bienestar psicológico.

El trabajo que se presenta, es el resultado del proceso de formación en la Residencia en Psicoterapia Infantil de la maestría en Psicología de la UNAM. Se desarrolló en el tercer y cuarto semestre como parte de la asignatura Programa de Residencia III y IV. En los capítulos siguientes se expone el marco teórico y el modelo de psicoterapia de juego grupal e integrativa creado a partir de dicha experiencia profesional.

CAPÍTULO 2

PSICOTERAPIA DE JUEGO GRUPAL INTEGRATIVA

2.1. Definición de psicoterapia de juego grupal

La psicoterapia de juego con los niños/as ha sido conceptualizada desde diferentes enfoques de la psicología. Existe controversia sobre la forma en que debe ser nombrada: a partir de los primeros trabajos de Freud con el caso de Juanito hasta las propuestas desarrolladas en los últimos diez años. Una de las conclusiones a las que se ha llegado con las aportaciones de diferentes modelos de intervención es que el trabajo psicoterapéutico con niños debe involucrar tanto el juego como otras formas de expresión que los niños/as utilizan de forma natural, como el dibujo, la escultura, la música, el teatro, el uso de areneros, etcétera, por lo que no necesariamente se llama psicoterapia de juego a todas las intervenciones realizadas con niños/as. Incluso se ha sugerido que al trabajo desde cualquier enfoque de la psicología que use el juego como herramienta principal para trabajar con niños/as a nivel individual se le denomine psicoterapia infantil con juego (Esquivel, 2010).

A nivel grupal el trabajo psicoterapéutico con niños y niñas ha evolucionado. En los años 40 y 50 los niños/as eran tratados a través de la terapia grupal experiencial que tenía como objetivo provocar el *insight*. Más adelante se buscó que la terapia de grupo infantil ofreciera un ambiente de aceptación y contención para que los niños/as expresaran sus temores y deseos abiertamente y reparar los déficits en la organización psicológica a través de experiencias emocionales. En los años noventa se reconoció la necesidad de desarrollar técnicas de intervención para reparar déficits del yo, de la organización psíquica y del *self* (Schamess, 1996).

Además de la evolución en los objetivos de la psicoterapia grupal infantil, las formas de llevarla a cabo y de nombrarla han cambiado. Para referirse a este tipo

de trabajo se han usado expresiones como terapia de actividad grupal (Slavson, 1943 en Schamess, 1996), terapia grupal por juego (Axline 1947 en Schamess, 1996), psicoterapia de grupo (Privat y Quélin-Souligoux, 2003), terapia de juego grupal (West, 2000), psicoterapia de grupo de niños (Corominas, Farré, Martínez y Camps, 1996), terapia grupal con niños (Schamess, 1996), psicoterapia de grupos en niños (Pavlovsky, 1987; Salles y Corona, 2006), psicoterapia de juego grupal (Sweeney, 2005). En este texto se usa esta última denominación considerando que la psicoterapia de juego grupal es la unión natural de dos modalidades terapéuticas efectivas: la terapia de juego y la terapia grupal. Ambas formas de terapia implican un proceso terapéutico creativo y dinámico, se centran en el desarrollo y mantenimiento de relaciones sanas y terapéuticas, buscan facilitar un proceso y no aplicar una solución inmediata; exigen una formación y una supervisión esenciales. La terapia de juego grupal es una respuesta natural e intuitiva a las necesidades de niños emocionalmente lastimados, que implica la unión de la psicoterapia de juego y el proceso grupal (Sweeney, 2005).

De esta forma la psicoterapia de juego grupal se puede definir como:

“...una relación interpersonal dinámica entre un niño y un terapeuta formado tanto en procedimientos de terapia de juego como de terapia grupal, que proporciona materiales selectos y facilita el desarrollo de una relación segura de los niños para que se expresen y exploren completamente a sí mismo y a los demás (lo que incluye sentimientos, pensamientos, experiencias y comportamientos) a través del medio de comunicación natural de los niños...el juego (Sweeney, 2005), p. 134”.

Así un grupo psicoterapéutico infantil se puede definir como:

“...una modalidad de tratamiento en la que el (los) terapeuta (s) utilizan técnicas y procedimientos a partir de diversas aproximaciones psicoterapéuticas, para promover el cambio en los niños/as con diversas necesidades emocionales, conductuales, cognoscitivas o de desarrollo, mediante su participación en un espacio grupal organizado para tal fin (Valenzuela, 2011).

La psicoterapia de juego grupal ofrece a los niños/as un proceso psicosocial para crecer y aprender sobre sí mismos y sobre los demás, experimentar cualidades terapéuticas liberadoras como: descubrir que otros niños tienen problemas; sentir compañía; experimentar el sentido de pertenencia; probar nuevas habilidades

interpersonales; desarrollar sensibilidad hacia los demás (empatía); descubrir su capacidad de ayuda (calidad terapéutica más profunda posible); descubrir que el valor que poseen depende de quién son y que no de lo que hagan, dejen de hacer o produzcan (Berg, Landreth, Fall, 1998, p. 312 en Sweeney, 2005). Los niños/as en los grupos son capaces de dar y recibir ayuda y tienen la oportunidad de aprender que ser único no es solo algo aceptable, sino valorado.

En el grupo psicoterapéutico se han identificado experiencias humanas que en el intercambio grupal se denominan “factores terapéuticos” que promueven el cambio terapéutico en la experiencia grupal (Yalom, 1986) y pueden aplicarse a la psicoterapia grupal infantil:

1. **Infundir esperanza:** se comparte la creencia y confianza en la eficacia del grupo.
2. **Universalidad:** se desmiente el sentimiento de ser el único/a con problemas, hay una validación consensuada.
3. **Información participada:** se ofrece instrucción didáctica sobre la salud mental y las psicodinámicas del grupo y es dada por los terapeutas.
4. **Altruismo:** se ofrece y da consuelo, apoyo, sugerencias y comprensión absortos en algo o alguien más.
5. **Recapitulación correctiva del grupo familiar primario:** ofrece lo más cercano posible a la estructura y aceptación de una familia, se recuerda la interacción familiar.
6. **Desarrollo de técnicas de socialización:** se lleva a cabo aprendizaje social de habilidades básicas para relacionarse con otras personas.
7. **Conducta imitativa:** los/as participantes pueden modelarse a sí mismos/as imitando conductas o formas de expresión de otras personas del grupo o de los terapeutas.
8. **Catarsis:** es parte del proceso grupal y resulta más útil cuando en el grupo se han formado vínculos de apoyo.

9. **Factores existenciales:** nueva dimensión existencial con nuevos significados sobre sí mismo/a y el mundo que rodea a los/as participantes sobre la responsabilidad y la soledad.
10. **Cohesión de grupo:** es uno de los factores de mayor fuerza y complejidad e implica compartir el mundo interior y la aceptación de los otras personas del grupo.
11. **Aprendizaje interpersonal:** es el otro factor de mayor complejidad y fuerza y satisface la necesidad de aceptación y de integración que todas las personas poseen.
12. **El grupo como el microcosmos social:** las personas interactúan libremente y con el tiempo forman el universo interpersonal que han habitado siempre.

Estos factores son denominadores comunes a los grupos de terapia, de estos factores se derivan las reglas básicas del procedimiento y la técnica de dirección, esto es, que los terapeutas: “deberían hacer todo lo que sea necesario para facilitar la emergencia y maduración de estos factores terapéuticos (Yalom, 2000, p. 22)”.

El grupo psicoterapéutico también fomenta la anulación del autoengaño y conduce al *insight*, proporciona experiencia emocional “correctiva”, genera satisfacción personal y fortalece la autoestima, apoya la auto-aceptación y la aceptación de los demás, proporciona elementos para el cambio terapéutico (Valenzuela, 2011).

2.2. Fundamentos y principios de la psicoterapia grupal infantil

Los grupos psicoterapéuticos de juego con niños/as han tomado forma a partir de las propuestas de diferentes autores/as. En los años 40, Haim Ginott, Sam Slavson y Virginia Axline fueron figuras centrales en el desarrollo de las propuestas de trabajo psicoterapéutico grupal con niños/as (Glasserman y Sirlin, 1984; Schamess, 1996).

Ginott (1961 en Sweeney, 2005) apuntó que la terapia de juego grupal se basa en la premisa de que los niños/as modifican su comportamiento a cambio de aceptación. También sostiene que la meta principal de la terapia de juego grupal consiste en soportar el cambio de la personalidad (fortalecer el Yo y mejorar la imagen personal). De acuerdo con este autor la terapia de juego grupal debe facilitar:

- El establecimiento de una relación terapéutica
- La expresión de emociones
- El desarrollo de la capacidad de aclarar y explicar lo que les sucede
- Las oportunidades de comprobar la realidad
- Las oportunidades de expresar sentimientos y necesidades en formas más aceptables

Ginott (1975 en Sweeney, 2005) considera que el requisito básico para formar parte de un grupo es la presencia y capacidad de “hambre social”, esto es, la necesidad que tienen los niños/as de que sus compañeros los acepten; y el deseo de lograr y mantener una condición social en el grupo.

Axline (1975) ofreció los principios para desarrollar lo que denominó terapia de juego y sus aplicaciones a los grupos de niños/as. Esos principios son ocho y, en una versión adaptada a los procesos grupales con niños/as podrían leerse así:

Los/as terapeutas:

1. Desarrollan una relación interna y amigable con cada uno de los niños/as, mediante la cual se establece una armonía lo antes posible con el grupo. Algunos niños/as más expresivos pueden guiar el camino y ser seguidos por los más tímidos. La presencia de otros niños/as facilita la expresión de sentimientos y aminora las tensiones. Los niños/as parecen estar más dispuestos a aceptar a los terapeutas en un lapso de tiempo más corto cuando están en grupo.

2. Aceptan a los niños/as tal como son en el grupo. Los/as terapeutas están obligados a vigilar continuamente sus respuestas para que ningún niño/a se sienta comparado o contrastado con otro para ofrecer una completa aceptación del niño/a en grupo. Este principio puede resultar más fácil de establecer en terapia individual porque no existen elementos de posible comparación.

3. Crean un sentimiento de actitud permisiva en la relación, de tal forma que los niños/as se sientan libres para expresar sus sentimientos por completo en el grupo. La experiencia de grupo parece activar los sentimientos de permisividad del niño/a. Con frecuencia los niños/as evalúan la permisividad de forma directa o vicariamente. La libertad de expresión sin lastimarse parece ser contagiosa cuando captan la aceptación de cada uno de los miembros del grupo por parte del terapeuta.

4. Están alertas a reconocer los sentimientos que los niños/as están expresando y los refleja de nuevo hacia ellos/as de tal forma que logra profundizar más en su comportamiento. En grupo la oportunidad de reflejar sentimientos se ve reducida ya que el terapeuta debe centrar su atención individualmente y al mismo tiempo dividir sus respuestas para que ningún niño/a se sienta desatendido. El trabajo en co-terapia ayuda a dividir la atención en el grupo y responder al grupo en su totalidad.

5. Observan un gran respeto por las habilidades de los niños/as para solucionar sus problemas, si se les brinda la oportunidad para hacerlo. Es responsabilidad del niño/a decidir y realizar cambios. Se aplica en todo momento el respeto hacia cada niño/a, este principio no varía de la situación individual a la grupal. Aun cuando las relaciones en grupo resaltan los problemas y apresuran el desarrollo, la responsabilidad de hacer cambios continúa siendo del niño/a.

6. No intentan dirigir las acciones o conversación de los niño/as en forma alguna. Ellos/as guían el camino; el terapeuta los sigue. En la situación grupal el terapeuta/s debe vigilar las reacciones de los niños/as, ya que alguno podría

intentar dirigir las acciones o conversaciones de otros niños/as. Los terapeutas deben dejar al niño/a la libertad de comentar o no hacerlo a través de una pregunta cómo: “¿Te gustaría comentar sobre esto”? para no apresurar la terapia.

7. No pretenden apresurar el curso de la terapia. Este es un proceso gradual y, como tal, reconocido por el terapeuta. Aunque los terapeutas pueden sentirse tentados a elaborar preguntas u ofrecer soluciones debe abstenerse de hacerlo para que sean los niños/as quienes encuentren alternativas para alcanzar las metas que van surgiendo en cada uno de los niños/as.

8. Establecen solo aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacerle patente a los niños/as de su responsabilidad en la relación. Las limitaciones se conservan en lo mínimo como en la terapia individual. El terapeuta debe ofrecer consistencia y seguridad para el ejercicio de la terapia por lo que las limitaciones sobre el comportamiento peligroso, destructivo y agresivo deben ser expuestas cuando se tenga evidencia de que un ataque inminente de forma tranquila pero firme para que se convierta en una parte constructiva de la terapia. Se puede buscar con los niños/as alguna forma de resolver la situación que se presente.

Estos principios son un marco inicial, amplio y útil para trabajar con niños/as en una gran variedad de contextos. Ofrecen las pautas generales de acción de los terapeutas en la relación con los niños/as para promover su adaptación psicológica.

Considerando lo anterior, los grupos de psicoterapia de juego deben ofrecer respuestas terapéuticas en la que los terapeutas puedan (Sweeney, 2005):

- Mantener un grado elevado de tolerancia en cuanto al desorden y el ruido
- Manifestar disposición y manejar con habilidad el caos frecuente
- Mantener el equilibrio las respuestas entre los niños/as del grupo

- Incluir el nombre del niño/a y evitar el uso de la tercera persona al interactuar con los niños/as: “Anita *estás* jugando en la arena” en lugar de: “Anita *está* jugando en la arena”.

Los grupos de psicoterapia de juego ofrecen a los niños/as beneficios que pueden leerse como los fundamentos para este tipo de psicoterapia (Sweeney, 2005):

1. Los grupos fomentan la espontaneidad e incrementan el grado de participación en la terapia de juego.
2. La afectividad de los niños se aborda en dos niveles de expresión y exploración: intra-psíquico e interpersonal.
3. El aprendizaje vicario y la catarsis tienen lugar en cualquier ambiente grupal.
4. Los niños/as experimentan la oportunidad de crecimiento y exploración personal.
5. Los grupos brindan oportunidades significativas para reafirmar a los niños al mundo de la realidad.
6. Los grupos funcionan como microcosmos de la sociedad por lo que se puede comprender en forma sustancial la vida cotidiana de los niños/as.
7. Ofrecen las posibilidades de disminuir la necesidad o tendencia de los niños/as a ser repetitivo o retraerse en el juego fantasioso.
8. Permiten a los niños/as “practicar” para la vida diaria desarrollando habilidades interpersonales, el dominio de nuevos comportamientos, ofrezcan y reciban ayuda y experimenten expresiones emocionales y conductuales alternas.
9. Ayudan al desarrollo de la relación terapéutica cuando los niños/as se muestran retraídos o elusivos (evasivos).
10. Ofrece un medio para la intervención más conveniente en términos de tiempo y costos para niños y padres.

Los principios básicos para la psicoterapia individual centrada en el niño/a son los mismos para el contexto de grupo y se debe considerar que al seguir el flujo o ritmo del grupo los terapeutas deben tener cuidado para no apresurar al grupo, ya

que con frecuencia la dinámica de grupos acelera el proceso y los terapeutas pueden quedar atrapados/as en el flujo acelerado del grupo (Oe, 1999).

2.3. Estructura y composición de los grupos de psicoterapia infantil

Para iniciar un proceso de psicoterapia grupal es necesario contar con una fase de planeación que incluye la evaluación de los niños/as que son candidatos a formar el grupo. Se denomina pre-grupo a los participantes que por sus características de edad, sexo, nivel de desarrollo, motivo de consulta son elegidos para conformar el grupo de psicoterapia de juego en la fecha señalada para hacerlo (cuando se trata de grupos de duración limitada) (Glasserman y Sirlin, 1984). Así, los grupos pueden formarse combinando una serie de elementos como los que se observan en la Figura 1.

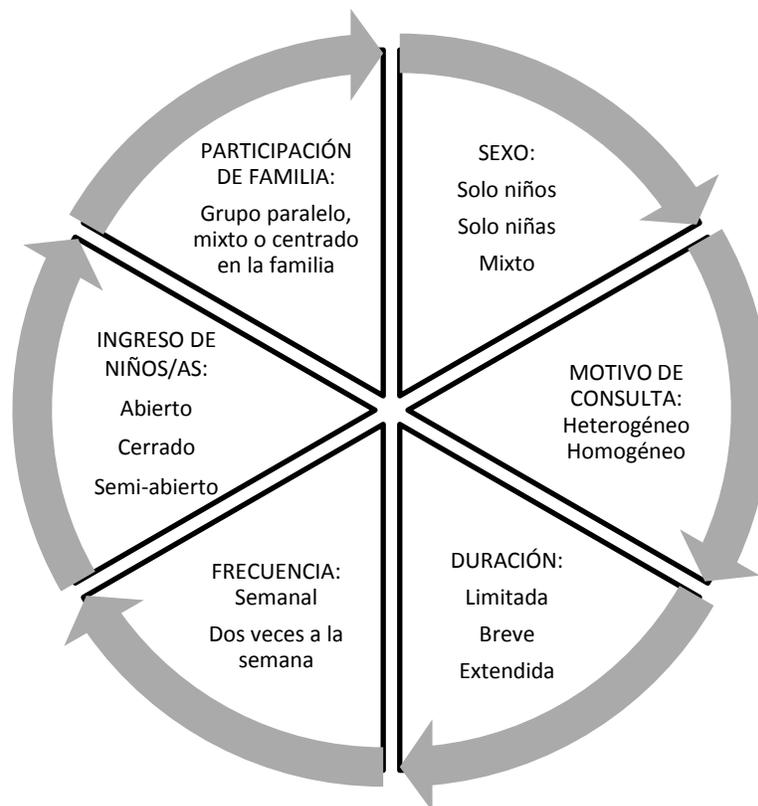


Fig. 1. Estructura para la conformación del pre-grupo de psicoterapia de juego.

Con respecto a la edad de los niños/as que asistirán al grupo se recomienda que entre más pequeños sean más breve debe ser la sesión, esto es, que con niños/as prescolares y de primaria la sesión puede tener una duración de 20 a 40 minutos. En el caso de los niños/as que están cerca de los 12 y 14 años, las sesiones de grupo pueden ser de hasta una hora. Además se sugiere que no exista más de un año de diferencia en edad entre ellos (Sweeney, 2005). En caso de ser mayor la diferencia de edad se debe considerar el nivel de desarrollo físico y psicológico de los niños/as para que puedan sentirse en un grupo de pares aunque la diferencia de edad sea de un par de años. También se debe buscar el equilibrio entre el número de niños y niñas que conformen el grupo en caso de tratarse de un grupo mixto (Privat y Quélin-Souligoux, 2003).

Para decidir si un niño/a puede ser tratado en grupo algunos autores/as utilizan lo que denominan “Grupo de 4 sesiones”, que permiten orientar a los padres/madres y sus hijos/as sobre lo que sucederá en el grupo (Glasserman y Sirlin, 1984; Torras de Beá, 1996). Algunas veces se sugiere citar a los padres/madres con sus hijo/a a una sesión con los terapeutas de ambos grupos para precisar el encuadre y aclarar las dudas antes de que acepten el compromiso de asistir al grupo. Otras veces se realizan entrevistas individuales con cada familia y niño/a, esto es más habitual en la organización de grupos con niños/as de edades entre los 3 y 5 años (Torras de Beá, 1996).

Consideraciones importantes cuando se planea y conduce un grupo de con niños/as en edad de latencia (Golden y Damon, 1989):

1. Los grupos del mismo sexo son mejores para las intervenciones grupales con los niños/as en edad de latencia, porque ofrecen menos sobreestimulación y distracción. También promueven el desarrollo de intimidad con amigos/as del mismo sexo.
2. El número de participantes que se recomienda es de máximo ocho niños/as por grupo para un mejor manejo. Este número protege al grupo contra el desgaste y es manejable para una interacción productiva.

3. Es recomendable que haya dos terapeutas por grupos. Esto permite compartir la responsabilidad por las familias, el uso simultáneo de enfoques distintos de trabajo (por ejemplo: interpretación psicodinámica e intervenciones conductuales). Reduce la probabilidad de que se cancelen las sesiones por la ausencia de uno de los terapeutas. También permite combinar la experiencia de un terapeuta grupal experto con un estudiante o terapeuta en formación para maximizar el tiempo y mejorar el entrenamiento.
4. Reconociendo la importancia de la identificación de género en los niños/as en edad de latencia. Se recomienda que en un grupo de niños el terapeuta sea hombre, mientras que en el grupo de mujeres sea mujer. En el grupo de cuidadores el sexo de las terapeutas no es crítico en el desarrollo del proceso grupal.
5. El grupo debe ser planeado y organizado como cerrado para completar el programa en aproximadamente diez meses. Conducir el grupo con una fecha límite permite desarrollar al niño/a en el grupo la cohesión y promueve el compromiso mutuo así como el de logros individuales.
6. El grupo se debe encontrar cada semana por 90 minutos y es esencial que las sesiones inicien y terminen a tiempo. Esto refuerza el concepto de estructura y límites, ofrece la posibilidad de los cuidadores de asumir la responsabilidad por el tratamiento de los niños/as.
7. Atender al reconocimiento y recordar los nombres de los niños/as en cada sesión, se puede usar una calcomanía (pegatina) en una lista con los nombres para registrar la asistencia.
8. Las reglas en el grupo se deben establecer pronto y siempre deben incluir la confidencialidad y la seguridad, así como guías generales sobre la cooperación, el respeto mutuo y las normas sociales esperadas. Establecer límites adecuados promueve una sensación de empoderamiento.
9. Se espera que los niños/as asistan vestidos apropiadamente al grupo. Particularmente, en los grupos en los que se trabaja el abuso sexual es importante que el terapeuta se muestre atento al comportamiento sexual

que puede presentarse y que a veces es sutil, no verbal y con frecuencia está fuera de la conciencia del niño/a.

10. Es recomendable incluir un breve refrigerio en el grupo por la importancia simbólica de la comida en los niños/as que no han tenido cuidados parentales.
11. Los 15-20 minutos finales del grupo deben reservados para juego libre. Esto permite a los niños/as una distancia emocional entre la dificultad del trabajo que han hecho y una interacción más natural con sus pares.
12. La terminación del grupo se debe presentar a los niños como un éxito, ya que concluyen con las actividades planeadas, incluso si el niño/a o su familia es referido a un espacio psicoterapéutico individual o familiar adicional. Una fiesta al final del día del grupo es una forma de celebrar los logros obtenidos. Cada niño/a puede llevarse una carpeta que contenga todas las actividades que realizó y las estampas de asistencia que se ofrecen al inicio del proceso grupal.

La terapia de juego grupal no es recomendable en todos los casos ni para todos los niños/as, se ha sugerido que este tipo de intervención está contraindicada para los niños/as con las siguientes características (Ginott, 1961 en Sweeney, 2005):

- Sumamente agresivos
- Sexualmente impulsivos
- Aquellos que experimentan una dificultad por apego deficiente entre ellos y su madre
- Sociópatas (desean infringir daño o venganza)
- Con una imagen personal sumamente negativa
- Hermanos que manifiestan rivalidad intensa
- Que son el único/a del grupo en el algún sentido (varón, niña, extranjero, adoptado, etcétera) (Torras de Beá, 1996)
- Tendencias suicidas importantes

En la psicoterapia de juego grupal la forma más habitual en la que participa la familia del niño/a es a través de los grupos separados, en la que el los padres participan en un grupo independiente, simultaneo y dirigido por terapeutas distintos, y que otros autores denominan como grupos paralelos (Toranzo, Taborda, Ross, Mergenthaler y Fontao, 2008). La familia puede participar también en grupos mixtos, que es frecuente en los niños/as de edad preescolar y en etapa de última latencia, en estos grupos los padres se reúnen con el niño en la misma consulta grupal y trabajan con los mismos terapeutas para mejorar la interacción entre ellos. Este tipo de grupos son para madres que presentan problemas emocionales, inexpertas o vulnerables al estrés. Otro tipo de grupo en el que puede participar el niño/a y su familia son los grupos centrado en la familia, en los que se busca cambiar activamente el sistema familiar y se crea un grupo unificado multifamiliar, pretende modificar de forma directa al abordar los problemas de los adultos/as para que los niños/as no se sientan la causa exclusiva de los conflictos y de forma indirecta con el uso de genogramas para comprender los cambios familiares como la reestructuración y las pérdidas, entre otros cambios (Schamess, 1996).

2.4. Proceso de la psicoterapia de juego grupal

La comprensión del proceso de la psicoterapia de juego grupal se ha estudiado desde diferentes enfoques psicoterapéuticos. La mayoría de las propuestas para estudiarlo consideran las etapas propuestas para la psicoterapia individual por las similitudes que presentan dichos procesos (West, 2000).

Desde el enfoque centrado en el niño/a, en grupos con límite de tiempo se han sugerido cuatro fases del proceso grupal: establecimiento, exploración, trabajo y terminación. En la Tabla 1 se describe cada una de ellas, así como los objetivos terapéuticos, las actividades que pueden llevar cabo y las habilidades de respuesta de los terapeutas en cada fase (Gumaer, 1984).

Desde la psicoterapia breve el proceso del grupo en los niños/as se ha descrito en cinco fases que son (Klein, 1996):

1. **Comienzo:** implica con frecuencia las tres primeras sesiones, se indica que el espacio y el juego son herramientas para la terapia, que no solo se trata de jugar.
2. **Fase temprana:** hay una mejoría preliminar o empeoramiento temporal del motivo de consulta.
3. **Fase intermedia:** A veces aparece frustración y decepción, por lo que se cuestiona la eficacia de la terapia, se recomienda promover la confianza en el grupo para que no se interrumpa el trabajo grupal.
4. **Fase avanzada:** Hay avances motivados por el tiempo de trabajo y por la cercanía del límite de tiempo.
5. **Terminación:** Hay emociones intensas, por lo que se pueden reactivar algunas pérdidas, es un momento para consolidar lo aprendido y respetar la fecha de cierre.

En otros estudios sobre el proceso de los niños/as en terapia de juego se postula que el niño/a pasa por una secuencia emocional que corresponde al desarrollo emocional normal de la primera infancia que incluye seis niveles (Moustakas en Ginott, 1961):

- Primero: No diferenciación e imprecisión de sentimientos positivos y negativos importantes.
- Segundo: Aparición de sentimientos concentrados, positivos y negativos en respuesta a los padres, hermanos y otras personas.
- Tercero: Sentimientos ambivalentes distintivos.
- Cuarto: Sentimientos negativos en atención primaria, a veces específicos.
- Quinto: Ambivalencia en actitudes importantes negativas y positivas.
- Sexto: Predominan los sentimientos positivos y aparecen como actitudes organizadas. Las actitudes negativas también se manifiestan. Actitudes tanto positivas como negativas diferenciadas, enfocadas, directas y en general acorde con la realidad.

Tabla 1. Fases del proceso grupal en psicoterapia (Gumaer, 1984)

FASE	OBJETIVO	ACTIVIDADES	HABILIDADES DE RESPUESTA DEL TERAPEUTA
<p>ESTABLECIMIENTO: Ansiedad e inseguridad acerca del grupo y los participantes. Riendo, falta de atención, llegar tarde, medianamente <i>acting out</i>. Niños/as muestran dependencia hacia el terapeuta</p>	<p>Ayudar a los niños/as: Comprender el objetivo del grupo. Familiarizarse con la situación de grupo. Ser consciente de sus sentimientos y de los de otros (cuáles existen, que están presentes en todas las personas todo el tiempo y nunca son malos o feos). Metas: auto-revelación y retroalimentación.</p>	<p>Auto-revelación superficial que implica hablar de las cosas.</p>	<p>Exponer claramente el propósito del grupo y el comportamiento que ese espera del grupo. Reflejar sentimientos de los niños/as Aclarar las afirmaciones de los niños/as. Hacer preguntas abiertas para especificar información. Hacer elogios verbales de las aportaciones y conducta adecuada del grupo. Sumarizar el material importante. Reflejar las señales no verbales más relevantes para los miembros del grupo.</p>
<p>EXPLORACIÓN: Niños/as ya no están ansiosos acerca de la experiencia de grupo. Experimentan ansiedad y una actitud defensiva por temor a una mayor personalización. Hay temor a revelarse y lo hacen a nivel superficial. Temor a ser juzgados o malentendidos.</p>	<p>Ayudar a los niños/as a: Revelar sus sentimientos y experiencias. Hacerse consciente y entender sus sentimientos y conducta en él mismo y en otros. Metas: auto-revelación, exploración y entendimiento de la relación entre los sentimientos y la conducta en él, y en otras personas.</p>	<p>Continuar promoviendo la auto-revelación a nivel superficial e incorporar niveles intermedios compartiendo: lo que les gusta y lo que no, la relación con sus padres, hermanos, maestros y compañeros de clase (personas importantes en su vida). Empezar a retroalimentar la conducta positiva de los niños/as.</p>	<p>Todas las de la etapa anterior y: Señalar las similitudes y diferencias en los sentimientos y conductas de los niños/as. Modelar retroalimentación positiva. Promover la retroalimentación positiva del niño/a hacia otros miembros del grupo. Mantener silencio cuando es apropiado.</p>
<p>TRABAJO: Niños/as comparten pensamientos y sentimientos íntimos. Ansiedad ha bajado y hay sentimientos de seguridad, actitudes de cuidado y sensibilidad hacia los demás.</p>	<p>Ayudar a los niños/as a: Continuar con la auto-revelación a un nivel más profundo. Examinar formas de comportamiento alternativas. Examinar las consecuencias de sus conductas antes de actuarlas. Identificar conductas efectivas e inefectivas socialmente. Asumir la responsabilidad por sus decisiones conductuales. Aprender el auto-control Aprender a tomar decisiones efectivas y adquirir herramientas para resolver problemas. Meta: Hablar directamente de sí mismos/as</p>	<p>Seguir con actividades de las etapas anteriores e incluir: Hablar acerca de temas que involucran directamente el <i>self</i> individual (yo personal): Escudo personal. Retroalimentación de conductas positivas y negativas que impliquen confrontación directa en y con el grupo.</p>	<p>Continuar con herramientas de las etapas anteriores. Obtener respuestas empáticas de los niños/as hacia otros miembros del grupo. Promover la retroalimentación sobre conductas inapropiadas hacia otros miembros del grupo. Promover la auto-revelación apropiada. Interpretar los sentimientos implícitos (subyacentes). Enfocar el cambio de comportamiento individual. Establecer metas para el cambio</p>
<p>TERMINACIÓN: Se inicia cuando los niños/as empiezan a practicar el aprendizaje nuevo cada día en sus vidas. Experimentan una mayor auto-conciencia y auto-responsabilidad. Dirigen sus metas activamente para hacer cambios de conducta que tienen un impacto positivo en sus vidas. Comienzan a sentirse plenos, funcionales y más eficaces socialmente.</p>	<p>Ayudar a los niños/as a: Poner en práctica sus aprendizajes nuevos en: toma decisiones responsables, expresión de sentimientos en forma socialmente efectiva y el cambio de conducta inapropiada a una más adecuada. Meta: Ofrecer una síntesis de la experiencia de los niños/as que incluya la integración de todo el trabajo realizado en las diferentes etapas de desarrollo del grupo.</p>	<p>Planear actividades en las que los niños/as puedan practicar tomar decisiones, resolver problemas e implementar conductas de cambio en grupo. Promover la transición de cambios en la conducta individual en el grupo a formas de comportamiento fuera del grupo. Promover la auto-evaluación y la apropiación de fortalezas.</p>	<p>Las de las tres etapas anteriores además de: Ofrecer el apoyo necesario para cada niño/a. Dar asesoramiento e información para encontrar apoyo fuera del grupo.</p>

También se ha descrito que los niños/as perturbados muestran el siguiente proceso en la terapia de juego (Moustakas en Ginott, 1961):

- a) Difusión de sentimientos negativos, expresados por todas partes en la terapia de juego.
- b) Sentimientos ambivalentes, generalmente ansiedad u hostilidad.
- c) Sentimientos negativos directos, expresados hacia los padres, hermanos y otros, o en determinadas formas de regresión.
- d) Sentimientos ambivalentes, positivos y negativos dirigidos a los padres, hermanos y otros.
- e) Actitudes positivas y negativas claras, inconfundibles, separadas, usualmente realistas, predominantemente positivas durante el juego.

Como resultado de otra investigación se ha manifestado que los niños “perturbados” que asisten a terapia de juego muestran más actitudes negativas que los niños considerados como “normales”. Dichas actitudes se han clasificado en los siguientes diez grupos (Moustakas en Ginott, 1961):

1. Regresión y desarrollo: Cualquier expresión de inmadurez o retracción en el juego a niveles de desarrollo anteriores. Este grupo incluía juegos o conductas que indicaran inmadurez en la alimentación, uso del baño, andar, hablar, aseo u otras tareas evolutivas.

2. Expresión de ansiedad: Cualquier expresión generalizada de temor no enfocada claramente.

3. Ansiedad con el orden: Cualquier expresión de una apremiante necesidad de mantener las cosas en orden o usar un pequeño número de juguetes o en formas restrictivas o en un espacio reducido.

4. Hostilidad hacia la gente: Toda expresión de agresión en el juego dirigida hacia la gente en general o hacia hombres, mujeres, niños o niñas en general, tanto verbal como a través de acciones.

5. Hostilidad hacia el hogar y la familia: Cualquier expresión de agresión en el juego dirigida a la familia, el hogar o los símbolos de la familia y la casa tanto verbal como a través de acciones.

6. Hostilidad hacia los padres: Toda expresión de agresión en el juego dirigida a los padres, tanto verbal como a través de acciones.

7. Hostilidad hacia los hermanos: Toda expresión de agresión en el juego dirigida a los hermanos, tanto verbal como a través de acciones.

8. Hostilidad hacia el terapeuta: Cualquier expresión de agresión en el juego dirigida al terapeuta, tanto verbal como a través de acciones.

9. Difusión de hostilidad: Cualquier acto de agresión generalizada dirigida a objetos inanimados o a seres humanos.

10. Ansiedad con la limpieza: Cualquier expresión de irresistible necesidad de estar limpio o de mantener el material de juego impecable, o temor de estar sucio o desaliñado.

Aunque los niños perturbados y los normales expresan actitudes negativas semejantes, los niños expresan intensamente y con mayor frecuencia las relacionadas con las categorías 1, 3, 5, 9 y 10. Las categorías 4 y 6 fueron expresadas más intensamente pero con menos frecuencia por el grupo de niños perturbados. La categoría 7 fue expresada con mayor frecuencia pero no con más intensidad por el grupo de niños “normales” o “regulares”. Los niños considerados en el estudio como “perturbados” expresaron actitudes negativas de forma difundida, mientras que los niños considerados como “normales” lo hicieron de

manera más enfocada. El estudio sugiere que como progresos terapéuticos, las actitudes negativas de los niños/as inadaptados se vuelven similares a aquellas de los normales, éstas son externadas con mayor claridad, más directamente, con menos frecuencia y menor intensidad (Moustakas en Ginott, 1961).

En cuanto a la estructura de las sesiones en el trabajo grupal, la mayoría de los autores sugiere el juego libre como la actividad a llevar a cabo dentro del grupo (Ginott, 1961; Axline, 1975; West, 2000; Landreth, 2002).

En México, algunos autores han propuesto alternativas de trabajo grupal que incluyen la participación de los padres en un proceso paralelo y la división de la sesión en momentos o tiempos (Dupont y Jinich, 2007). Esta técnica denominada Grupo Infantil Natural (GIN) y con sus padres/madres llamada Grupo Analítico de Padres (GAP). La evolución de este trabajo desembocó en una metodología en la que se identifican tres momentos durante las sesiones de terapia y a lo largo de todo el proceso. El primer momento denominado “hora de la acción” en el que se promueve la ruptura de esquemas tradicionales entre los niños/as y las personas adultas, además del establecimiento de contacto en el que aparecen una serie de actuaciones que los terapeutas pueden señalar, comentar e interpretar, con el material brindado por los niños/as durante este momento se trabaja en el segundo, la “hora de pensar”, en la que los terapeutas ayudan a los niños/as a elaborar verbalmente los contenidos del juego. Finalmente la sesión psicoterapéutica termina en la “hora de poner las cosas en su lugar”, en la que se estimula la actitud reparadora de los niños/as después de las frecuentes catarsis agresivas en las sesiones, este momento constituye un marco del adentro y del afuera de la sesión. Estos tres momentos son fundamentales y varían a lo largo del proceso terapéutico en su duración e intensidad (Dupont y Jinich, 2007).

El cierre del proceso grupal puede variar de acuerdo a su estructura, en el caso de los grupos de psicoterapia breve (Schames, 1996) y en los de duración limitada (Gumaer, 1984), la terminación se lleva a cabo en una fecha definida, mientras que en los grupos abiertos (Glasserman y Sirlin, 1984), la terminación del proceso

se va haciendo en diferentes momentos, cuando los niños/as muestran cambios que pueden considerarse como curación (indicadores de alta).

La participación en los grupos paralelos está contraindicada cuando los niños/as presentan tendencias suicidas importantes, y el hecho de ser el único en el grupo, esto es, el único varón, la única niña, el único niño/a adoptado/a, etcétera. Cuando el niño/a es el “único” en alguna característica, el terapeuta puede aceptarlo/a dentro del grupo si considera que tiene la experiencia para manejarlo en las sesiones apoyándose en su intuición y en las características del grupo. A veces se integra a un niño/a “diferente” con la idea de integrar más tarde a otro niño/a con características similares (Torras de Beá, 1996).

2.5. Modelo integrativo en psicoterapia grupal infantil

En la primera década del año 2000 la tendencia de los procesos de psicoterapia de juego con niños/as a nivel grupal, apunta hacia la integración de varios enfoques psicoterapéuticos y de técnicas de intervención provenientes de diferentes orientaciones psicoterapéuticas (Popescu y Gane, 2011). Aunque las propuestas integradoras y/o eclécticas en la psicoterapia han estado presentes desde los años treinta en el siglo XX (Feixas y Miró, 1993) y ha sido en el último cuarto de ese siglo el que podría considerarse como “la era de la integración” en la psicoterapia (Rosado, 2007).

El movimiento integrador o integrativo se formó a partir de: la proliferación de enfoques psicoterapéuticos, del reconocimiento de que una forma de psicoterapia no puede ser adecuada para todos, de la ausencia de eficacia diferencial entre las psicoterapias, del reconocimiento de la existencia de factores comunes a las distintas psicoterapias, del énfasis en las características del paciente y de la relación terapéutica como principales ingredientes del cambio. Este movimiento es una respuesta a las influencias sociales, políticas y económicas diversas, particularmente en los Estados Unidos, en donde la psicoterapia es financiada por empresas aseguradoras que han presionado para mejorar la calidad y duración de los tratamientos psicológicos (Norcross, 1986 en Feixas y Miró, 1993). Otro de los

fundamentos del movimiento de la integración es la existencia de factores terapéuticos comunes a todas las terapias (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004).

El término integrativo posee una variedad de significaciones. En algunos modelos de psicoterapia hace referencia al proceso de integración de la personalidad y a la integración de la teoría: unificando lo afectivo, cognitivo, fisiológico y comportamental (Erskine, 2012). La psicoterapia integrativa toma en cuenta puntos de vista sobre el funcionamiento humano que proporcionan una explicación válida de la función psicológica y del comportamiento, que se ven completadas cuando se integran de forma selectiva para una intervención más eficiente (Erskine y Moursund, 1988 en Erskine, 2012).

Otros autores se refieren a la integración en psicoterapia como un desafío que supere las posturas eclécticas, creando un diálogo entre las posturas que sustituya la lucha de escuelas por un contexto cooperativo para generar propuestas más evolucionadas que los enfoques existentes (Feixas y Miró, 1993).

El movimiento integrador aglutina esfuerzos en tres grandes áreas de trabajo: la integración técnica (eclecticismo técnico), la integración teórica (incluye al eclecticismo sintético) y el estudio de los factores comunes (Arkowitz, 1991 en Feixas y Miró, 1993). La primera de estas áreas es una tendencia que centra la selección de técnicas y procedimientos terapéuticos con independencia de la teoría en la que se han originado, pone un énfasis fuerte en lo técnico por encima de lo teórico. Esta área ha seguido tres líneas (pragmática, de orientación y sistemática). La segunda, la integración teórica, se funda en la idea de unir dos o más enfoques de psicoterapia para crear una mejor psicoterapia que las precedentes, enfatiza la integración de conceptos teóricos, aunque las técnicas también quedan integradas en virtud de esta síntesis teórica. Existen tres enfoques de integración teórica dominantes (híbrida, amplia y metateórica). La integración teórica es preferida por los terapeutas sobre el eclecticismo generalizado (Norcross, 1991 en Feixas y Miró, 1993). Finalmente, el área de los factores comunes supone la identificación de los ingredientes que comparten la mayoría de las psicoterapias, se centra en las similitudes tanto clínicas como

teóricas de los modelos y supone que las diferencias aparentes entre los constructos teóricos o las técnicas de diferentes psicoterapias son superficiales y esconden similitudes esenciales. Carl Rogers contribuyó de forma indirecta al argumento de los factores comunes al defender que la psicoterapia era efectiva no tanto por el empleo de técnicas sino por el tipo particular de relación humana que se establece con el cliente (Feixas y Miró, 1993). El concepto de relación, es el único y el más consistente en la psicología y en la psicoterapia (Erskine, 2012; Erskine, Moursund y Trautmann, 2012).

Algunos autores usan el adjetivo integrativo o ecléctico como sinónimos o indistintamente (Corey, 2000; Feixas y Miró, 1993) mientras que otros establecen una diferencia en su uso (Erskine, 2012). Para que una teoría sea integrativa en lugar de ecléctica debe inter-relacionar constructos procedentes de diferentes escuelas teóricas y separar aquellos conceptos o ideas que no sean teóricamente consistentes para conformar un núcleo coherente de constructos que den información y orienten el proceso de la psicoterapia (Erskine, 2012). Otros autores han usado el adjetivo “normativa ecléctica” para referirse a modelos que consideran la incorporación de teorías y técnicas de diversos enfoques psicoterapéuticos en un marco general en la psicoterapia de juego particularmente (Schaefer, 2005).

En los últimos años han surgido diversos modelos integrativos en la Tabla 2 se presentan algunos con sus respectivos autores (Feixas y Miró, 1993; Rosado, 2007; Ungo, 2010; Mariñelarena-Dondena, 2008; Erskine, 2012). Las combinaciones más frecuentes de orientaciones teóricas son: conductual y cognitiva, cognitiva y humanística, cognitiva y psicoanalítica. La terapia cognitiva es la usada con más frecuencia y la fuerte en la práctica ecléctica o integrativa (Norcorss, Karpiak y Lister, 2005).

Tabla 2. Autores y modelos integrativos

Autor	Modelo
Guillermo Feixas	Constructivismo e integración
S. D. Messer	Integración Asimilativa
Paolo Migone y Giovanni Liotti	Integrativo Cognitivo-Neurobiológico y Psicoanalítico
A. Rodríguez Alamo	Integrativos Psicoanalíticos
H. González Méndez Echevarría	Humanista, Sistémico y Cognitivo
Robert Neimeyer	Terapia cognitiva y Narrativa
J. Russell Ramsai	Terapia Posmoderna-Cognitiva
Paul Wong	Logoterapia y Terapia Cognitivo-Conductual
Anthony Ryle	Terapia Cognitivo-Analítica
Héctor Fernández-Álvarez	Cognitivo-Constructivista
Roberto Opazo Castro	Supra-paradigmático
P. Watchel	Psicoanálisis y terapia conductual
Richard Erskine	Psicoterapia Integrativa (Terapia Familiar, Psicodinámica, Centrada en el cliente, Conductista)
L. E. Bleutler	Psicoterapia Sistémica Ecléctica (Psicoterapia prescriptiva)

Algunos autores (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004) hacen referencia a la “actitud integrativa” en la que el terapeuta cree firmemente en la necesidad de compartir con el paciente las decisiones pertinentes a la marcha del proceso terapéutico, elude de plano que el paciente deba acomodarse a las necesidades del modelo. El modelo teórico del terapeuta integrativo tiene como característica esencial el “no reduccionismo”. Pensar “integrativamente” implica que el terapeuta muestra una tendencia a operar con esquemas abiertos y a rechazar las posiciones rígidas en el abordaje que hará del caso:

“El psicoterapeuta integrativo es capaz de privilegiar al paciente por encima de sus compromisos con su propio enfoque. Más que buscar demostrar que la propia teoría y técnica son las mejores, el psicoterapeuta integrativo se nutre de la mejor investigación para enriquecer su teoría y para perfeccionar su técnica” (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004, p. 18)”.

La actitud integrativa implica confiar en las fortalezas de los modelos de origen de los terapeutas que cuentan con muchos años de experiencia, así como abrirse al reconocimiento de sus limitaciones y experimentar las debilidades para desarrollar

un trabajo integrativo y ampliar la comprensión de los casos. No es necesario que los terapeutas se identifiquen con un modelo de integración teórica para experimentar pertenencia (Ungo, 2010).

La práctica de la psicoterapia integrativa generalmente transita por uno de dos caminos. En el primero, los/as terapeutas pasan por una formación institucional en algún modelo de psicoterapia integrativa. En el segundo, los terapeutas pasan por el aprendizaje de diferentes enfoques terapéuticos que luego integran desde la experiencia. En los países con más historia en la psicoterapia integrativa la mayoría de los terapeutas ha transitado el segundo camino (Ungo, 2010). Se ha señalado que este segundo camino con frecuencia se inicia en un modelo psicoterapéutico particular, y los terapeutas suman los conocimientos y la experiencia que han adquirido de otros enfoques (Sánchez, 1994).

En los modelos integrativos, los terapeutas pueden provenir de diferentes enfoques terapéuticos: cognitivo conductual, sistémico, psicoanálisis, psicología social, configuraciones vinculares (Ungo, 2010). No es necesario limitar la práctica a un modelo exclusivamente. Cada teoría tiene elementos que aportar y pueden integrarse a un estilo personal de conducir el grupo (Schneider y Corey, 2000 en Corey, 2000).

Existen situaciones clínicas que requieren especialmente de la aplicación de principios integradores de psicoterapia, éstas pueden resumirse en las siguientes (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004):

- Demandas complejas, donde el paciente se presenta a la consulta manifestando una pluralidad de síntomas y problemas que lo aquejan.
- Los trastornos de personalidad, entidades crónicas y con elevada comorbilidad que afectan a muchas áreas de la vida del paciente.
- Los trastornos adictivos, que exigen una máxima potencia en la intervención. En estos niveles no es posible renunciar a fuerza de cambio alguna que le pueda resultar útil al paciente.

- Las opciones de desarrollo personal. Un marco integrativo amplio y multifacético posibilita a su vez trabajar el desarrollo personal en relación con diferentes caminos y diferentes niveles.
- Las consultas que afectan a varios sistemas y que exigen intervenciones multinivel, es decir, que requieren de abordajes individuales, grupales y/o familiares.

La formación de psicoterapeutas en psicoterapia integrativa ocurre a través de (Ungo, 2010):

- El aprendizaje de las aportaciones más significativas de los diferentes modelos psicoterapéuticos y otras disciplinas de la psicoterapia.
- El aprendizaje de diferentes modelos de psicoterapia integrativa.
- La información y reflexión acerca de los aportes de la investigación en psicoterapia y la neurociencia.
- La discusión del material clínico desde diferentes enfoques.
- El intercambio de experiencias como terapeutas integradoras/es.

La formación de las/os psicoterapeutas desde el enfoque integrativo debe estar basada en la práctica clínica supervisada, estar atenta a los descubrimientos de la investigación, centrarse en la supervisión, prestar atención especial a los aspectos de la persona y del terapeuta que pueda interferir en la práctica o con la formación, así como ser evaluable por el sistema y el terapeuta en formación (Fernández, 2000 en Rosado, 2007).

El uso de modelos integrativos en la psicoterapia individual ha sido mayor en comparación a la psicoterapia grupal, aunque se ha señalado que:

“Las propiedades de un grupo de terapia promueven casi naturalmente el empleo de un modelo integrativo de trabajo. Su estructura facilita superar las antinomias más habituales en el quehacer clínico entre lo individual y lo social, entre lo histórico y lo actual, entre los diferentes planos de la actividad psíquica (intelectual, emocional, consciente/inconsciente, representacional/comportamental) (Fernández-Álvarez, 2004, p. 243)”.

La memoria del grupo permite de manera constante a cada participante actualizar la secuencia histórica, al mismo tiempo que los integrantes vuelcan y comparten, en cada sesión los acontecimientos que pueblan su vida cotidiana. El análisis de la dinámica de grupos tiene la finalidad de ayudar a entender mejor la naturaleza del conflicto (Fernández-Álvarez, 2004).

En la psicoterapia grupal con personas adultas se han generado algunas propuestas como el modelo ecléctico integrativo, que se refiere a una perspectiva basada en conceptos y técnicas de varios enfoques teóricos. El desarrollo de una perspectiva teórica integrativa requiere de lectura, pensamiento y experiencia constante. El eclecticismo puede ser una síntesis creativa de las contribuciones de diversos enfoques, integrando conceptos y técnicas que se ajustan a la unicidad de la personalidad y estilo del terapeuta (Corey, 2000).

En la psicoterapia con niños/as se ha resaltado la necesidad de tomar en cuenta varios enfoques para obtener mejores resultados. Algunos autores han integrado el enfoque psicodinámico y conductual en el trabajo con personas adultas que puede aplicarse en la psicoterapia infantil para que los/as terapeutas pueden utilizar intervenciones para promover el *insight* y la resolución de problemas (Watchel, 2008 en Propescu y Gane, 2011).

La psicoterapia integrativa infantil intenta nutrirse de la investigación y de la experiencia clínica para generar una teoría más completa, capaz de respaldar una actuación clínica más efectiva. Los modelos de psicoterapia integrativa en el trabajo con los niños/as tiene algunos desafíos aún, entre ellos (Esquivel, 2010):

- Asumir un adecuado punto de observación tranquilo y amplio, para acceder a la observación total (de 360°) de la dinámica psicológica.
- Aportar sistematización y orden al panorama de creciente desorden que presenta la psicoterapia.
- Privilegiar el conocimiento y al paciente por encima de sectarismos y dogmatismos.

- Establecer criterios epistemológicos claros y compartidos acerca de los alcances del conocimiento en psicoterapia y de su validez.

En la terapia con niños/as, la psicoterapia normativa ecléctica puede considerarse como un modelo de psicoterapia integrativa, ya que busca incorporar las teorías y técnicas de diversos psicoterapeutas en un marco general que facilite el desarrollo de estrategias de tratamiento específicas para el niño/a. Este modelo tiene como objetivo elaborar un plan de tratamiento individualizado que corresponda a las necesidades y situación del niño/a para optimizar el beneficio terapéutico. Este trabajo se ha guiado por diez principios (Shaefer, 2005):

1. *Terapéutica diferencial*: algunas terapias de juego son más efectivas que otras para determinados trastornos y que un niño que se desempeña en forma deficiente con una modalidad de terapia de juego quizá se desenvuelva bien con otra (Beutler, 1979 en Schaefer, 2005).
2. *Eclecticismo*: se rechaza la lealtad estricta a una sola corriente de tratamientos, refleja una separación decisiva de la ortodoxia “purista” junto con una mayor apertura de los psicoterapeutas para adaptarse a situaciones cambiantes y adecuar sus estrategias a las necesidades individuales de los niños/as.
3. *Basado en evidencias*: implica recopilar evidencias empíricas con el fin de sustentar o refutar en forma sistemática una hipótesis sobre las experiencias clínicas propias y de otros que han funcionado mejor.
4. *Comprensión de los mecanismos de cambio terapéutico*: entendidos como las descripciones de relaciones observadas que indican cuándo hacer algo, qué hacer y con quién hacerlo, buscando de forma continua las variables mediadoras y moderadoras que les ayuden a los terapeutas a entender las relaciones entre una determinada terapia de juego y sus resultados (Shadish y Sweeny, 1991 en Schaefer, 2005). Para lo que deben tenerse en cuenta las facultades terapéuticas del juego (Kaduson, Cangelosi y Schaefer, 1997): poder de comunicación, docencia, estimulación del yo y autorrealización.

5. *Especificidad del tratamiento*: se busca prescribir una intervención específica para paliar los problemas del niño/a estableciendo al principio de la terapia metas de tratamiento claramente definidas y detalladas.
6. *Evaluación completa*: tanto de los síntomas como de los determinantes (internos y externos) del problema del niño/a, esto es, formular el caso en un resumen descriptivo y explicativo de los aspectos, problemas y fortalezas más importantes para una intervención adaptada a las necesidades del niño/a.
7. *Intervención con componentes múltiples*: implica combinar diversas teorías y técnicas para fortalecer la intervención de modo que lleguen a integrarse estrategias de juego a nivel individual, grupal y familiar en un mismo proceso de psicoterapia para un mismo caso, esto es, una intervención que atienda al origen biopsicosocial del motivo de consulta.
8. *Pragmática*: conlleva la adopción de una actitud práctica, es decir, que si funciona o es de utilidad adquiere valor psicoterapéutico.
9. *Realista*: el terapeuta busca una valoración realista del potencial y las limitaciones con respecto a los alcances de la terapia de juego, no se trata de una panacea.
10. *Directrices de la práctica*: implica la idea de que la ciencia ha madurado lo suficiente como para proporcionar al menos algunas directrices sobre la calidad de la práctica, esto es, que hay intervenciones que han demostrado ser más efectivas para ciertos trastornos que otras.

Sobre las directrices de la práctica se ha señalado que algunas terapias de juego son eficaces en diversas condiciones o trastornos infantiles a nivel individual y grupal. El trabajo normativo o integrativo en la terapia de juego grupal cuenta con algunas directrices como se muestra en la Tabla 3 (Schaefer, 2005).

Tabla 3. Directrices de la práctica en terapias de juego grupal.

Condición o trastorno infantil	Terapias con sustento empírico
Agresividad	Terapia de juego grupal Bay-Hinitz, Peterson, Qualitch, 1994; Dubow, Huesman, Eron, 1987; Orlic, 1981)
Obesidad	Terapia de juego grupal (White, Gauvin, 1999)
Dificultades en las relaciones con los compañeros	Terapia de juego grupal (Schaefer, Jacobson, Ghrahramanlou, 2000).
Hijos de padres divorciados	Terapia de juego grupal (Pedro-Carroll, Cowen, 1985)
Duelo	Terapia de juego grupal (Netel-Gilman, Siegner, Gilman, 2000)
Hijos de padres alcohólicos	Terapia de juego grupal (Rohde, 1999)

Existen otros modelos de psicoterapia grupal infantil integrativa que incluyen elementos de la terapia de juego, el arte terapia, la hipnoterapia, la terapia cognitivo conductual, la terapia centrada en el cliente y la terapia familiar (Pospecu y Gane, 2011). Aunque otros autores han señalado que la integración de modelos como estos no sería posible por su origen epistemológico (individualizador, sistémico y post-estructural), ya que aunque es posible adoptar prácticas y algunos conceptos teóricos, es imposible integrar teorías a partir de epistemologías distintas, como ocurre con otros modelos que en apariencia son una integración a través de epistemologías y en realidad no lo son (Dickerson, 2010).

Este capítulo presentó un panorama general de la psicoterapia grupal infantil considerando algunas definiciones, sus fundamentos y principios, la estructura y composición que puede tener este tipo de trabajo con los niños/as, así como el proceso en que se desarrolla para concluir con una evolución resultado del desarrollo teórico y práctico de la psicoterapia: los modelos integrativos en el trabajo grupal.

Después de esta revisión se puede concluir que la psicoterapia de juego grupal es una forma de trabajo que por sus características conduce al proceso de integración de diferentes enfoques de la psicoterapia. Sin embargo, la evolución

hacia la integración no supone la creación de un modelo, sino de modelos integrativos. La pluralidad en el trabajo psicoterapéutico infantil tanto individual como grupal conduce a la pluralidad de modelos integrativos, no a un modelo que integre los modelos. Cada uno de los modelos integrativos es único y aunque se han hecho esfuerzos para sistematizarlos y existen principios para integrar los enfoques teóricos clásicos y sus técnicas, así como directrices para la formación de terapeutas con actitud integrativa, prevalece la pluralidad de modelos denominados como integrativos o integradores.

Esto sugiere que cualquier intento de integración de las diferentes perspectivas teóricas para el trabajo psicoterapéutico infantil grupal es siempre personal considerando tres factores:

1. El estilo personal del terapeuta
2. Los modelos o perspectivas que elige para hacer la intervención en psicoterapia
3. Las necesidades del grupo psicoterapéutico en el que se interviene

La psicoterapia de juego grupal e integrativa ofrece un espacio enriquecedor para obtener los máximos beneficios para el niño/a y su familia en los procesos de adaptación psicológica. Sigue siendo un reto para los terapeutas ceñirse a un modelo integrativo de los presentados en este trabajo o a otros después de larga trayectoria o experiencia en un modelo de los considerados como tradicionales (psicoanalítico, gestáltico, cognitivo-conductual, etcétera), quizá en su propia evolución lleguen a constituir un modelo más de psicoterapia integrativa en la atención grupal a los niños/as y sus familias.

En México aún no se ha reportado la creación o desarrollo de modelos integrativos en psicoterapia individual o grupal. A diferencia de otros países en los que existe la experiencia en modelos integrativos en la práctica psicoterapéutica individual y grupal.

CAPÍTULO 3

LOS GRUPOS PARALELOS EN LA PSICOTERAPIA INFANTIL

3.1. Definición de la técnica de grupos paralelos

La técnica denominada grupos paralelos es una forma de trabajo en la que los padres/madres se reúnen por separado con un/a psicólogo/a mientras su hijo/a asiste a un grupo de psicoterapia infantil con un/a terapeuta. Este trabajo permite a los participantes de ambos grupos compartir experiencias y sentimientos, gestar nuevas vivencias relacionales y de comunicación; elaborar sentimientos de anormalidad, soledad o culpa; y darse a conocer y desarrollar intercambios empáticos, facilitando el acercamiento a otras personas (Torras de Beá, 1996 en Taborda y Toranzo, 2002).

Los grupos paralelos de hijos/as y padres (cuidadores), funcionan como soportes mutuos, ya que cada miembro de la relación (padre/madre/persona cuidadora-hijo/a) establece una relación de complementariedad: si uno se transforma promueve el cambio en el otro, esto a través de un interjuego de identificaciones e identificaciones proyectivas, amplificándose los efectos terapéuticos (Toranzo y Taborda, 2005).

Los grupos paralelos tienen objetivos diagnósticos y terapéuticos. El primer tipo de objetivos implica conocer a los niños/as y a los padres/madres para orientar el trabajo posterior y el enfoque terapéutico a proponer. El segundo tipo, implica todos aquellos cambios que signifiquen una mejoría personal o de la comunicación. Esto es, que los objetivos terapéuticos implican ampliar y enriquecer las capacidades y los aspectos sanos de los/as participantes, de contribuir a la evolución de la identidad, de mejorar sus relaciones interpersonales para beneficiar las distintas áreas de la vida tanto de los niños/as como de sus padres/madres. En los grupos paralelos se busca agregar elementos terapéuticos,

esto es, todo aquello que facilita la maduración y el progreso personal. Algunos niños/as y sus padres/madres tienen mejores condiciones al empezar el grupo (son más sanos, introspectivos, capaces de escuchar y observar), por lo que se benefician más del grupo. Los terapeutas a cargo de los grupos deben tener en consideración cualquier elemento terapéutico por pequeño que parezca (por ejemplo: señalar el silencio o la pausa para responder a lo que sucede en el grupo, etcétera), esta es la actitud más adecuada para el trabajo con grupos (Torras de Beá, 1996).

Cuando los objetivos del grupo son diagnósticos éstos se llevan a cabo en sesiones en las que se incluyen los padres/madres y su hijo/a (Privat y Quélin-Souligoux, 2003) o pueden llevarse a cabo de manera individual, lo que implica un pasaje del diagnóstico individual a la psicoterapia grupal, ya que se realiza como un primer momento en el trabajo psicoterapéutico hacia el inicio del trabajo con los grupos paralelos, después se propone realizar entrevistas grupales con todos los integrantes de los grupos paralelos para que todos los integrantes de los grupos conozcan al equipo terapéutico, verificar la disponibilidad para el tratamiento, establecer el contrato de trabajo y acordar la periodicidad de las reuniones y su duración, el tercer momento de los grupos paralelos lo marca el inicio simultáneo del grupo psicoterapéutico de los niños/as y del grupo de reflexión u orientación para los padres/madres (Taborda y Toranzo, 2002).

En el trabajo con los grupos paralelos, particularmente en el grupo de padres/madres, se han identificado cuatro patrones verbales de emoción-abstracción a través de un análisis de los aspectos formales de las conversaciones psicoterapéuticas los patrones encontrados en grupos con duración de un año son (Toranzo, Taborda, Ross, Mergenthaler y Fontao, 2008):

- “*Relaxing*”: bajo tono emocional y baja abstracción
- “*Reflecting*”: bajo tono emocional y elevada abstracción
- “*Experiencing*”: elevado tono emocional y baja abstracción.
- “*Connecting*”: elevado tono emocional y elevada abstracción

A partir de estos patrones verbales se propone una secuencia prototípica de cinco fases del ciclo terapéutico en el grupo de padres:

- 1) *“Relaxing”*
- 2) *“Experiencing”*
- 3) *“Connecting”*
- 4) *“Reflecting o experiencing”*
- 5) *“Relaxing”*

Aunque aún no es posible obtener conclusiones definitivas sobre el proceso grupal en el trabajo con los padres (por el análisis clínico descriptivo que generalmente se hace) (Toranzo, Taborda, Ross, Mergenthaler y Fontao, 2008), hasta ahora se sabe que en los grupos de padres en la técnica de grupos paralelos:

- Predomina el nivel racional y hay una creciente cohesión grupal.
- El grupo puede ser continente de los sentimientos hostiles hacia los hijos/as, que se manifiestan en expresiones como: “el niño roba, no aprende”.
- En el intercambio grupal se hace referencia a la frustración por la ausencia de pareja y con frecuencia culpabilizan a otra persona por lo “negativo” (padre, maestra, etcétera).
- Se expresan sucesos biográficos traumáticos y la forma en que esto se refleja en el espacio intersubjetivo transgeneracional.
- Disminuye la dependencia hacia el terapeuta.

Finalmente, el trabajo paralelo de padres/madres e hijos/as tiene una función introspectiva y proyectiva. En la primera los integrantes expresan sus sentimientos y reacciones, de manera similar a como lo harían en un tratamiento individual. En su función proyectiva en el trabajo con grupos paralelos, los afectos y las relaciones de objeto se externalizan, escenifican y actúan en el tejido de relaciones interpersonales, según la modalidad particular de relación objetal. De tal forma, que las rivalidades, las envidias, los celos, la seducción, las dependencias, el sometimiento, las inhibiciones y las tendencias sádicas pueden

ser observadas con claridad desde la perspectiva de los padres (Toranzo, Taborda, Ross, Mergenthaler y Fontao, 2008).

3.2. Antecedentes del trabajo con la técnica de grupos paralelos

En México el trabajo con grupos paralelos de niños/as y sus padres/madre, tuvo su origen en la técnica psicoterapéutica denominada Grupo Infantil Natural (GIN) en 1974. Se pedía a los padres/madres asistir a un Grupo Analítico de Padres (GAP) o a un proceso de psicoterapia individual como requisito para que el niño/a formara parte de la experiencia psicoterapéutica grupal (Dupont y Jinich, 2007).

En otros países, el trabajo con grupos paralelos comenzó a desarrollarse a finales de los años ochenta en los Estados Unidos de América como un modelo de atención grupal que incluía a las madres o personas cuidadoras de niños/as que habían vivido abuso sexual, para ayudar a la familia a enfrentar la situación (Golden y Damon, 1989).

Por los años ochenta también en España comenzaron a llevarse a cabo terapias con grupos paralelos de niños y madres con una base teórica psicoanalítica que se desarrolló y ha tenido cambios en la técnica grupal con niños/as (Burrueco, Molins, De la Iglesia y Mollejo, 1992).

Luego a mediados de los años noventa, también en España, los grupos terapéuticos de hijos y padres se abrieron como una modalidad terapéutica de base relacional, como una experiencia social de comunicación e interacción a través del intercambio verbal y de actividades en las que los participantes pueden aprender a escucharse mutuamente. Estos grupos tienen como objetivo modificar las relaciones interpersonales regresivas, mejorar la capacidad de compartir y aprender uno del otro, y de esta forma desencallar y promover el desarrollo del niño/a y su familia (Torras de Beá, 1996).

A principios del año 2000 en Argentina se retomó el trabajo hecho en España para la creación y desarrollo de la técnica de grupos paralelos con niños y sus padres,

así como con adolescentes (Taborda y Toranzo, 2002; Taborda y Toranzo, 2005; Taborda y Sosa, 2005; Toranzo, Taborda, Ross, Mergenthaler y Fontao, 2008).

3.3. El trabajo con los padres/madres en los grupos paralelos

El papel de los padres/madres en el proceso de psicoterapia de sus hijos/as se ha considerado un elemento primordial en la producción, establecimiento y mantenimiento de los cambios que se promueven en la psicoterapia infantil individual. Aunque también se considera que los niños/as pueden lograr cambios o avances sin la presencia o participación de los padres/madres a lo largo del proceso de psicoterapia (Axline, 1975).

Muchos de los casos descritos desde el enfoque centrado en la persona son niños/as que fueron víctimas de negligencia, rechazo y maltrato de los padres, y ellos *solos* en la terapia de juego individual elaboraron una adaptación para estos problemas, comprobando que la capacidad interior del individuo para adaptarse a las condiciones que a veces se ven forzados a afrontar, es mucho mayor de lo que generalmente se cree (Axline, 1975; West, 2000). En la mayoría de los casos que exponen el terapeuta jamás conoció a los padres, o sostuvo algún contacto con ellos. Esto demuestra que no existió la necesidad para una terapia concomitante en tales casos, sin embargo se considera desde este enfoque que es posible tener un progreso más rápido en el niño/a si la madre/padre busca asesoría: “Es sencillo apreciar cuanto más simple y completa sería la terapia si ambos, padre e hijo, recibieran ayuda al mismo tiempo” (Axline, 1975, p.75). Desde el enfoque centrado en el niño/a no existen trabajos escritos en los que se haga referencia al tipo de trabajo con los padres/madres de los niños/as que asisten a la psicoterapia de juego grupal, ni a su existencia de forma paralela.

Tanto el psicoanálisis como la teoría sistémica han guiado y aportado conocimientos sobre el desarrollo emocional y el papel que juega la relación con los padres/madres en la constitución de la subjetividad del niño/a (Aznar, 2009).

Actualmente, las intervenciones con padres/madres se enfocan en planteamientos entre lo físico y lo psíquico, lo interpersonal e intergeneracional (Taborda y Toranzo, 2002). Particularmente, desde el psicoanálisis de niños/as se han sostenido dos consideraciones técnicas como foco de interés: el papel de la doble transferencia en el trabajo con los padres/madres y el carácter de la intervención con ellos/as (psicoterapéutica o psico-educativa).

Desde el psicoanálisis el papel que se les ha atribuido a los padres/madres en las intervenciones durante la psicoterapia de los niños/as ha evolucionado a lo largo del tiempo. Desde el caso Juanito en el que Sigmund Freud utilizó como intermediario al padre del niño para tratar una fobia, hasta las posturas de Melanie Klein y Anna Freud, esto es, desde el papel secundario de los padres/madres hasta considerar la relación del niño/a con su familia como estructurante del aparato psíquico que se desarrolla en paralelo al análisis del niño/a (Aznar, 2009). La relevancia de una serie de constructos provenientes del Psicoanálisis como el apego, el narcisismo, la regulación emocional junto con la motivación sexual, muestran un panorama complejo que obliga de alguna forma a regresar y revisar los objetivos de la psicoterapia con niños/as y del papel de los padres/madres (Aznar, 2009). Los autores de procedencia psicoanalítica sugieren que la familia tendría una estructura inconsciente, desconocida para los miembros y que conduce a lealtades invisibles que influyen en el funcionamiento familiar (Berenstein, 1978; Boszormenyi-Nagy y Spark, 1994 en Aznar, 2009).

Desde la teoría sistémica se ha considerado la inclusión de los padres como pieza clave en la terapia familiar por la importancia de las fronteras y los límites entre los subsistemas en la organización familiar, así como la diferenciación jerárquica entre el subsistema parental y el filial (Aznar, 2009).

También desde la perspectiva sistémica se ha sugerido que la estructura tríadica es el sistema estable más reducido en la familia y en cualquier otro grupo (Bowen, 1989 en Aznar, 2009). Esta configuración emocional compuesta por tres personas representa una maduración del sistema narcisista que lleva a la aceptación de una relación no exclusiva con la figura proveedora del afecto. Las situaciones de

“terceridad” complejizan la relación y en esa medida permiten el crecimiento o desarrollo emocional (Calvo et al., 1982 en Aznar, 2009).

Otra de las aportaciones de los modelos sistémicos es el concepto de rol que permite una lectura de la dinámica familiar tanto de los papeles jugados por los hombres como por las mujeres. En años recientes, estos roles han cambiado y la estructura familiar ha cambiado, esto requiere una lectura e intervención que incluya el contexto en el que se desarrolla la parentalidad tanto en la red cercana (como la ausencia de la madre o del padre, la crianza con los abuelos, etcétera) como en el medio social temporal en que se inserta la familia (la doble jornada de la madre, la participación más activa de los padres en la crianza, etcétera) (Cuecco, 2006 en Aznar, 2009).

La homeostasis y la asignación y asunción de roles son elementos muy importantes a registrar a lo largo de la psicoterapia, ya que en ocasiones la mejoría de uno de los miembros de la familia puede influir en el surgimiento de focos de conflicto que estaban ocultos y puede suponer si no se detecta tiempo, una fuente de sufrimiento para otro miembro de la familia o una amenaza para la continuidad de la terapia al perturbarse las alianzas entre los miembros de la familia con respecto al niño/a (Icart y Ribalta, 2005 en Aznar, 2009).

En el trabajo con los padres/madres se busca el desarrollo de las capacidades de parentalización para desempeñarse en el grupo familiar. Dichas capacidades son procesos internos de los padres/madres que se relacionan con su desarrollo personal y su capacidad de representar su experiencia de crianza (Main, 2001 en Aznar, 2009). Existen dos capacidades centrales: la primera es la capacidad reflexiva, que implica que los padres/madres pueden representarse su propia subjetividad y la del niño (Fonagy, 2004 en Aznar, 2009); la segunda implica la capacidad de reconocer a su hijo/a como una figura completa, ya que uno el niño/a representado en la mente de los padres/madres y otra la del niño/a real que tienen que llegar a conocer (Green, 2003, en Aznar, 2009).

En el trabajo con los padres/madres las tareas a desarrollar son: a) promover y apoyar la continuidad de la psicoterapia con el niño/a; b) vincular y promover cambios en los aspectos del funcionamiento familiar que resultan difíciles para los padres/madres (comportamientos, modos de relacionarse, circunstancias externas, como duelos o enfermedades, etcétera). La intervención de carácter personal (o psicoterapéutica) queda excluida considerando que el niño/a es la persona en la que está centrada la psicoterapia, sin embargo, el trabajo con los padres/madres puede conducir a identificar y definir la necesidad de buscar o tomar psicoterapia individual (Aznar, 2009).

El trabajo con los padres/madres tiene varios objetivos que se engloban en ampliar su capacidad reflexiva. Para lograrlo el terapeuta debe (Aznar, 2009):

- Favorecer la relación terapeuta-padre/madre abordando las dificultades del desempeño de su papel.
- Establecer la alianza con el subsistema de padres/madres que promueva cambios en la relación con la familia de origen (trabajo intergeneracional) y en la estructuración triangular de la familia actual.
- Facilitar la comprensión de las dificultades del niño como miembro de una estructura familiar (sus cambios favorecerán también el cambio en el niño/a).

Es conveniente considerar dos tipos de entrevistas con los padres/madres: las que forman parte del encuadre de trabajo y una entrevista cada cierto tiempo para hablar de la evolución de su hijo/a. El niño/a será participe de los contenidos de esas entrevistas previamente (Aznar, 2009).

El cuestionamiento sobre el carácter psicoterapéutico de la intervención con los padres/madres se ha nutrido de fundamentos para no valorarlo solo como psicoeducativo. Los padres/madres están en posición de crecer emocionalmente (Green, 2003 en Aznar, 2009); se incide en su capacidad reflexiva y se promueve ampliarla como una capacidad central en la parentalidad. Más que educar a los padres/madres se busca el desarrollo de sus capacidades para la crianza considerando los límites que supondrán la recomendación de una psicoterapia

individual para ellos/as. El trabajo con los padres/madres y su hijo/a no supone una terapia familiar, sino una intervención que implica la combinación del trabajo con el niño/a y un trabajo con ellos/as. Se trata de que se sientan más conscientes y menos culpabilizados al ser incluidos en los procesos psicoterapéuticos, y puedan aceptar cada vez más que son parte del problema y de la solución (Aznar, 2009).

En la psicoterapia infantil grupal también se considera la participación de los padres/madres como un elemento terapéutico invaluable. Una de las formas en que se promueve dicha participación es a través de un grupo de padres, independiente y simultáneo al de los niños/as, que sirva para que los padres/madres aprendan sobre la educación infantil, las necesidades emocionales y los patrones de interacción que dificultan la relación con sus hijos/as (Schames, 1996). Esta forma de participación se ha desarrollado y recibe el nombre de grupos paralelos (Damon y Golden, 1989; Matthews y Cunningham, 1983; Torras de Beá, 1996; Westman, Kinsky y Erickson, 1963).

Con frecuencia quienes asisten a estos grupos son las madres, aunque se trata de un grupo de “padres”. Esto se debe a los estereotipos de género en el cuidado de los niños/as que recae en las mujeres, quienes atienden con frecuencia a los niños/as en el ámbito privado (madres, abuelas, etcétera) y en el público (psicólogas, maestras, etcétera) (Torras de Beá, 1996).

El grupo tanto de los padres/madres como de los niños/as, suele progresar atravesando diversas etapas que no suceden en orden lineal y progresivo, sino con una trayectoria irregular, quebrada, recurrente, con momentos tanto de progreso como de regresión. En el caso de los grupos de padres/madres hay algunas etapas por las que atraviesan prácticamente todos los grupos (Torras de Beá, 1996):

- *Primera etapa:* Los padres/madres suelen explicar los problemas de sus hijos/as además de solicitar a los terapeutas normas o pautas para hacer desaparecer el problema de su hijo/a. Con frecuencia los padres/madres

reclaman respuestas exigiéndolas y quejándose del grupo, ya que las respuestas del terapeuta apuntan a la exploración de la relación con sus hijos/as en lugar de ofrecer pautas o normas. Surge también competencia entre los padres/madres con el terapeuta en una mezcla de momentos de apertura y confianza.

- *Segunda etapa:* se caracteriza por el hecho de que algún padre/madre evoca aspectos de su infancia en relación a lo que sucede a su hijo/a y el resto de los participantes del grupo lo hace también. Se llega a este punto cuando hay una mayor cercanía y comprensión con su hijo/a. Dichos recuerdos ofrecen más proximidad contacto y entendimiento con el niño/a.
- *Tercera etapa:* Se marca el inicio de esta etapa por los procesos de elaboración de los padres/madres sobre el motivo de consulta. Asocian, responden a lo que otros padres/madres expresan, comparten puntos de vista que van ampliando y modificando gradualmente. Incrementa su capacidad de darse cuenta sobre sus reacciones, estados emocionales y la participación en sus relaciones interpersonales. Se aprecia también un cambio favorable en la imagen que los padres/madres tienen de sus hijos/as y en su propia imagen. Incluso algunas veces se expresan dichos cambios a través de su apariencia externa (madre más arreglada o mejor vestida).

En los grupos de padres/madres surgen diferentes temas, dependen de las características de las edades y problemas de su hijos/as, así como las características que tiene como padres/madres. Algunos de los temas que abordan con frecuencia cuando los niños/as son pequeños son (Torras de Beá, 1996):

- Las dificultades con la comida, esto es, el rechazo de ciertos alimentos, rarezas en los hábitos alimenticios o dificultades para comer de todo, y la ansiedad de que sus hijos/as “comen poco”.
- El llanto y las dificultades para dormir, esto se acompaña de miedos en los que los hijos/as reclaman la compañía de los padres/madres o ir a su cama.

Cuando los niños/as son más grandes los temas que los padres/madres abordan en el grupo se amplían y con frecuencia se orientan hacia:

- La obediencia
- Los celos y las peleas entre los hermanos/as
- El temor al fracaso escolar del niño/a y la disciplina sobre los estudios
- Las relaciones con los maestros/as y con la escuela
- Los hábitos de higiene, el orden y las tareas domésticas
- El sentimiento de que los hijos/as les “toman el pelo”
- Los castigos y el fracaso de los mismos
- La forma en que gastan el dinero que les dan
- El origen de los problemas y la culpa
- El trato igualitario a todos los hijos/as
- La diferencia de comportamiento del niño/a en diferentes contextos
- El temor a las “malas compañías” y la elección de las amistades de sus hijos/as
- La queja de falta de diálogo porque los hijos/as no explican nada
- La hora de volver a casa
- El temor a la sexualidad de las hijas (el embarazo, las drogas y el SIDA)
- El desacuerdo entre el padre y la madre sobre la educación de los hijos/as
- La dependencia y la independencia
- La decepción y sus expectativas como padres/madres
- La confrontación entre el mundo de los padres/madres y las modas adolescentes
- Las comparaciones de ellos mismos con sus hijos/as (Yo a su edad...)
- Los sentimientos de que sus hijos/as tienen “más suerte” de la que ellos tuvieron

Estos son solo algunos de los temas que se pueden abordar a lo largo de las sesiones con los padres/madres, sin embargo, puede extender aún más considerando la situación familiar de los niños/as como: la ausencia de uno de los

padres o ambos, alguna enfermedad congénita, la institucionalización del padre o la madre por trastornos psiquiátricos, la adopción del niño/a, etcétera.

En el proceso de selección de los padres/madres se deben considerar como características para unirse al grupo (Golden y Damon, 1989):

- Adultos con disposición a escuchar y empatizar con otras personas y no asumir los problemas de otros como si fueran propios. Los cuidadores con patologías severas, abuso de sustancias o una historia de negligencia severa hacia el niño/a no son candidatos para el grupo.
- Personas que acepten abiertamente la problemática del niño. Los cuidadores que niegan completamente que exista alguna dificultad con el niño/a no son buenos candidatos a este tipo de trabajo.
- Adultos con consistencia afectiva y lealtad hacia el niño/a para no sabotear el tratamiento desconfiando del niño/a.
- Personas con sistemas de creencias rígidos que no permitan la exploración de los problemas e impida el proceso del grupo.
- Adultos que están demasiado enredados en la problemática del niño/a y la participación en un grupo resulta intolerable.
- Personas con gran enojo y que asisten al grupo por solicitud de alguna institución (tribunal, corte o escuela) que no permite desarrollar una relación de confianza con otros miembros del grupo o con el terapeuta.
- Adultos con severos desacuerdos con su pareja como cuidadores, ya que esto puede distraer la agenda del grupo. En estos casos uno de los padres puede ser seleccionado para unirse al grupo.
- Personas involucradas emocionalmente con el niño/a para que participen activamente en el grupo de adultos y promuevan los cambios en el niño/a en el contexto familiar.

Es importante evitar a los padres/madres con incapacidad para el compromiso, que hace que su asistencia sea irregular o a destiempo, y no se sabe si se puede contar con ellos (funcionamiento *borderline* importante). Tampoco es apropiado

que asistan padres/madres que puedan ser muy invasivos o psicóticos, ya que no se beneficiaran del grupo ni permitirán su funcionamiento. Estas características de los padres/madres son difíciles de valorar en el periodo inicial del grupo (Torras de Beá, 1996) por lo que se debe estar atentos a su comportamiento en el grupo para tomar las medidas necesarias para beneficiar al grupo tanto de padres/madres como al de niños/as, esto es, recomendar ayuda psicoterapéutica individual si la contención que el grupo ofrece no es suficiente para regularizar el funcionamiento del padre/madre. Se puede realizar una sesión de diagnóstico en grupo tanto para los niños/as como para los padres/madres y lograr la conformación de grupos con buen pronóstico psicoterapéutico (Sirlin y Glasserman, 1976 en Torras de Beá, 1996).

En algunos grupos paralelos se sugiere iniciar el trabajo grupal en una sesión en la que se encuentren presentes tanto los niños/as como sus padres/madres y los terapeutas para enunciar la regla de discreción. También se sugiere que sean los padres/madres quienes elijan la periodicidad de las reuniones. En esta primera sesión son numerosos los padres/madres que se muestran reticentes a reunirse con regularidad, por lo que se sugiere que la misma periodicidad que la del grupo de niños/as, particularmente si se trata de niños/as pequeñas o con dificultades de separación de los padres/madres. En este primer encuentro también se debe enunciar explícitamente que la tarea del grupo de padres/madres es ante todo facilitar y contener el funcionamiento de los niños/as en el grupo, ya que este grupo no es portador explícitamente de un proyecto terapéutico (Privat y Quélin-Souligoux, 2003).

3.4. Ventajas y limitaciones de los grupos paralelos en psicoterapia infantil

El trabajo con grupos paralelos ofrece mayores beneficios que la terapia individual o en la que solo se atiende al niño/a grupalmente sin la participación de los padres/madres. Algunas de las ventajas que ofrece son (Torras de Beà, 1996):

- Compartir experiencias y sentimientos, gestando nuevas vivencias relacionales y de comunicación, configurando una dinámica en la que cada

miembro aporta elementos psicoterapéuticos a los demás y cada uno recibe del conjunto.

- Elaborar los sentimientos de soledad, anormalidad y culpa.
- Darse a conocer y desarrollar intercambios empáticos, facilitando el acercamiento a otros.
- Encontrar soportes mutuos, ya que cada miembro de la relación establece una situación de complementariedad, es decir que los cambios que se producen en un grupo generan un efecto sobre el otro (situación de complementariedad).
- La posibilidad de conocer algo más de sí mismo y de los otros a partir de las imágenes que devuelven los compañeros y el terapeuta.
- Permiten trascender el modelo centrado en la estructura individual y/o familiar cerrada en sí misma, ya que brindan un modelo exogámico en el que cada miembro del grupo puede dar nuevos aportes, visiones, modelos de interacción que transforman las estructuras individuales (Toranzo, Taborda, Ross, Mergenthaler y Fontao, 2008).

Además, el trabajo con padres/madres e hijos/as en grupos simultáneos (Privat y Quélin-Souligoux, 2003):

- Evita los sentimientos de exclusión del tratamiento de su hijo/a.
- Crea un espacio para abordar sus inquietudes e interrogantes de los padres/madres sobre la relación de su hijo/a con otra persona adulta (el/la terapeuta).
- Evita que hagan preguntas a sus hijos/as sobre lo ocurrido en la psicoterapia grupal infantil.
- Ofrece la posibilidad de interrogarse mutuamente sobre su rol parental y permite que realicen un trabajo sobre ellos /as mismos.
- Permite a los padres/madres re-encontrarse con momentos de su infancia y llegar a identificarse con su hijo/a.

- Disminuye el ausentismo y promueven la permanencia del grupo de niños/as (preserva y contiene al grupo psicoterapéutico de los niños/as)

Los grupos paralelos tienen algunas limitaciones:

- La angustia de los padres/madres puede llevar a la deserción del grupo y en consecuencia al abandono del niño/a del grupo psicoterapéutico (Dupont y Jinich, 2007).
- La incapacidad para el compromiso de los padres/madres que lleva a la asistencia irregular o a destiempo influye en el proceso de psicoterapia del niño/a (Torras de Beá, 1996).
- El grupo de padres/madres puede estar conformado por personas de diferentes edades, nivel socio-cultural y dificultar la vinculación entre los miembros del grupo (demasiado heterogéneo).

El grupo de padres/madres es terapéutico por su función de contención, la oportunidad que ofrece para expresarse, compartir experiencias, observar las relaciones con los hijos/as y los propios sentimientos y reacciones. El objetivo es ayudar a los padres/madres a revisar su enfoque, a darse cuenta de los círculos viciosos en el funcionamiento familiar y a apoyar el trabajo con sus hijos. La existencia del grupo de padres/madres mejora la regularidad en la asistencia al grupo de niños/as (Torras de Beá, 1996).

3.5. Los terapeutas en los grupos paralelos: la co-terapia

El trabajo psicoterapéutico con grupos requiere que el psicoterapeuta tenga algunas habilidades adicionales a las que se requieren en el trabajo individual (West, 2000). Una de ellas, es trabajar al lado de otro profesional en co-terapia.

El inicio de la co-terapia se ubica desde el trabajo de Adler, quién introdujo a dos profesionales para que trabajaran juntos en la terapia de niños en presencia de

sus padres para romper con las resistencias en el tratamiento. Fue a partir de 1940 que esta práctica se popularizó de forma poco sistemática sin evaluar su impacto sobre los pacientes (Díaz, 2000).

La co-terapia es una experiencia que se recomienda en el trabajo grupal con niños/as. Tiene como función en el grupo: establecer el entorno terapéutico, comentar los efectos de su conducta (intervenciones) sobre la de los niños/as, verbalizar y hacer conscientes los sentimientos, buscan establecer o facilitar la comunicación tanto a nivel verbal como no verbal dentro del trabajo con los niños/as (Schamess, 1996).

La co-terapia es una práctica especial de la psicoterapia en la que dos o más terapeutas intervienen simultáneamente con uno o más pacientes en grupo, familia, pareja. Se trata esencialmente de una relación profesional que ofrece un potencial de desarrollo y profundidad que afecta e influye profundamente en la vida de quienes la practican. Las dos personas pueden estar de acuerdo en trabajar juntas porque comparten un marco teórico similar y la esperanza de construir una asociación sobre bases comunes, aunque también es posible elegir trabajar con una persona con conocimientos y una orientación teórica distinta para adquirir nuevas habilidades. Se debe considerar que mucha similitud en la co-terapia no ofrece retos y que muchas diferencias pueden producir frustración y generar conflictos sin sentido (Roller y Nelson, 1991). Algunos autores han señalado que es difícil lograr la igualdad verdadera entre co-terapeutas, ya que por sus características particulares producen distintas conductas, actitudes, modalidades de dominio, control y estilo de liderazgo en los terapeutas (Grotjahn, 1979 en Díaz, 2000).

El reporte de experiencias de trabajo grupal en co-terapia de terapeutas mujeres es más amplio que el de experiencia de trabajo conducido por hombres o por parejas terapéuticas formadas por un hombre y una mujer, ya que la psicología y la psiquiatría de niños/as se han convertido en profesiones o especialidades de mujeres (Torras de Beá, 1996). Se ha observado en los grupos de niños/as entre los 7 y 10 años que hay un incremento de excitación y fantasías acerca de la

pareja cuando los grupos son conducidos por un hombre y una mujer. Éstas se expresan con frases como: “es tu novio”, “están casados”, “tendrán hijos” y otras formas de alusión a la relación sexual. La posibilidad de elaborar estas fantasías depende tanto de los terapeutas como de las características del grupo. Para el grupo de padres/madres el sexo de los terapeutas genera algunas reacciones que se manifiestan en el contenido latente de muchas expresiones como: “Usted dice eso porque es hombre”, “las mujeres comprenden mejor a los niños/as”, etcétera. El trabajo del grupo comprende la elaboración de estos aspectos y los terapeutas pueden facilitarla captando y verbalizando las expresiones directas y los contenidos latentes. En el trabajo con el grupo se pueden observar transferencias paternas y maternas con terapeutas de cualquier género, ya que las transferencias paternas y maternas no siempre se ajustan al género del objeto externo (Torras de Beá, 1996).

La supervisión en el trabajo grupal es un eje fundamental para el trabajo, ya que los grupos infantiles pueden revivir en los terapeutas experiencias dolorosas y conflictivas de su infancia. Además los niños/as se muestran de alguna manera como expertos para hacer identificaciones proyectivas que provoquen el *acting out* en otros niños/as o en los terapeutas. El proceso de supervisión se puede llevar a cabo en sesiones de trabajo individual a través de reuniones periódicas en las que se aborde la ausencia o presencia de progresos en los niños/as. Los terapeutas se capacitan para desarrollar cierto grado de aislamiento emocional frente al ataque de conductas y sentimientos provocados por los niños/as que están en terapia (Schamess, 1996).

El uso de múltiples terapeutas en el tratamiento psicológico de las personas ha recibido críticas de todo tipo. Gran parte del trabajo en co-terapia tiene su origen en el trabajo grupal, la terapia sexual y la terapia familiar. Se han planteado cuatro razones para justificar el uso de co-terapeutas en estas formas de trabajo (Hendrix, Fournier y Briggs, 2001):

1. Dos terapeutas tienen más recursos que ofrecer a los clientes para el tratamiento que uno solo.

2. Trabajar juntos permite compartir responsabilidades y reducir la carga de trabajo para los terapeutas.
3. La presencia de dos terapeutas permite el modelaje de conductas apropiadas que los clientes pueden observar directamente.
4. Los clientes pueden contar con un sentido de permanencia y mayor continuidad con dos terapeutas, especialmente si se tratará de una intervención a largo plazo.

La co-terapia de pares tiene ventajas bien conocidas (Díaz, 2000):

- Incremento en la efectividad terapéutica por: la división del trabajo y el apoyo emocional recíproco que les permite mantener la objetividad y analizar sus sentimientos y contratransferencias.
- Posibilidad de reproducir, en la transferencia, la relación madre-padre, así como el conflicto generacional.
- Facilita la escisión bueno-malo, división conveniente al principio del tratamiento con pacientes pre-estructurales.
- Protege a los pacientes contra sus impulsos destructivos y también contra los del terapeuta único.
- En instituciones evita el síndrome de stress en los terapeutas y en la práctica privada amortigua la soledad profesional.
- Incrementa el aprendizaje recíproco al compartir y discutir ideas.
- Permite suplir al compañero/a durante sus vacaciones.
- Favorece la investigación del proceso de tratamiento, la evaluación de las habilidades de los terapeutas y al análisis de los estilos de liderazgo.
- Los pacientes aprenden un modelo de relación adulta cuando contemplan a sus terapeutas diferir sin violentarse y ser iguales en poder y autoestima.

Además, la coterapia es una oportunidad para prevenir el *burnout* (Hoffman, Gafni, y Laub, 1994 en Hendrix, Fournier y Briggs, 2001).

De acuerdo con algunos autores la co-terapia tiene dos fundamentos conceptuales además de los ya señalados en lo funcional: se ofrece simbólicamente a los

padres/madres una figura de “padres” terapéuticos como un modelo a imitar, de la misma forma en que pueden modelar relaciones sanas y los padres/madres pueden aprender la confianza en la otra persona y protegerlos contra los puntos ciegos en la relación con sus hijos/as (Napier y Whitaker, 1978 en Hendrix, Fournier y Briggs, 2001).

En cualquier intervención de co-terapeutas la cualidad de la relación entre ellos determina el curso de la terapia. La efectividad de la terapia se incrementa cuando (Díaz, 2000):

- La pareja se selecciona por compatibilidad y no por amistad, coincidencia o por concordancia en sus respectivas orientaciones teóricas. Es preferible que las instituciones permitan que los co-terapeutas se elijan sin interferencias externas.
- Se dialoga antes y después de la sesión con la finalidad de establecer una estrategia previa a la sesión y favorecer el tipo de comunicación para elaborar la contratransferencia y los problemas de la co-terapia.

En la terapia narrativa para niños/as algunas veces se hace uso de los co-terapeutas “sín título”, esta expresión hace referencia al uso de co-terapeutas imaginarios o no humanos (marionetas de animales o muñecos/as sin una personalidad definida) que apoyan y animan la conversación con el niño/a, funcionan como público, divulgadores/as de conocimiento y logros, comparten consejos a los niños/as (Freeman, Epston y Lobovits, 2001).

La comunicación entre los co-terapeutas (de pares, graduado o no, de docente-alumno) es imprescindible, por lo que deben dedicarse al menos treinta minutos al terminar la sesión terapéutica para abordar la existencia de conflictos personales, de las intervenciones o de los puntos ciegos para cada terapeuta. Algunas veces los co-terapeutas evaden el diálogo por temor a la confrontación con el compañero/a. El funcionamiento del equipo terapéutico se encuentra estrechamente vinculado con la transferencia y contratransferencia de sus integrantes. El diálogo inter-clínico sobre los pensamientos y percepciones sobre

el grupo, la contratransferencia y los ecos históricos que despierta el grupo en los co-terapeutas permite detectar la parte transferencial no metabolizada. La envidia es un factor común en la coterapia, por lo que analizarla, de la misma forma que el ejercicio del poder y el goce o sufrimiento narcisistas, es una fuerza poderosa para el progreso y el cambio (Díaz, 2000).

Se sugiere que los terapeutas de ambos grupos tengan sesiones de trabajo una vez a la semana para (Golden y Damon, 1986):

- Decidir qué actividades serán introducidas
- Informar a las terapeutas de los cuidadores acerca de la agenda del grupo de niños/as para elegir sus estrategias de intervención.
- Revisar la sesión previa e intercambiar información con los terapeutas del grupo de cuidadores acerca de la participación de cada uno. Esto permite a los terapeutas considerar en el proceso paralelo entre los cuidadores y los niños/as la influencia del tratamiento. Este intercambio puede incrementar el entendimiento terapéutico de las dinámicas familiares.

Aunque la co-terapia ha sido una práctica privilegiada en el trabajo con grupos psicoterapéuticos de niños/as en Francia, parece ser una forma de intervención de las culturas latinas. Algunos autores anglosajones apenas la nombran y otros han tomado partido contra ella (Slavson, 1953 en Privat y Quélin-Souligoux, 2003). Se considera que trabajar entre varios psicoterapeutas viene a complicar la tarea de atender los diferentes movimientos grupales y el impacto de múltiples transferencias activas en los grupos (Privat y Quélin-Souligoux, 2003).

También se han señalado que la co-terapia ofrece algunas desventajas como son (Díaz, 2000):

- El debilitamiento de la conexión empática de los terapeutas con el paciente (disminuye la intensidad de los afectos que enfrenta cada participante de la relación terapéutica).
- Los niños/as en el grupo pueden alentar a los terapeutas a pelear o que se amen (erotización de la pareja parental).

- La observación de la relación entre los co-terapeutas puede distraer la atención de los niños/as o de sus padres/madres sobre la problemática que los lleva a buscar terapia.
- Compartir los honorarios puede implicar un sacrificio (limitación) económico para los co-terapeutas.

Para la conformación de parejas de terapeutas es importante que se establezca una relación históricamente simétrica entre ellos, por lo que se recomienda formar parejas de terapeutas entre compañeros de formación, y no entre terapeutas ya formados y terapeutas en formación, ya que cuando la relación previa ha sido asimétrica, es frecuente que uno de los terapeutas se convierta solo en un observador participante (Taborda y Sosa, 2005).

En este capítulo se presentaron la definición, los antecedentes, el trabajo con los padres y madres, así como las ventajas y limitaciones del trabajo con grupos paralelos, También se expuso la forma de trabajo en co-terapia como una forma característica de facilitar la experiencia psicoterapéutica grupal con niños/as y con sus padres/madres en los grupos de reflexión. Con todo lo expuesto se puede reconocer que particularmente desde el enfoque centrado en la persona no se ha planteado el trabajo con los padres/madres de manera simultánea en espacios grupales para niños/as. Algunos de los principales autores (West, 2000; Landreth, 2002; Sweeney, 2005) no hacen referencia al trabajo con padres/madres cuando se trata de abordajes grupales con los niños/as. Axline (1975) hace una reflexión sobre el papel de los padres/madres sin embargo, no considera trabajo paralelo, solo enuncia que resulta beneficioso. La reflexión sobre la forma, duración y profundidad el trabajo con padres/madres es mayor desde los enfoques psicoanalíticos y sistémicos.

CAPÍTULO 4

MODELO DE PSICOTERAPIA DE JUEGO INFANTIL INTEGRATIVA: PROCESO Y RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE GRUPOS PARALELOS

4.1. Diseño de la estrategia de intervención

La propuesta de trabajo con los grupos paralelos comenzó a planearse en septiembre de 2011 en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”. Este centro se encuentra ubicado al sur de la Ciudad de México y forma parte de los centros de atención comunitarios de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). La mayoría de los niños/as que asisten a solicitar atención psicológica al centro comunitario viven por esa zona y son remitidos por tres escuelas primarias públicas que están cerca de ahí. Una de las escuelas es contigua al centro comunitario. Incluso desde las aulas se podía ver el centro comunitario. Hay cuatro colonias de procedencia regular de los niños/as y sus familias: Parres, San Miguel de Topilejo, San Pedro y Tlalcoligia. Existen brechas socioculturales y económicas marcadas entre cada una de estas colonias. Para algunas familias el costo de las sesiones puede resultar un impedimento para asistir a los grupos. Se propuso a los padres o cuidadores de los niños/as una cuota que incluyera el pago por participar en los dos grupos y se hizo hincapié en que podían hacerse ajustes en el precio si es que alguna familia lo necesitaba, y reducir la probabilidad de inasistencias o abandono al grupo por este motivo.

La experiencia profesional en “Los Volcanes” responde al modelo de psicocomunidad que ofrece un soporte psicoanalítico para la exploración, y conceptualización de las comunidades, conjugando la enseñanza universitaria y el servicio social. Este modelo se basa en tres concepciones principales: 1) el proceso educativo se realiza en una comunidad, donde el alumnado adquiere una actitud de servicio a través de un contacto afectivo con el paciente y aprende a

detectar necesidades reales de la comunidad y a resolverlas mediante el servicio; 2) el estudiante aprende la teoría con más facilidad si el adquirir información responde a una necesidad real surgida de una experiencia práctica no comprendida; y 3) el modelo supone una tutoría que no se limite a proporcionar información sino que sirva de modelo en el aprendizaje. Un elemento característico de este modelo es que el alumnado pertenece a un grupo de alumnos/as que trata con otro grupo (la comunidad) (Cueli, 1989).

Desde este modelo se buscó promover un nuevo tipo de relación con el paciente en el que:

“...no sólo se tratan síntomas sino hombres completos; donde hay un manejo de la interioridad y de la exterioridad del paciente; donde se consideran los factores psíquicos, somáticos y sociales del devenir humano; donde se responde a nuestro proceso educativo y a nuestras instituciones primarias y secundarias en un movimiento dialéctico de superación...” (Cueli, 1989, p.16).

La intervención buscó responder de una manera profesional a las demandas de los usuarios/as del centro comunitario conociendo el contexto sociocultural y las necesidades de atención psicológica de los niños/as y sus familias. La creación de grupos paralelos, podía apoyar terapéuticamente a los niños/as que participarían en él, además de ofrecer un apoyo a nivel de orientación para los padres (grupo de reflexión), buscando así, una intervención integral en beneficio de las familias de “Los Volcanes”.

4.1.1. El modelo integrativo

El diseño terapéutico que se desarrolló es un modelo de psicoterapia grupal integrativo con la técnica de grupos paralelos. Se decidió que el trabajo psicoterapéutico con los niños/as se hiciera desde un enfoque integrativo (Fernández-Álvarez, 2004). El modelo fue creado con las aportaciones de los enfoques psicoanalíticos que ponen énfasis en la dimensión relacional-grupal en la estructuración del psiquismo. La perspectiva que sobre el trabajo grupal se encaminó a la psicoterapia *del y por* el grupo, tanto para analizar las interacciones

entre el grupo y los terapeutas, como para analizar las interacciones entre los niños/as dentro del grupo psicoterapéutico (Díaz, 2000; Privat y Quélin-Souligoux, 2003; Taborda y Toranzo, 2002; Torras de Beá, 1996).

El modelo se apoya también en la psicoterapia de juego centrada en el niño/a, que considera que el niño/a puede crecer, desarrollarse y alcanzar la adaptación psicológica cuando se le proporcionan las condiciones suficientes y necesarias (comprensión empática, aceptación positiva incondicional y congruencia). La comprensión empática jugó un papel importante en las sesiones, así como la confianza en lo que los niños y niñas pueden aportar a su proceso de psicoterapia, también se consideró la congruencia (acuerdo entre el sí mismo y la experiencia) tanto en los niños/as como en los terapeutas para establecer una relación terapéutica promotora del desarrollo (Axline, 1975; Rogers, 1992; Rogers, 1997; Rogers y Kinget, 1971; Rogers, 2004; Sweeney y Landreth, 2005; West, 2000). Para analizar el proceso grupal se consideraron los factores terapéuticos propuestos en la terapia grupal (Yalom, 2000). En la Tabla 5 se muestran los conceptos, principios y técnicas que integraron el modelo y los enfoques de los que provienen.

Tabla 4. Modelo integrativo en psicoterapia infantil con la técnica de grupos paralelos.

ENFOQUE	AUTORES/AS	PRINCIPIOS/CONCEPTOS/TÉCNICAS
Psicodinámico	Dupont y Jinich Privat y Quélin-Souligoux Torrás de Beá Taborda y Toranzo	Hora de acción, hora de pensar y hora de ordenar. Regla de confidencialidad Grupos paralelos Grupos paralelos
Terapia de juego centrada en el niño	Virginia Axline Janet West Garry Landreth Daniel Sweeney	8 Principios psicoterapéuticos Rincones de juego, transferencia, contratransferencia y simbolismo. Reflejos en tercera persona. Reflejos (simples, sentimientos, elucidación), límites y actitudes básicas Actitudes básicas
Terapia Grupal	Irving Yalom	12 Factores terapéuticos

4.1.2. La estructura del grupo psicoterapéutico

Se trató de un grupo de psicoterapia breve, considerando que el trabajo se llevó a cabo en 20 sesiones (Klein, 1996; Salles, 2006). Esto se le hizo saber a los niños/as en la primera sesión de trabajo para promover la búsqueda de soluciones a su motivo de consulta con una fecha límite (Klein, 1996). Fue un grupo cerrado, esto es, que no se incluyó ningún niño/a una vez iniciado el grupo (Corominas, et al, 1996). En la Fig. 3 se muestra el diseño del grupo de psicoterapia infantil integrativa.

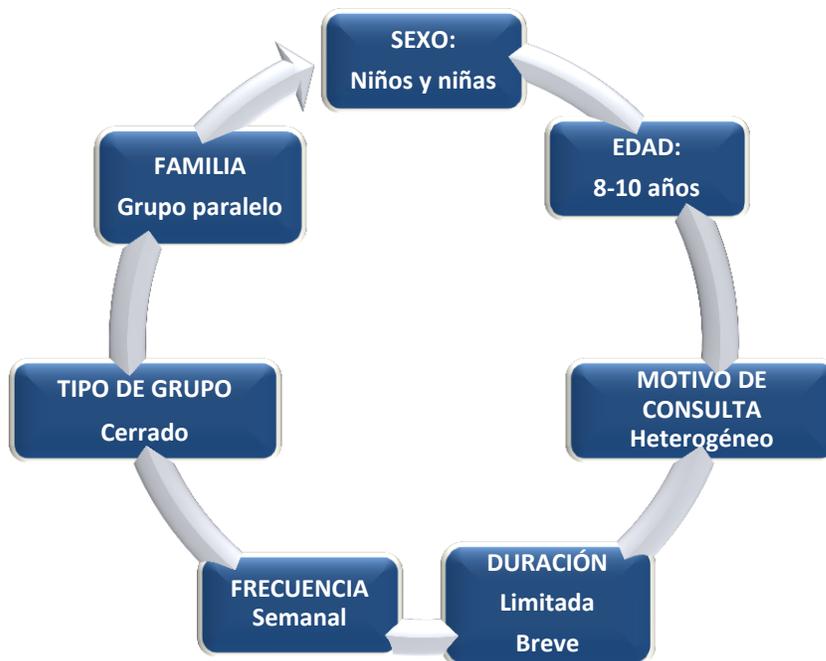


Fig. 2. Estructura del grupo de psicoterapia de juego integrativa

4.1.3. El equipo psicoterapéutico

El dispositivo incluyó la formación de un equipo de cuatro psicoterapeutas, dividido en dos parejas: una trabajaría con los niños y niñas, y otra trabajaría con los padres/madres. La primera pareja de terapeutas estuvo conformada por un hombre y una mujer, mientras que la segunda por dos mujeres. La literatura sugiere que exista un hombre y una mujer para la co-terapia en los grupos de

niños/as (Corominas, Farré, Martínez y Champs, 1996), sin embargo, a veces resulta difícil por la cantidad de hombres que tiene formación en Psicología o Psicoterapia¹. El trabajo en co-terapia tuvo como ventajas (Corominas, et al, 1996: 1) que no se interrumpieran las sesiones del grupo cuando se ausentó la terapeuta mujer a una sesión; 2) facilitó que los niños/as proyectaran en las figuras parentales (terapeuta hombre y terapeuta mujer) sus sentimientos, necesidades y pensamientos; 3) permitió tener dos puntos de vista sobre lo que acontecía en cada una de las sesiones con los niños/as.

El equipo psicoterapéutico se organizó alrededor de lo asistencial y lo formativo. Aunque no se consideró una condición *sine qua non*, todos los integrantes del equipo terapéutico se encontraban en análisis individual y contaban con un trabajo grupal de supervisión semanal (organización interna), lo que permitió constituir un equipo de trabajo que se pensaba a sí mismo en la intervención psicoterapéutica (Taborda y Sosa, 2005)

4.1.4. La institución

La propuesta de intervención se incluyó en un Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” de la UNAM, que fue creado en 2004 por iniciativa del Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, con el propósito de frenar el incremento de problemas emocionales, conductuales, de aprendizaje, violencia intrafamiliar y adicciones en la población del sur de Tlalpan. Este centro tiene como misión ofrecer servicios psicológicos de calidad relativos a evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de problemas de salud mental, al alcance de la población que acude al Centro Comunitario, mediante el desarrollo de actividades para la atención y solución de problemas, fomento de la salud e investigación clínica comunitaria.

En su vinculación con la UNAM el Centro de Atención Psicológica “Los Volcanes” pretende contribuir a la formación profesional de los estudiantes a través de su

¹ En la generación 2010-2012 de la Residencia en Psicoterapia Infantil del posgrado en psicología de la UNAM solo uno de los 14 estudiantes era hombre, la proporción es 1 a 13.

participación en actividades diagnósticas, psicoterapéuticas, preventivas y de investigación, bajo la supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas de competencia, desde diversos enfoques teórico-metodológicos de la Psicología, permitiendo la aplicación de sus conocimientos en la solución de necesidades psicológicas en el ámbito comunitario.

Las características de la institución permitieron la configuración del equipo de trabajo. El marco teórico que sustentan los abordajes psicoterapéuticos que se realizaban en “Los Volcanes” tenía como referentes principales el Psicoanálisis y la Psicoterapia Gestalt. Esto facilitó el desarrollo de la propuesta de intervención desde un modelo integrativo, ya que la ideología de base del centro comunitario y de los terapeutas coincidían en los aspectos teóricos de la propuesta de intervención grupal (Privat y Quélin-Souligoux, 2003).

El centro comunitario como espacio institucional ofreció todas las facilidades para la conformación de los grupos paralelos y el desarrollo de la estrategia de intervención. Por las características de espacio del lugar, fue necesario acondicionar una de las salas de trabajo colectivo como el escenario terapéutico, esto es, que el centro comunitario como la institución fue el primer continente del trabajo psicoterapéutico, en el que los terapeutas proyectaron un objeto idealizado, que sostiene y envuelve como una gran madre, lo que facilita la tolerancia a los procesos de fusión, separación y necesidades de dependencia tanto de los pacientes como de los terapeutas (Taborda y Sosa, 2005).

Las necesidades del centro comunitario: la larga lista de espera, la urgencia por responder a la petición de ayuda de los padres/madres de los niños/as, el número de terapeutas infantiles y la falta de espacios para la práctica terapéutica, abrieron el camino a la conformación de los grupos de psicoterapia para los niños/as y de los grupos de reflexión para los padres/madres.

4.1.5. Los materiales

Con respecto a los materiales se decidió retomar algunas de las ideas del enfoque centrado en el niño/a para la creación de algunos rincones de juego como el

hogareño (West, 2000). Acordamos tener un rincón artístico, otro con elementos para disfrazarse y uno más con juegos de reglas o mesa. Decidimos tomar la idea de algunos autores sobre tener lugares para sentarse que pudieran formar un círculo y ser útiles también para generar un espacio individual si algún niño/a requería de él (Privat y Quélin-Soulinoux, 2003). Por esta razón le pedimos un cojín a cada uno y usamos tapetes individuales de plástico con los que se creaba un círculo al inicio de las sesiones.

4.1.6. Las sesiones

La estructura de las sesiones durante la intervención se derivó de la revisión de los modelos de psicoterapia grupal con niños/as desde el enfoque psicodinámico (Dupont y Jinich, 2007; Ruiz, 2004) y de la terapia de juego centrada en el niño (Axline, 1975; West, 2000). La estructura de cada sesión fue la siguiente:

- 1) **Bienvenida:** Se recibía a los niños/as en el cuarto de juegos y se formaba un círculo para darles la bienvenida y empezar el tiempo de acción.
- 2) **Tiempo de acción:** Se indicaba a los niños/as que era tiempo de jugar. Diez minutos antes de que terminará se les indicaba el tiempo restante.
- 3) **Tiempo de pensar:** Se pedía a los niños/as formar un círculo sentados en el piso para hablar sobre lo que había sucedido y lo que pensaban al respecto. Se les preguntaba también sobre sus sentimientos y los de los otros niños/as.
- 4) **Tiempo de ordenar:** Se pedía a los niños/as que acomodaran los juguetes o materiales que utilizaron durante la sesión como una forma simbólica de ordenar, reparar y estructurar.
- 5) **Despedida:** Se pedía nuevamente a los niños/as formar un círculo al centro del salón para decir cómo se sentían al terminar la sesión y cerrar la sesión con un aplauso al unísono.

Particularmente, en el tiempo de acción, los terapeutas utilizaron los 8 principios propuestos por Axline (1975), así como la formas de instrumentalizar las actitudes básicas de empatía, congruencia y aceptación positiva incondicional que propone

este enfoque (reflejo simple, elucidación, reflejo de sentimientos, confrontación empática, etcétera) (Egan, 1981).

Para la despedida de la sesión, ya iniciado el proceso de psicoterapia, se introdujo (Sesión 6) un cartel con los sentimientos básicos para que los niños/as tuvieran un referente para expresar cómo se sentían al término de cada sesión.

4.1.7. Los instrumentos

Para el análisis del proceso del grupo psicoterapéutico se crearon tres formatos de registro de las sesiones para cada sesión de juego grupal (Anexo 1) y con frecuencia fueron llenados por cada terapeuta al finalizar cada sesión. También se utilizaron los reportes de sesión que cada terapeuta hacía de algunas de las sesiones al ver el video de la sesión (seis sesiones).

Para el análisis del proceso grupal también se usó el auto-reporte al finalizar la sesión, ya que se preguntaba a cada niño/a cómo se sentía al terminar la sesión. Para el análisis de los resultados de la intervención diseñada se utilizó un diseño pre-post test con los instrumentos seleccionados (Dibujo de la Figura Humana y Composición Yo soy), en los que enfatizaron los aspectos familiares y relacionales para identificar los cambios en el vínculo entre los niños/as y sus padres/madres o cuidadores.

Para el Dibujo de la Figura Humana se tomaron en cuenta los criterios establecidos por Koppitz para su calificación, se consideraron únicamente los indicadores esperados y excepcionales para cada rango de edad que fluctúa entre los 5 y los 12 años (Esquivel, Heredia y Lucio, 2007). Para la Composición Yo soy... Se utilizaron las categorías de análisis de contenido, vinculación afectiva y elaboración personal (González-Rey, 1994 en Olivares, 2005).

La propuesta de terapia de juego grupal integrativa con la técnica de grupos paralelos incluyó el psicodiagnóstico individual para la selección de los niños/as que participarían en el grupo.

4.1.8. Psicodiagnóstico individual

El psicodiagnóstico individual de los niños/as incluyó la aplicación de una batería de diferentes pruebas a cada niño/a considerando el motivo de consulta por el que fue referido a psicoterapia. Los niños/as fueron atendidos de forma individual por un/a terapeuta. El número de sesiones de psicodiagnóstico fue entre 8 y 13 sesiones, con una media de 10.1 sesiones. Las pruebas incluidas en el psicodiagnóstico individual fueron:

- Test Gestáltico Visomotor de Bender
- Método de Evaluación de la Percepción Visual de Frostig (DTVP-2)
- Escala Weschler de Inteligencia para Niños (WISC-IV)
- Juego diagnóstico
- Dibujo de la Figura Humana (DFH)
- Test del Dibujo de la Familia (DF)
- Dibujo de la Familia en Movimiento (DFM)
- Prueba de Apercepción Temática para niños (CAT-A)
- Dibujo Libre
- *House-Tree-Person* (HTP)

El proceso de diagnóstico no incluyó todas las pruebas para todos los niños/as, cada terapeuta eligió las que se aplicaría en cada caso. Una vez concluido el proceso de psicodiagnóstico el terapeuta que atendía al niño/a valoró la pertinencia y beneficios que traería al niño/a la participación en un proceso de psicoterapia grupal. Se consideró también la participación de los padres/madres en el grupo reflexivo. Se les informó de la posibilidad de recibir un tratamiento grupal y los padres/madres junto con el niño/a decidieron su participación en los grupos paralelos. Solo en uno de los casos se consideró que el niño (Ke) iniciaría un proceso de psicoterapia individual y estaría también en el grupo psicoterapéutico.

El psicodiagnóstico individual es una medida confiable de la organización o adaptación psicológica del niño/a, y permitió conocer la situación de cada niño/a y aunque estaba pensada la inclusión de una niña más, ésta no formó parte del grupo, ya que la madre consideró que no sería beneficioso para la niña. Se invitó a la niña a ir por lo menos una vez al grupo para conocerlo y tomar la decisión pero no asistió. Aunque existía la posibilidad de incluir a otros niños/as considerando la larga lista de espera, el equipo terapéutico decidió que un grupo de 7 niños/as permitiría un mejor manejo grupal.

Al finalizar el psicodiagnóstico se decidió que del total de pruebas aplicadas a los niños/as, se tomarían una como punto de referencia para evaluar el avance de cada niño/a al finalizar el proceso grupal: el Dibujo de la Figura Humana, ya que esta prueba fue aplicada a todos los niños/as que formaron parte del grupo.

4.1. 9. Los participantes

La ficha de identificación y el resumen de proceso de cada uno de los niños/as que conformaron el grupo se incluye en el Anexo 2. En este apartado solo se describen las características que los niños/as tenían en común.

El grupo inicial de psicoterapia de juego quedó conformado por seis niños/as en total (dos niñas y cuatro niños) entre los 8 y 10 años (periodo de latencia), se decidió que la diferencia de edad entre los integrantes del grupo no fuera mayor de 3 años (Pavlovsky, 1987; Corominas, et al, 1996). Uno de los niños asistió solo a cuatro de las sesiones iniciales, por lo que el grupo finalmente, quedó constituido por cinco niños/as. Se trató de un grupo heterogéneo considerando los motivos de consulta: abandono de madre, mal comportamiento, violencia, rebeldía, timidez, ansiedad, desobediencia y problemas en las relaciones interpersonales.

Los niños/as que participaron en el grupo tenían un potencial progresivo (Klein, 1996) por sus características personales, algunos eran tímidos, mientras que otros eran más abiertos y extrovertidos, lo que les permitiría ir avanzando con la presencia de otros niños/as (Díaz, 2000). Compartían como característica las

dificultades en las relaciones interpersonales. También se buscó que existiera equilibrio entre los diagnóstico de los niños/as que conformarían el grupo: "...al equilibrar el grupo de niños, el terapeuta puede limitar el grado de *acting out* que se puede producir, incrementar el potencia de interacciones correctivas entre los participantes, y disminuir la ansiedad del propio terapeuta y de los participantes" (Schamess, 1996). Así, algunos de los niños tenían como motivo de consulta conductas agresivas y otros, inhibidas. Algunos niños/as tenían figura materna en casa y otros no. Algunos autores sugieren que este potencial progresivo entre los niños/as permite la identificación y el desarrollo de nuevas habilidades en los niños/as (Ginott, 1961; Coromina, 1996; Axline, 1975).

Los padres/madres/abuelos tuvieron algunas sesiones para recibir información sobre el trabajo grupal y atender las dudas que tenían antes de iniciar con las sesiones grupales (Privat y Quélin-Souligoux, 2003).

Los cinco niños/as que conformaron el grupo final tenían hermanos/as y la relación con ellos/as no era buena, se encontraban en el cuarto o quinto grado de primaria. La mayoría de los niños/as tenía antecedentes de abandono materno (porque dejaron de vivir con la madre, o por el poco tiempo que la madre dedicaba al cuidado)

El grupo de reflexión de padres fue heterogéneo. Destaca la diferencia de edad de los participantes, de sexo y de vinculación con el niño/a. El grupo se conformó con cinco personas: dos hombres (un padre y un abuelo) y tres mujeres (dos madres y una abuela) el rango de edad de los participantes al grupo de reflexión iba de los 36 a los 62 años).

Considerando lo anterior los grupos paralelos quedaron conformados como se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5.. Participantes de los grupos paralelos

GRUPO PSICOTERAPÉUTICO	GRUPO DE REFLEXIÓN
1 Ax, niño, 9 años	E, abuela, 62 años
2 S, niña, 9 años	S, padre, 42 años
3 J, niño, 10 años	Sa, madre, 36 años
4 Ke, niño, 10 años	R, abuelo, 50 años
5 An, niña, 9 años	P, madre, 38 años

4.2. Descripción y análisis del proceso del grupo de psicoterapia con juego

El proceso del grupo psicoterapéutico de los niños/as que se llevó a cabo durante 20 sesiones semanales de 60 a 75 minutos aproximadamente, se dividió en cuatro fases considerando el desarrollo del grupo y las propuestas de diferentes autores tanto de los grupos de psicoterapia infantiles como los de padres/madres (Klein, 1996; Gumaer, 1984; Torras de Beá, 1996; Privat y Quélin-Souligoux, 2003).

Para seleccionar los puntos de corte de cada fase se observaron los videos de las 20 sesiones y se hizo un análisis del contenido de los videos en segmentos de diez minutos para identificar el contenido manifiesto de cada fase. También se fueron haciendo anotaciones sobre el tipo de juego, el nivel de interacción grupal, el tono afectivo, los hechos significativos, los factores terapéuticos y los aspectos latentes de cada sesión, para luego hacer una síntesis de la información obtenida por fase. Se usaron también los registros que llenaron los terapeutas al finalizar cada sesión para complementar la información y presentarla por fases.

Las cuatro fases en las que se dividió el proceso de los grupos se muestra en la Fig. 3. También se puede observar el número de sesiones que incluyó cada fase. Además, en la tabla se observan las fases en las que se dividió el proceso del grupo paralelo de padres/madres/abuelos para su análisis. Éste trabajo no es descrito en el presente reporte de experiencia, ya que escapa a los objetivos de este escrito.

FASE	Grupo niños/as	Grupo padre/madres/abuelas
Inicial	1-4	1-4
Temprana	5-11	5-10
Intermedia	--	11-15
Avanzada	12-18	16-18
Terminación	19-20	19-20

Fig. 3. Sesiones por fase de los grupos paralelos

La asistencia de los niños/as al grupo psicoterapéutico fue regular, la media de asistencia de los niños/as fue de 15 sesiones (de 20 sesiones totales). La asistencia mayor fue de 19 sesiones (J) y la menor fue de cuatro sesiones (Ca). El niño que tuvo más inasistencias dejó de asistir después de la cuarta sesión. Se llamó a la mamá para saber si seguiría en el grupo pero no se logró establecer el contacto con ella. Los niños/as comentaban que lo veían en la escuela, lo saludaban y no le preguntaban por su inasistencia al grupo. Este acontecimiento delimitó la transición de la fase inicial a la fase temprana del grupo psicoterapéutico. La asistencia al grupo psicoterapéutico a cada una de las fases, por niño/a se muestra en la Figura 4. Los espacios en blanco representan las inasistencias de cada niño/a.

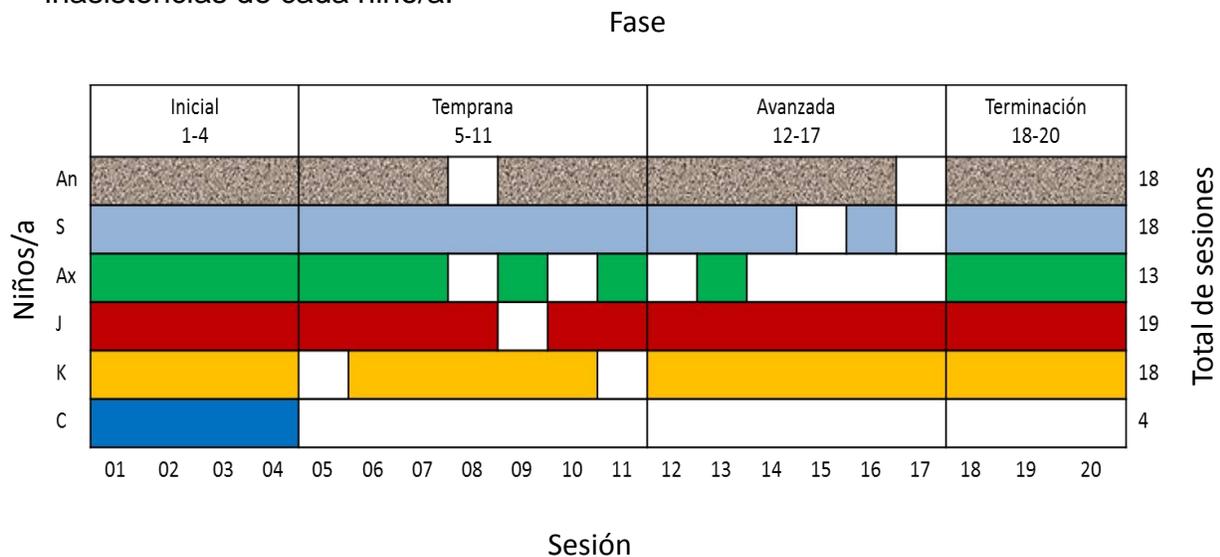


Fig. 4. Asistencia de los niños/as al grupo de psicoterapia con juego

En promedio cada niño/a asistió a 15 sesiones del grupo de psicoterapia. La media de asistencia a sesiones de psicoterapia fue de 4.5 niños/as por sesión. En la fase inicial los niños asistieron al 100% de las sesiones, mientras que en las fases temprana y avanzada la asistencia fue menor: 69.04% y 64.28% respectivamente, en la fase de terminación la asistencia fue del 83.33%. La sesión a la que asistieron menos niños, fue la 17, en la que estuvieron presentes dos de ellos. Esto puede deberse a que los niños/as perciben el impacto del trabajo terapéutico y surge ansiedad ante el proceso de psicoterapia, que se traduce en mayor número de inasistencias durante la fase avanzada del proceso de psicoterapia grupal (Torras de Beá, 1996). Esto explica el incremento de la asistencia en la fase de terminación en la que se reduce la ansiedad ante el trabajo psicoterapéutico.

En cada fase se analizó el contenido manifiesto, el tipo de juego, la dinámica grupal, el tono afectivo, los hechos significativos, los factores terapéuticos y los aspectos latentes (ansiedades, mecanismos de defensa, transferencias y contra-transferencias). A continuación se presenta un informe descriptivo de cada una de las fases.

4.2.1. Fase inicial: Descarga de impulsos agresivos

En la fase inicial (sesiones 1 a la 4), el grupo psicoterapéutico de los niños/as y el grupo de reflexión de padres/adres comenzaron simultáneamente. Esta primera fase fue definida por la conformación definitiva del grupo. Durante las cuatro primeras sesiones, C formó parte del grupo, él dejó de asistir a partir de la quinta sesión. Durante esta primera fase se presentaron algunos indicadores de cambio inicial: la aceptación de la existencia de un problema, la aceptación de los propios límites, el reconocimiento de la necesidad de ayuda y la aceptación de los terapeutas como profesionales competentes.

En esta fase, a diferencia de las siguientes, se incluyeron actividades programadas en dos sesiones, una al inicio y otra al final de la fase (la

composición *Yo soy...* y la decoración del palo para la piñata del festejo de cierre de año). Ambas actividades pusieron de manifiesto la dificultad de los niños/as para obedecer, aunque en ambos casos los niños/as cumplieron con la actividad encomendada, lo hicieron cuando ellos decidieron, los terapeutas hicieron devoluciones al respecto y los niños/as fueron haciendo cambios en las fases posteriores.

Contenido manifiesto

En esta fase inicial se presentó el encuadre y se abordaron las fantasías sobre el trabajo grupal de los padres/madres en el grupo paralelo. Aunque se buscaba la creación de un espacio simbólico individual (cojín) para cada uno de los niños/as (Privat y Quéling-Souligoux, 2003), en esta fase no se concretó, todos los niños/as llevaron su cojín hasta la fase temprana. En esta fase se enunció el motivo de consulta por parte de los niños/as en la primera sesión de trabajo. Fue C quién ofreció la pauta:

C: "...las niñas si son inteligentes y sí van a responder (por qué estamos aquí)".

Luego se presentó An y S, ella fue la primera en enunciar el motivo de consulta, cumpliendo de alguna manera la profecía de Ca:

S: "Yo me llamo S, yo por la cosa que estoy aquí es porque antes me peleaba mucho con mi hermana y no nos sabíamos controlar".

C agregó: "Les dije que las niñas iban a saber".

Ax dijo después: "Yo me llamo Ax y estoy aquí porque también me peleo con mi hermana".

Ca y J agregaron: "Yo también".

Otras temáticas centrales presentadas en la sesiones fueron: la lucha y persecución entre niños y niñas por los alimentos, la preocupación por la ausencia de miembros del grupo y la agresión tanto física como verbal entre ellos/as. Con frecuencia los niños/as tomaban los juguetes como "proyectiles" o armas aunque su función como juguetes fuera otra (ej. Verduras, sacos de semillas, palo de piñata como bate, el tenis, las tijeras de jardinero para "cortarse entre ellos",

etcétera). Esta fase se caracterizó por la descarga de impulsos agresivos y la falta de regulación por sí mismos/as (juego de las perras rabiosas). En esta fase los niños/as comenzaron a incluir el tema de la alimentación: peleando por los alimentos entre ellos y preparando algunos (quesadillas, tacos y tlacoyos).

En esta fase, que también puede denominarse como “establecimiento” (Gumaer, 1984), los niños/as presentaron ansiedad e inseguridad con respecto al grupo, ya que se acercan con reservas a los otros niños/as, sobre todo en la primera sesión, en el tiempo de acción los niños/as se mantuvieron en silencio explorando los juguetes. Durante las primeras sesiones los niños/as atendían sin dificultades a los lineamientos que se les daban, particularmente en el respeto por los momentos o tiempos de la sesión, esto es, que de alguna manera se mostraban dependientes ante las figuras de los terapeutas. La ansiedad ante el grupo se podía observar también cuando los niños/as se reían durante el tiempo de pensar o con los retrasos que fueron apareciendo a lo largo de las sesiones (a la primera sesión llegaron puntuales todos los niños/as). Hay algunos momentos de auto-revelación superficial y espontánea sobre diferentes aspectos de la vida cotidiana (escuela, compañeros/as, familia, etcétera).

Tipo de juego

En relación al juego se puede decir que hubo una evolución paulatina de la auto-esfera (uso del propio cuerpo) a la micro-esfera (uso de réplicas y sustitutos de los objetos reales) y macro-esfera (contacto con objetos del mundo real), ya que los niños/as comenzaron a vincularse entre ellos a través de juegos de lucha y persecución, para después usar los juguetes como objetos del mundo real (alimentos, armas, telas, dinero, etcétera), esto significa que pasaron de situaciones de mayor control que implican el uso solo de su cuerpo a situaciones de control que implican la modificación de los objetos o las situaciones (Erikson, 1972 en Chazan, 2005).

Los niños/as pasaron también de un juego sensorial motriz a uno simbólico e interactivo, lo que indica un nivel de desarrollo esperado para su edad, aunque

con un componente agresivo, que implica poca regulación de impulsos agresivos, que corresponde a un nivel de desarrollo de niños/as más pequeños/as (Schaefer y Foy, 2002).

El tipo de juego en esta fase fue de la exploración y manipulación de los juguetes a la lucha y persecución desde la primera sesión. En el camino paso por los juegos reglados, el juego de construcción (casas), la expresión artística grupal (pintaban y cantaban). Algunos niños/as observaban con frecuencia a los terapeutas o conversaban con ellos. El juego solitario estuvo presente a lo largo de esta fase, ya que regularmente alguno de los niños/as tomaba tiempo para jugar sin la compañía de otro niño/a. Los niños/as comenzaron a integrarse y cooperar como se espera para su nivel de desarrollo social (Criado, 1999). Solo uno de los niños (Ax) se mantuvo aislado (juego solitario) en la mayoría de las sesiones, lo que puede indicar que su nivel de desarrollo social se encuentra por debajo de lo esperado para su edad.

Dinámica grupal/Nivel de interacción

El nivel interacción durante la fase de comienzo, avanzó de la agrupación diádica y por sexo a díadas combinadas. Las díadas se conformaron al inicio de esta fase por identificación, las niñas conformaron una, mientras que los niños las otras dos. La identificación parece que se dio también por el motivo de consulta: una díada por niños con problemas de conducta y la otra por los niños que vivían abandono materno. Comenzaron a invitarse a jugar a través de la incitación a ser perseguidos (niños quitaban juguetes a las niñas) y después de forma verbal. Hay algunos esfuerzos en el momento de ordenar o de hacer algunas actividades de hacer cada uno “su parte” o “lo que le toca”, sobre todo hacia el final de esta primera fase.

El rol de líder en esta fase estuvo a cargo de Ca, el resto de los niños/as lo seguían en las propuestas de juego que hacía y en el nivel e intensidad de las actividades que proponía, con frecuencia brincaba, corría o empujaba a otros niños/as. El rol de conciliador en esta fase era desarrollado por Ke. Entre las niñas

se notó un liderazgo marcado en S. Ax, An y J en esta fase se mostraron con poca iniciativa.

Tono afectivo

En esta fase el tono afectivo entre los niños/as durante las sesiones fue evolucionando: la agresión entre los niños/as (física y verbal: incluyendo elementos de historias de “espantos”), y el enojo y la ansiedad ante la aparente falta de límites, a un tono afectivo positivo de comprensión, protección y cuidado de sí mismo y de los otros niños/as en el grupo:

Ca ante la caída de J (se resbaló): “Parece que le duele la pierna... Hay que quitar los tapetes porque como que te resbalas”. Y luego levantó los tapetes.

Los niños/as se mostraron particularmente tristes ante la pausa en las sesiones por el periodo vacacional de diciembre, a diferencia del resto de las sesiones en las que comentaban que se sentían alegres o contentos.

El tono afectivo hacia los terapeutas pasó de la dependencia y la agresión a un tono afectivo positivo hacia ambos terapeutas (hombre y mujer). En la última sesión de esta fase que coincidió con las vacaciones de diciembre, los niños/as en el grupo se mostraron tristes ante la separación y manifestaron entusiasmo con respecto al re-encuentro después de las vacaciones (enero).

La transición entre los estados afectivos era fluctuante y paulatina, con frecuencia el grupo llegaba a niveles elevados de agresividad de forma abrupta, provocados en esta fase casi siempre por las niñas, los niños/as pasaban a estados de tranquilidad por el cansancio que sentían después de la descarga de energía.

Hechos significativos

Entre los hechos significativos de las sesiones, destacan la caída de uno de los niños y la aparente ausencia de los niños/as que llegaban tarde. Se esperaba la llegada de una niña que se integraría, la mamá de la niña llamó para decir que no asistiría y esto se comentó a los niños/as en la segunda sesión. Se presentó

también como hecho significativo el deseo de compartir de uno de los niños una lámpara, que había hecho en la escuela ese día (sesión 4). Al final de esta fase los niños/as comenzaron a meterse detrás de una mesa cuando era momento de salir del cuarto de juegos.

Factores terapéuticos

Durante esta fase se observaron algunos de los factores terapéuticos que señala Yalom (2009): la universalidad en el reconocimiento del motivo de consulta de los niños/as; el altruismo en la solicitud de ayuda entre ellos/as para jugar; el microcosmos en la creación de un grupo donde los roles que jugaba cada uno eran similares a lo que jugaban en casa; la cohesión para manifestar su deseo de estar más tiempo en el cuarto de juegos; la conducta imitativa en la realización de algunas actividades; el desarrollo de técnicas de socialización para formar parte de los juegos de otros niños/as y los factores existenciales. El grupo tuvo una función terapéutica desde la primera sesión de la fase inicial.

En esta primera fase se pudieron apreciar como manifestaciones terapéuticas en los niños/as: el cuidado de sí mismos y de otros durante la expresión de la agresión (amararse agujetas, quitar objetos con los que podían caerse, etcétera), la aceptación de la regla básica de no lastimarse y hacer “como si” se pegaran, darse consejos sobre qué hacer ante la agresión de otros niños/as, la aceptación para realizar actividades dirigidas (composición y decoración del palo para la piñata), la disposición al trabajo en común para ordenar el cuarto de juegos e invitar a otros a hacerlo, así como la solicitud de ayuda a la terapeuta mujer para realizar actividades de juego. En esta fase los niños/as empiezan a identificar sus sentimientos y conductas. Nombraron a la sesión tres: Desastre y furia de la naturaleza; y La euforia de los niños. En esta fase comenzaron a presentarse elementos de reconciliación con las figuras parentales, ya que durante algunos juegos los niños/as ofrecían “alimentos” a los terapeutas.

Aspectos latentes

En esta primera fase del proceso de la terapia grupal se observaron algunos aspectos latentes: la ansiedad persecutoria en los niños/as frente a la cámara de video y ante las intervenciones (reflejos) de la terapeuta mujer hacía de lo observado durante la sesión. También apareció ansiedad ante la exposición del motivo de consulta y los niños/as hicieron uso del silencio y de las risas como elementos defensivos. También se pudo apreciar el deseo de uno de los niños de constituirse sujeto, esto es, pidió que se le llamara de una forma distinta a la que se llama y de cómo le llama su mamá. En las sesiones de esta fase surgió de forma recurrente la rivalidad fraterna, simbolizada en las peleas por los juguetes (alimentos), En las sesiones surgieron elementos trasferenciales positivos y negativos hacia los terapeutas, esto es, agresión hacia la figura paterna y alejamiento/distanciamiento de la figura materna. La imagen de “La llorona” apareció en varias de estas sesiones como una representación de la figura materna amenazante y que abandona.

Se pueden apreciar como mecanismos de defensa ante la ansiedad grupal como la negación del motivo de consulta, la regresión hacia estados pre-verbales en los que comunican la ansiedad y agresión a través de sonidos y conductas motoras, como arrastrarse o dejarse mover por otros niños/as. Los niños/as manifiestan resistencia a hablar de sí mismos/as y prefieren cantar en el tiempo de pensar o inventar historias.

En esta primera fase hay un “caos aparente” en la que los niños/as expresan de forma motora la ansiedad ante la posibilidad de perder su individuación. También se presenta conductas en el juego que pueden considerarse como regresivas, en el caso de algunos niños/as la sustitución de la comunicación verbal por el uso de señas o sonidos animales, así como la predilección por arrastrarse o gatear en lugar de caminar (Jinich, 2007; Privat y Quéling-Souligoux, 2003). En esta fase se observa la predilección de los niños/as de agruparse por sexo, ya que ha empezado la identificación con personas de su mismo sexo para aprender conductas sociales asociadas al rol de género (Golden y Damon, 1989). En los

niños/as se observa la transferencia negativa hacia la figura paterna, depositada en la figura del terapeuta varón; y alejada de la figura materna, depositada en la terapeuta mujer.

Para afrontar ansiedad Ca, Ke y J comentan que habían estado con Salvador en otras sesiones jugando. J pidió ser llamado así, aunque su nombre es otro.

Con respecto a la contratransferencia es posible que ante el “aparente caos” los terapeutas incluyeron actividades estructuradas en lugar de juego libre en dos de las sesiones del grupo psicoterapéutico como una forma de reducir la ansiedad ante el caos que representaba la desorganización del espacio y de los niños/as.

4.2.2. Fase temprana: Introyección de reglas

Esta segunda fase (sesiones 5 a la 11) inició después del periodo vacacional de diciembre. El tema central de la primera sesión fueron los pensamientos de los niños/a sobre el grupo en las vacaciones. Todos manifestaron que deseaban regresar al grupo. A continuación se transcriben algunos de los comentarios de los niños/as al respecto:

J: “Extrañaba como jugábamos”.

S: “...que extraño en las vacaciones a mi amiga (no recuerda el nombre de An)...pensé que en las vacaciones no me porto tan bien, y luego porque mi hermana se va y a veces se queda, y este año se quedó, y como ella y yo no nos llevamos tan bien pues como yo ya tengo el teléfono de Kenia mi papá me dijo que si me hacía falta algo o quería platicar que le hablar...Yo aquí me siento libre”.

An a S: “Yo también te extrañé”.

La conformación grupal se estableció simbólicamente cuando los niños/as llevaron su cojín (espacio individual) al espacio grupal. Este objeto tuvo como función la expresión de la agresividad y seguridad de los niños/as, con frecuencia lo usaban para golpear a otros niños/as, para protegerse o descansar en él durante el tiempo de pensar. Al parecer en este objeto se depositaron los impulsos agresivos de los niños/as soportándolos, fueron objetos que simbólicamente resistieron la agresión

sin ser destruidos, fueron el paso de la regulación externa (del grupo) a la autorregulación de dichos impulsos (Privat y Quélin-Souligoux, 2003).

Contenido manifiesto

En esta fase temprana, los niños/as comenzaron a incluir el tema de la alimentación o nutrición en sus juegos, después de los juegos que implicaban descarga de agresividad. Con frecuencia elaboraban y vendían alimentos, al principio de la fase los alimentos eran salados (tlacoyos, pizza, papas a la francesa), luego dulces (café *capuccino* y helados) y picantes (chamoyadas). El uso del dinero fue introducido por An, quién daba al principio propinas o repartía el dinero. En una de las sesiones los niños/as usaron el dinero para comprar a la terapeuta mujer los ingredientes y utensilios para preparar los alimentos que vendían. En algunas ocasiones la venta e intercambio la hacían también con el terapeuta varón. El tema de la alimentación y del uso del dinero surgió cuando la terapeuta no asistió al grupo (sesión 8), después de que J y S se preguntaban el motivo por el cual no asistió la terapeuta. S dijo que ella tenía su torta en la mochila y J dijo que él tenía cinco pesos. Parece que los niños/as vinculan el afecto con los alimentos y el dinero.

El tema de la diferenciación surgió cuando los niños/as eligieron qué querían vender, ya que cada uno vendía algo distinto. A Ke le costó trabajo elegir qué vender y abandonó en una ocasión el juego. La diferencia se manifestó simbólicamente en los cojines. En esta fase, todos los niños/as habían llevado su cojín y lo utilizaban como un espacio para acostarse, descansar o agredir a otros. La agresividad de los niños/as también se manifestó en la creación de personajes como: Godzilla, un cocodrilo, un perro malo, La Llorona Ronca, El Panda Asesino, Chuky y El fantasma de la exigencia.

En esta fase se apareció por primera vez la figura grupal: S dice (sesión 7): “Aquí parece nuestro territorio”, de esta forma se manifestó la identidad grupal, parece que los niños/as reconocieron la existencia del grupo con necesidades

compartidas o grupales como abrir ventanas por el calor, mantener oscuro el cuarto de juegos, entre otras necesidades.

Durante esta fase, los niños incluían el tema de la suciedad hablan de echarse “pedos” y eructan. J dice en un juego (sesión 11) que las niñas están construyendo un “Circo de pedorras”. An también incluye el tema de la suciedad refiriéndose a lo que hizo en esa misma sesión como un batidillo y dice que tiene las manos “como puerca”.

Esta fase se caracterizó por la expresión verbal de acuerdos sobre el uso de los juguetes para compartirlos (usar lo que otros no están usando o pedir las cosas), sobre los límites de la agresividad hacia otros niños/as (cómo pegarse para no lastimarse), sobre el uso de dispositivos electrónicos (celulares y audífonos).

Se abordó el tema del cierre del grupo cuando hablaron sobre las ausencias (Ke y Ca). Los niños recordaron algunos de los juegos que habían hecho con ellos en otras sesiones y la terapeuta mujer introdujo el tema de los buenos recuerdos que tendrían cuando dejaran el grupo. Los niños/as se mostraron tristes ante el cierre del grupo, aunque se les aclaró que el grupo estaba a la mitad del tiempo establecido.

Al final de las sesiones, en esta fase, era frecuente que los niños/as se metieran detrás de una mesa circular (estaba recargada en la pared para disponer de más espacio). Era como un escondite para no irse cuando llegaba el momento de salir del cuarto de juegos. En una de las sesiones se metieron con sus cojines detrás de la mesa, con las intervenciones de los terapeutas (aceptación positiva incondicional, comprensión empática, reflejos de sentimiento y reflejos de elucidación) los niños/as aceptaron salir, aunque rebasando el límite de tiempo de la sesión. Los niños/as dejaron de esconderse detrás de la mesa al final de esta fase, al parecer aceptaron los límites de tiempo.

Tipo de juego

En la fase intermedia, en la mayoría de las sesiones, el juego de los niños/as fue asociativo, es decir que jugaban entre ellos, se pedían y prestaban material. Cada niño/a tenía una actividad similar pero cada uno reaccionaba como quería, sin subordinarse a los intereses del grupo, no había división de tareas ni organización de la actividad, aunque realizan actividades en grupo, el juego no perseguía un fin en común. Este tipo de juego se presentó hacia el final de la fase, cuando los niños/As construyeron el teatro, todos formaron parte de esta actividad. El juego de esconderse detrás de la mesa, cuando terminaba la sesión, también puede considerarse como juego cooperativo, esto es, que el grupo se organizó y perseguía los mismos fines, el grupo estaba en las manos de una de las niñas (S) que dirigía la actividad de forma en que cada uno de los niños/as se sumó a la consecución de la meta del grupo (Sistema de observación de Parten en Criado, 1999). En esta fase los niños/as comenzaron a incorporar reglas que ellos mismos ponían para participar en los juegos.

Los niños del grupo que no participan en el juego asociativo (Ax y Ke en algunas sesiones) jugaban solos y separados de los demás con juguetes diferentes a los que usan los otros niños/as. Su juego era solitario, esto es, que se centraban en su propia actividad y no realizan intentos por aproximarse a los otros niños/as. Aunque con frecuencia los terapeutas y los niños/as se acercan para invitarlos a jugar ellos no aceptaban. El juego solitario es propio de los niños/as entre los dos y tres años (Sistema de observación de Parten en Criado, 1999), lo que puede sugerir que el nivel de desarrollo social de estos dos niños es inferior al esperado para su edad, esto puede deberse al abandono temprano que vivió por parte de la madre.

El tipo de juego en esta fase estuvo orientado hacia la construcción, la creatividad y la expresión artística (uso de pinturas y plastilina), con frecuencia cantaban, construían (casa, teatro, almacén), La lucha y la persecución disminuyeron en frecuencia e intensidad a diferencia de la fase inicial. Los niños/as empezaron a hacer uso de la palabra para regular su conducta agresiva por solicitud de los

otros niños/as para detenerse o dejarse de pegar. Aunque en el caso de An, fue hasta el final de esta fase cuando empezó a hacerlo con algunas dificultades.

Dinámica grupal/Interacción grupal

Al inicio de esta fase, el nivel de interacción entre los niños/as se mantiene en díadas y algunas veces evoluciona al juego en tríadas, regularmente dos niñas y un niño (An, S y J; An, S y Ke). Ax con frecuencia aunque no participa con los otros niños en los juegos, parece que Ke y J se identifican de alguna forma con él, en una de las sesiones Ke estuvo toda la sesión yendo y viniendo entre el juego con las niñas y “jugar” con Ax en el celular. En otra sesión J llevó sus audífonos y estuvo sentado solo buena parte de la sesión como lo hacía regularmente Ax. La identificación es uno de los elementos que convierte la experiencia grupal en terapéutica ya que permite a los niños/as identificarse no solo con los terapeutas, sino con otros niños/as (Ginott, 1961), al parecer Ax permitió ser una figura de tranquilidad, quietud y aislamiento para J y Ke, que con frecuencia se perdían en la intensidad del encuentro grupal. Para esta fase Ax fue una figura de identificación en el tiempo de pensar y en el de ordenar, en los que el resto de los niños/as tenían dificultades o resistencias.

A partir de la mitad de esta fase (Sesión 8) el nivel de interacción se volvió grupal, particularmente en el tiempo de pensar, en el que todos colaboran, aunque de diferentes formas y ritmos. S logró incorporarse con mayor rapidez al tiempo de pensar que An, a partir de la insistencia de Ke de sentarse y el modelamiento de J y Ax para iniciar el tiempo de pensar sentados en el círculo. Como vocera S encabezó la manifestación en coro de ser un grupo: “El pueblo unido jamás será vencido”. En la fase anterior la expresión de necesidades la iniciaba ella de forma escrita y el grupo la seguía, en esta ocasión fue verbal y de forma cohesionada.

S tomó la batuta como la vocera del grupo ante la ausencia de Ca. Aunque con frecuencia preguntaba por él. Ella comentó en una sesión que quizá no asistía porque estaba enfermo. En algunos momentos la voz de S era autoritaria, pero ante los reflejos de los terapeutas suavizaba su participación. El rol del resto de

los niños/a no cambió, Ke y J se mantuvieron como los puentes entre las niñas y los niños. J se mantuvo como la figura agresiva del grupo y An como la receptora de la agresividad.

Los niños/a en tiempo de ordenar tenían diferentes niveles de participación. Por ejemplo: J solo acomodaba lo que él había usado, mientras Ke pedía a S con frecuencia que participara en el tiempo de organizar. El papel de Ke era regulador para S.

Algunas veces el nivel de relación entre los niños/as y los terapeutas era en tríada (terapeuta varón y dos niños, terapeuta mujer y dos niñas). En la dinámica grupal aparece la figura del grupo, la vocera fuera S, quien manifestó: “Aquí es nuestro territorio, de todos los niños”. Ella tomó el rol de líder dentro del grupo después de la ausencia de Ca y fue la voz inicial para exigir más tiempo de acción (jugar) y manifestar la resistencia a iniciar el tiempo de pensar o el momento de salir del cuarto de juegos. Los niños/as se organizaron en una ocasión para meterse detrás de una mesa cuando los terapeutas dieran la indicación de salir del cuarto de juegos (aplauso). El único de los niños que no participó en meterse fue Ax. El grupo se cohesiona para demandar la satisfacción de algunas de sus necesidades, por ejemplo, más tiempo dentro de la terapia, agua para beber, el uso de un ventilador por el calor que se sentía en el cuarto de juegos.

Tono afectivo

El tono afectivo de las sesiones en esta fase fue diverso. En los días de asistencia de menos niños/as el tono afectivo era bajo, decían que estaban aburridos o tristes. Esto sucedió también ante la inasistencia de la terapeuta mujer (sesión 8). En la mayoría de las sesiones el tono afectivo era positivo, esto es, cálido, expresaban alegría, cariño (las niñas se abrazaban y regalaban cosas), mientras que los niños se acercaban a los otros por momentos ofreciendo ayuda o pidiéndola para “enfrentarse” a las niñas.

Hechos significativos

En esta fase la ausencia de Ca se hizo inminente y aún al finalizar esta fase, los niños/as lo hacían “presente” recordando algunos de los juegos que compartieron con él. Hay fantasías sobre la ausencia de Ca:

S comenta: “A lo mejor está enfermo”.

J dice: “A lo mejor va a otra terapia”.

Cuando se intentó abordar en la sesión el tema de la ausencia, el grupo no respondió, surge como mecanismo de defensa la negación sobre este tema, no lo abordan aunque se les pregunta directamente y expresan que se sienten aburridos/as y tristes.

Otro hecho significativo fue la ausencia de la terapeuta mujer al grupo (sesión 8). Aunque estaba planeado avisar al grupo previamente que no asistiría, ambos terapeutas olvidaron dar el aviso en la sesión anterior. A esa sesión asistieron tres niños/a: Ke, S y J. Se preparó una carta para aminorar el impacto de la ausencia (Anexo 3), aunque los niños/as no preguntaron al terapeuta varón el motivo de la ausencia, dos de los niños lo comentaron voz baja, apartados del terapeuta y del otro niño:

J mientras miraba la nota que pegaron en la puerta: ¿Por qué no habrá venido Kenia?

S: Debe haber tenido algo más importante.

La ausencia de la terapeuta parece que impactó en J de forma negativa, ya que no asistió a la semana siguiente al grupo. S, preguntó a la terapeuta en el pasillo antes de la sesión (9) el motivo de su ausencia. Se aseguró al grupo que no volvería a suceder. Hasta antes de la sesión en la que faltó la terapeuta los niños/as no habían faltado al grupo tampoco.

Factores terapéuticos

En esta fase temprana, algunos de los factores terapéuticos que se manifiestan en el grupo son: el desarrollo de técnicas de socialización (J a An: “Pues di cuando no quiere que le peguen”), la conducta imitativa, el aprendizaje interpersonal, el altruismo, la universalidad, la cohesión nuevas formas de relación con las cosas (J y An le dicen a S: “No se avientan las cosas”, “no arrebatas las cosas”), recapitulación correctiva del grupo familiar (se establece una relación positiva con el terapeuta hombre y mujer). En el caso de S empezó la comunicación con la figura paterna, a partir del uso del teléfono de juguete para saber qué es lo que él quería.

Aspectos latentes

Como parte de los contenidos latentes se observó que la actitud negativa hacia la figura paterna de la fase inicial, se transformó en agresión (una de las niñas manifestó el deseo de cortar en pedazos al terapeuta varón con unas tijeras para podar de juguete), por ejemplo: una de las niñas le ofrecía helados a Salvador durante el juego, la otra postres, mientras que los niños lo elegían como compañero de juegos reglados. También surgió en los niños el deseo de cercanía y aproximación a la figura materna (dos de los niños se sentaban junto a ella o buscaban su aprobación durante los juegos).

En esta fase los niños/as llevaron a la sesión juguetes (trompo, patineta, etcétera), y otros objetos (lapicera) y alimentos (dulces, paletas, bebidas, torta, etcétera) que consumían dentro de la sesión o al terminar. Parece que no se sentían nutridos con lo que ocurría en el espacio terapéutico. Los terapeutas realizaron intervenciones sobre este punto y al parecer los niños/as decidieron expresar abiertamente lo que necesitaban del espacio terapéutico.

Los impulsos agresivos de los niños/as tomaron la forma de expresiones verbales sobre suciedad, hablaban de “pedos potentes”, “peditos”, malos olores (de los pies) y eructaban (S). En el caso de una de las niñas, esto se manifestó en el juego haciendo un “batidillo” con pinturas y pegamento líquido (sesión 11). En esta

fase hubo cambios importantes en las formas de expresión de los niños/as, se impulsó entre ellos el uso de la palabra y la transformación de los gritos (ansiedad) en canto. Se reconoció también la capacidad de destrucción, los deseos de reparación (arreglar la escoba rota) y la frustración al no lograrlo.

Los niños/as a lo largo de esta fase mostraron la necesidad de constancia de objeto a través del deseo de que las cosas que ellos hacían ahí, por ejemplo: S quería que no se deshicieran tlacoyos. Esto se observó también en el recuerdo constante de Ca. Los terapeutas prestaron poca atención al tema de las separaciones y de la ausencia de las figuras fraternas (Ca o compañero de juego) quizá por la dificultad personal para el manejo de la ausencia o la rivalidad con las figuras fraternas (hermanos/as).

4.2.3. Fase avanzada: interiorización de límites

Contenido manifiesto

Uno de los temas que se presentó en esta fase, de forma recurrente fue la agresión: con frecuencia los niños/as hablaban de la muerte, de animales asesinos, de comerse entre ellos/as y creaban juegos que implicaban agresión como aventar juguetes (palitos) o destruir lo que construían (frisbees en la sesión 16). En esta fase apareció también la necesidad de ayuda, esto es, dar y recibir apoyo para defenderse o atacar a otros niños/as.

Durante esta fase los niños/as jugaron a disfrazarse (usando accesorios que ellos traían o las telas), representaron diferentes personajes, entre ellos animales (perro, mono, panda, león, jirafa y chango), personajes (viejita, Vicente Fernández, la Llorona, El Monstruo del Lago Ness, etcétera), profesiones (médico y “psicólogo”), superhéroes (súper robot). Particularmente, uno de los niños (J) en esta fase dedicaba gran parte de las sesiones a la elaboración de máscaras que obsequiaba a los terapeutas (Fig. 5). Los niños/as usaron títeres también para ser diferentes personajes (Pánfilo López, Panda Asesino, etcétera)



Fig. 5. Máscaras.

En algunas ocasiones los niños/as se cubrían la cabeza con la caja de las telas y/o con las telas (S, J, Ke y An). Durante el tiempo de pensar en algunas sesiones los niños/as las usaban para cubrirse mientras escuchaban. (Fig. 6). El uso de las telas durante la sesión también estaba relacionado con resbalarse con ellas y estar en riesgo de caerse (J, Ke y S).



Fig. 6. El uso de las telas en una sesión.

En esta fase los niños/as mencionaron en repetidas ocasiones el deseo de llevarse juguetes, materiales o creaciones que hacían en el espacio terapéutico

(muñequitos, ligas, dibujos, estrellitas de plástico, etc.). Uno de los niños (J) con frecuencia estuvo jugando con las ligas, las anudó para hacer una cadena y luego la amarró al picaporte de la puerta, ahí colgaba al Panda Asesino. El mismo niño manifestó el deseo de llevarse su cojín al término del grupo). Destaca también durante estas sesiones el hecho de traer cosas a sesión (celular, comida, bebidas, comida para perro, ranita, muñequera, etcétera). En consecuencia el tema de la alimentación o nutrición era recurrente (tomar, comer y preparar alimentos dulces). Al referirse a los alimentos se rompían límites, se establecían relaciones entre los niños/as (An y S) o con los terapeutas (S con Salvador y Kenia).

Durante esta fase los niños/as dejaron de esconderse colectivamente detrás de la mesa, en algunas ocasiones lo hicieron de forma individual, sobre todo An. J y Ke algunas veces se metían debajo del escritorio. Casi siempre sucedía cuando se encontraban jugando solos, parecían cómodos con el juego. Esta fase se caracterizó por la recolección de juguetes que hacían An y S al inicio de varias sesiones para el “almacén” o la “tienda”. En esta fase también los niños/as aventaban juguetes detrás de la mesa para ocultarlos de otros niños/as.

En esta fase se abordó el tema de la ausencia de los padres, ninguno de los niños/as se refirió a la situación de abandono que vivía. La mayoría de las veces la pauta para aproximarnos al tema era la ausencia de uno de los niños. En esta fase la ausencia de Ax y su deseo que de que estuviera presente se manifestó en una sesión, en la que Ke dijo ver desde la ventana a un niño muy parecido a Ax. Con frecuencia la ausencia de Ca también era mencionada.

Tipo de juego

Los juegos de reglas se mantuvieron presentes en esta fase, la competencia, ganar o perder se volvieron aspectos relevantes dentro de las sesiones. En un par de sesiones los niños jugaron serpientes y escaleras. Una de las niñas en la ausencia de la otra participó en este tipo de juego (Sesión 17). Los niños participaron en otros juegos de reglas: Jenga, Fútbol, Ajedrez y Jockey. El juego solitario, paralelo y asociativo estuvo presente en algunas sesiones como

preámbulo para el juego cooperativo. En una ocasión (Sesión 14) los niños/as crearon su propio juego de reglas: se trataba de atinarle con los palitos de madera a la caja de las telas. Uno de ellos empezó y el resto se incorporaron al juego. Lo mismo sucedió en la sesión 15, pero ahora en el juego de Serpientes y Escaleras.

Los niños/as crearon la Fábrica de Frisbees, en la que cada uno se incorporó y fue cumpliendo una función para tener los Frisbees. Aportaron ideas sobre cómo hacerlos y qué hacer con ellos.

Con la ayuda de la Fábrica de Frisbees los niños/as desarrollaron la noción de símbolo. Cada frisbee era un símbolo. Cuando se exploró con ellos el significado que tenían, los niños/as se mantenían en silencio. S al inicio del juego hizo el símbolo del “Cáncer y del Sida” (enfermedad y apoyo). En la fase anterior S había hecho fósiles, parece que ahora los símbolos se trataban de algo más cercano al presente y no al pasado. Por iniciativa de S, los niños/as empezaron a ponerle “Cristitos” a los frisbees (Fig. 7).



Fig. 7. *Frisbees*.

Se ha señalado que el modelado con materiales como la arcilla (en este caso Play Do) permite el juego desordenado, pero también en la expresión simbólica compleja (West, 2000), como la creación de los *frisbees*, que en este caso poseen las características de un mandala: son diseños equilibrados, basados en círculos

que tienen señalado el centro. Representan un orden interior, con frecuencia siguen a estados caóticos, desordenados que se han caracterizado por el conflicto y la ansiedad. En este caso, la creación de los frisbees como un mandala, puede expresar la idea de un refugio, reconciliación interna y totalidad (Jung, 1959, p. 384 en West, 2000), como un principio de organización y regulación para el grupo en esta fase del proceso psicoterapéutico.

Cuando el juego era individual con frecuencia se orientaba hacia lo artístico o expresivo, particularmente hacia el dibujo con el uso de pinturas o plumones (Fig. 8. Y Fig. 9). El modelado con Play Do, paso de la creación de alimentos a la de símbolos, de forma grupal. S era quién con frecuencia prefería el uso de lenguaje verbal escrito en lugar de hacer representaciones gráficas.



Fig. 8. Dibujo de An en la sesión 15.



Fig. 9. Dibujo de Ke en la sesión 16.

Tono afectivo

En esta fase los niños/as se vincularon de forma positiva, con frecuencia se pedían las cosas que utilizarían o preguntaban si alguien las utilizaría. Son amables entre ellos aunque a veces a nivel verbal se mostraban agresivos de forma directa o indirecta (a través del juego). La transición de estados emocionales es gradual y organizada en la mayoría de las sesiones. Se fue señalando el incremento de fuerza en la agresión física entre ellos para promover la auto-regulación, sin embargo en una ocasión (sesión 14) J y An se golpearon con fuerza. Los terapeutas detuvieron el juego y hubo llanto por parte de An. Ese día el grupo ofreció soluciones como disculparse o darse la mano. Los terapeutas sugirieron la expresión verbal del enojo para evitar lastimarse físicamente.

Hechos significativos

A esta fase Ax asistió solo a la sesión 13. En esa sesión el grupo le recordó el límite que se había puesto con respecto al uso de su teléfono celular, ya que frecuentemente lo llevaba y jugaba en él. Aunque invitaba a los otros niños/as, ellos regularmente no aceptaban. Los terapeutas estuvieron haciendo intervenciones también con respecto al uso del celular y se estableció un tiempo

límite para que lo dejara de usar. En esa sesión aceptó guardarlo, parece que esto fue significativo para el niño, ya que dejó de asistir a las sesiones de esta fase, por la insistencia de los terapeutas la abuela del niño volvió a la llevarlo para la fase de terminación.

Dinámica grupal

Los niños/as participan en juegos individuales y grupales, también se organizan en subgrupos, con frecuencia la organización en subgrupos es por sexo: niños y niñas. En esta fase cuando el juego era en díadas había un niño y una niña (S y Ke; J y An; Ke y An), en algunas ocasiones formaron díada Ke y Ax, y en otras J y Ke. Ax y J no formaron díada en ninguna de las sesiones.

S continuó siendo la líder del grupo. Ke en algunos momentos propuso algunos juegos como jugar fútbol o a las escondidillas, sin embargo, el grupo no aceptaba. A pesar de eso, en las sesiones finales de esta fase, Ke era el niño alrededor del que se organizaba la actividad grupal, ya que él era quien iniciaba el juego de Serpientes y escaleras (Sesión 15) o se involucraba en los juegos de otros, de forma que otros niños/as también lo hacían, como en el juego de los atinarle a la caja de las telas con los palitos (Sesión 16). Con frecuencia Ke promovía la regulación individual pidiendo a S o An que hicieran cosas (como unirse al tiempo de pensar) o que dejaran de hacer otras (como tomarse el refresco que encontraron en una sesión).

Factores terapéuticos

En la fase avanzada los factores terapéuticos que se identificaron fueron la recapitulación correctiva del grupo familiar, infundir esperanza, esto es, confianza en la eficacia del grupo, aprendizaje interpersonal, la universalidad, el aprendizaje interpersonal (Ke, An y J fueron incluyéndose en los juegos sin violentar el juego o a los otros niños/as). Se promovió también el desarrollo de la empatía preguntado a otros niños/as cómo se podía estar sintiendo otro niño/a ante lo que sucedía dentro del grupo. También los niños/as sugerían formas de resolver lo que a otros niños/as les costaba trabajo cuando los terapeutas hacían la pregunta al grupo. La

cohesión fue otro de los factores terapéuticos que caracterizó la fase avanzada. Los niños/as fueron organizando los juegos para alcanzar cada uno la meta que tenía dentro del mismo juego.

Aspectos latentes

En esta fase se logró una mejor integración de las figuras parentales para algunos de los niños/as. De forma grupal se manifestó la rivalidad fraterna en la relación de cada niño/a con los terapeutas. Se incrementó el acercamiento de los niños/a con abandono materno a la figura de la terapeuta mujer, quién manifestó en algún momento la dificultad de pasar tiempo con cada uno al estar en grupo. Se abordó con el grupo si una situación así vivían en casa. Las respuestas verbales de los niños/as fueron escasas y se señaló la capacidad de compartir a la terapeuta.

En el caso de una de las niñas (S) disminuyó la agresión hacia la figura paterna en la figura del terapeuta varón y un mayor acercamiento a la terapeuta mujer, en quién se da la transferencia de la figura materna.

La ansiedad de los niños/as ante los temas tocados en la sesión disminuye y la forma en que se manifiesta ahora es a través del cambio de actividad o con gritos, la descarga de la ansiedad ya no es a nivel motor como en las dos fases anteriores. La negación sigue siendo un mecanismo de defensa utilizado por los niños/as quienes no responden a lo que se les pregunta en el espacio terapéutico, sobre todo acerca de sus sentimientos, la mayoría de los niños/as están dispuestos a hablar de otros niños/as pero no de sí mismos. An era quién con mayor frecuencia hablaba de su experiencia con respecto a los temas de la agresión, la ausencia de los padres/madres, los conflictos en la escuela o los hermanos, los cambios corporales por el crecimiento o las enfermedades.

4.2.4. Fase de terminación: integración del proceso

Contenido manifiesto

En la fase de terminación los niños/as hicieron una recapitulación de lo sucedido en el proceso grupal al observar los productos o creaciones en su estancia en el cuarto de juegos (Sesión 19). Los terapeutas los fueron guardando e hicieron una exposición de ellos en el piso del cuarto de juegos. Particularmente en las dos últimas sesiones la propuesta de trabajo de los terapeutas fue directiva para facilitar la elaboración e integración del trabajo grupal, tanto de los niños/as como del grupo de reflexión de los padres/madres.

En esta etapa se observó una mayor confianza y apoyo entre los niños/as dentro del grupo. Se abordó el uso de la memoria para recuperar los momentos agradables y de aprendizaje dentro del grupo. También observamos en esa fase que los niños/as tenían un mejor conocimiento de sí mismos y de los otros miembros del grupo. Cuando se les pidió que hicieran nuevamente su composición Yo soy... (Sesión 19) que serviría de post en la evaluación del proceso. Los niños/as incluyeron elementos positivos de sí mismos que escucharon en esa sesión y que al parecer integraron como parte de la experiencia grupal. Se hizo un ejercicio con ellos para en el que se colocó un lugar entre los terapeutas para que cada niño/a se sentara y escuchara características positivas que los demás veían en él/ella. La participación fue voluntaria y en el siguiente orden: Ke, S, J, Ax y S. En algunos momentos, sobretodo S y An decían aspectos negativos, los terapeutas acotaban la indicación y el grupo volvía a centrarse en aspectos positivos. Particularmente en esta sesión, la presencia de los juguetes dificultó la elaboración de la composición y del cierre del proceso grupal, ya que parecía que todo seguiría igual (se recomienda para las sesiones de cierre no colocar material de juego, solo expresivo para enfocarse en la experiencia y en los sentimientos ante el cierre del grupo).

Los niños/as expresaron en esta fase su deseo de continuar en el grupo y los terapeutas se enfocaron en la importancia de terminar y empezar nuevas experiencias.

Tipo de juego

El juego fue directivo y expresivo. Aunque en una de las sesiones había juguetes y el juego fue paralelo, al final de esa sesión el juego fue cooperativo, ya que cada uno participó para lograr la meta final que era tirar los objetos con los dardos. En las otras dos sesiones las actividades estuvieron orientadas a la elaboración por parte de los niños/as del cierre por lo que se ofrecieron actividades estructuradas con tiempo limitado.

Tono afectivo

Cuando se hizo evidente el cierre del proceso, en la sesión 18 los niños/as tuvieron expresiones de enojo y tristeza ante el término del grupo, hicieron dardos que lanzaron a objetos que debían derribar. Estuvieron aventando juguetes también sin lastimarse entre ellos. Durante esta sesión los niños/as se fueron auto-regulando y ayudando a otros niños/as a hacerlo, terminando la sesión en un tono afectivo de tranquilidad como el de las sesiones de la fase anterior.

La última sesión fue muy emotiva. En ella, ya no se introdujeron juguetes en el cuarto de juego, solo material que facilitara la expresión simbólica (pinturas, gises, hojas, colores, pegamento, tijeras, etc). Se dedicaron cerca de 20 minutos para que los niños/as hicieran un dibujo o escribieran algo que respondiera a la pregunta: ¿Cómo me ayudó el grupo en la relación con mi mamá, papá, abuelito, abuelita? Los niños/as trabajaron en silencio la mayor parte del tiempo. J y Ax buscaron un escritorio para sentarse y trabajar, mientras Ke, S y An trabajaron en el piso. Se dio un espacio para la expresión verbal de lo que representaban sus dibujos o escritos. S y An no lo hicieron. An expresó corporalmente que no podía hablar porque le sangró la boca al moverse un diente flojo, mientras que S comentó que no podía hablar porque se mordió la lengua. Después de esa actividad subieron los padres/madres al cuarto de juegos y se hizo un ejercicio de

fantasía guiada con ellos sobre el cierre del grupo de niños/as y el de padres/madres. Se abrazaron con sus hijos/as o nietos y comenzó la fiesta de despedida.

Hechos significativos

En esta fase se llevó a cabo la Fiesta de despedida en la que estuvieron juntos por primera y única vez los grupos con las tres terapeutas y el terapeuta varón (sesión 20). El ejercicio que se hizo estuvo dirigido en una parte por una terapeuta del grupo de niños/as y otra por una de las terapeutas del grupo de reflexión de padres. Uno de los objetivos del ejercicio propuesto era simbólicamente disolver los grupos y fortalecer el vínculo en entre los niños/as y sus cuidadores (padre, madre, abuelito, abuelita).

Dinámica grupal

El grupo se divide por sexos en la mayoría de las actividades. Ke funciona como puente entre los niños y las niñas, ya que con frecuencia su acercamiento es el punto de partida para la combinación de niños y niñas en los juegos. Las actividades de las últimas sesiones implicaban una vuelta a lo individual y así era aceptado por el grupo. Sin embargo, se mantenían juntos, en la misma área de trabajo S, Ke y An. Se establecieron lazos de afecto entre J y Ke, que se manifestaron en los escritos y dibujos que hicieron en la última sesión. Lo mismo sucedió entre An y S.

Factores terapéuticos

En esta fase la cohesión grupal fue la que permitió a cada uno de los integrantes de los grupos tolerar el término del grupo. Se promovió la recapitulación correctiva del grupo familiar en la última sesión.

Aspectos latentes

En esta última fase se pudo observar la dificultad de los niños/as para cerrar el proceso, la ansiedad que surgió se expresó de forma motora, en el caso de S y An

se manifestó como mecanismo de defensa la regresión en la forma de expresión, ya que las dos decían que no podían hablar y se expresaban solo corporalmente, como si fueran bebés. Surgió ansiedad también en los niños/as ante la expresión verbal de características positivas de sí mismos por parte de los terapeutas y otros niños/as. Sin embargo, pudieron tolerarlo y se mantuvieron en el lugar asignado para el ejercicio hasta que todos les habían dicho algo positivo. En el caso de los terapeutas, parece que existieron dificultades para escuchar características positivas que los niños/as querían decirles, ya que “no alcanzó” el tiempo para hacerlo. En el caso de los padres/madres se devolvió a los padres/madres de forma simbólica la responsabilidad y cuidado de sus hijos/as al permitirles la entrada al cuarto de juegos (espacio psíquico de los niños/as).

4.3. Avances del grupo de psicoterapia de juego integrativa

Al terminar el trabajo con los grupos paralelos se analizó el contenido de las sesiones y uno de los instrumentos aplicados al inicio y al final del grupo psicoterapéutico con los niños/as (Composición “Yo soy...”), ya que aún no se llevan a cabo las sesiones individuales de aplicación de los otros dos instrumentos que se analizarán (Dibujo de la Figura Humana y Dibujo de la Familia). En la Tabla 3 se muestran la transcripción de los textos que hicieron los niños/as y en la Tabla 4 la comparación de la pre y la post evaluación con el “Yo soy”, se usaron las tres categorías sugeridas por González Rey (1994 en Olivares, 2005) para el análisis de este tipo de textos en el estudio de la personalidad.

Al analizar el contenido de las composiciones de cada niño/a se observa en la Tabla 6 que el contenido, esto es, a los elementos que expresa, la frecuencia, la relación entre éstos y cualquier aspecto de la descripción que este dado en lo expuesto (González Rey, 1994 en Olivares, 2005) paso de ser descriptiva sobre los gustos que tienen o actividades que realizan a incluir características personales que los describen a ellos/as. La descripción del contenido de la composición puede ser clasificada en áreas de desarrollo del yo como las de la

Escala de Autoconcepto Tennessee (Yo físico, yo ético, yo personal, yo familiar, yo social y autocrítica) (Olivares, 2005).

Tabla 6. Composición “Yo soy” escrita por cada niño/a en la pre y post-evaluación.

	PRE-EVALUACIÓN	POST-EVALUACIÓN
An	Yo soy An y me gusta jugar con las barbis. Lo que me gusta de mis hermanas, lo que no me gusta es que pelen conmigo.	Yo soy amable, juguetona, a veces enojona.
S	Yo soy S y me gustan las plantas, la natación, el valet, el catecismo y el inglés. Me gusta estar aquí gracias a mis papás y también conocí nuevas amigas me gusta estar aquí.	Yo soy amable, cariñosa, y juguetona y también soy muy alegre y triste a veces.
Ax	Soy estudiante de la Ignacio Rodríguez Galván y me gusta jugar mucho futbol y PSP y Xbox 360 con el Kinect.	Yo soy alegre, respetuoso, inteligente, observar. Me gusta jugar futbol, ir con la rebel a apoyar a pumas, jugar en mi ipod touch y soy amable.
J	Soy I y me gusta el Xbox 360 y me gusta jugar Geajj of War.	Soy I y los días en la sicología fueron los mejores de mi vida ogala fueran más sesiones unas 40. Pero no hay ni más ni menos. Pero fue ¡divertíoooo! Pero adiós Ax, Ke, S, An, Kenia y Salvador.
K	Yo soy Ke (puso sus apellidos), me gusta el futbol y juegos de video la tele los carros y pintar.	Yo soy amigable, juguetón, y me gusta hacer dibujos soy también amable y a beses invento juegos, y a beses respeto las reglas.

Con respecto a la vinculación afectiva, esto es, a la expresión afectiva que cada niño/a tiene hacia sí mismo/a (González Rey, 1994 en Olivares, 2005), todos los niños/as manifestaron contenidos que son aceptados en la conciencia, sobre todo por la niñas, que incluyen elementos considerados típicamente como negativos (enojona y triste) lo que sugiere la integración de aspectos tanto positivos como negativos en la conformación del sí mismo/a más realista.

Tabla 7. Análisis de contenido de la composición Yo soy...

Niño/a	Pre-evaluación	Post-evaluación
An	Gustos y relaciones familiares	Características personales
S	Gustos y actividades	Características personales
A	Escuela y entretenimiento	Características personales
J	Video juegos	Características personales, deseos, sentimientos y despedida
Ke	Gustos, entretenimiento	Características personales

Tabla 8. Análisis de la vinculación afectiva de la composición Yo soy...

Niño/a	Pre-evaluación	Post-evaluación
An	Neutra	Positiva
S	Neutra	Positiva
A	Neutra	Positiva
J	Neutra	Positiva
Ke	Neutra	Positiva

Tabla 9. Análisis de la elaboración personal de la composición Yo soy...

Niño/a	Pre-evaluación	Post-evaluación
An	Aspectos conductuales	Aspectos afectivos y conductuales
S	Aspectos conductuales	Aspectos afectivos y conductuales
A	Aspectos conductuales	Aspectos afectivos, cognitivos y conductuales
J	Aspectos conductuales	Aspectos afectivos, cognitivos y conductuales
Ke	Aspectos conductuales	Aspectos afectivos, cognitivos y conductuales

Finalmente, en el análisis de la elaboración personal, que se caracteriza por la manifestación de juicios, reflexiones propias y la inclusión de la persona de forma activa (González Rey, 1994 en Olivares, 2005), se pudo observar que los niños/as pasaron de expresar en su primera composición solo componentes conductuales sobre el concepto que tienen de sí mismos/as a incluir elementos afectivos en todos los casos, y en dos de ellos se incluyeron aspectos cognitivos (K y A), lo que sugiere también una noción de sí mismo todavía más integrada o completa.

En el proceso de evaluación al término del trabajo grupal se pidió a los cuidadores y a los niños/as en la última sesión que respondieran a la pregunta: ¿Cómo influyó el grupo de reflexión en la relación con su hijo/a/nieto? ¿Cómo te ayudó el grupo en la relación con tu papá/mamá/abuela/abuelo? Respectivamente. Las respuestas que dieron tanto el grupo de niños/as como en el grupo de reflexión de padres/madres se muestran en la Tabla 7.

Tabla 7. Respuesta de los niños/as y las personas cuidadoras en la sesión final

¿Cómo te ayudó el grupo en la relación con tu papá/mamá/abuela/abuelo?	¿Cómo influyó el grupo de reflexión en la relación con su hijo/a/nieto?
An: Hizo un dibujo. No escribió ni lo expresó verbalmente su significado.	Mamá: A travez de sus experiencias que ellos vivian a diario con los niños y se platicaba semana a semana poníamos en la casa con An muchas de esas experiencias y nos ayudaron muchísimo al grado de que todos mejoramos en muchas cosas.
S: En ser feliz con mis compañeros	Papa: Me enseñó ha tomar los problemas con mi hija con más tranquilidad. A tener mas paciencia y observar los problemas que le puedan afectar Amarla más y disfrutar de su presencia Aceptar que no siempre tengo la razón y que puede enseñar mas de lo que puedo imaginar. Respetar su espacio, su tiempo y decisiones, estén bien ó mal.
Ax: A mi me sirvió mucho, gracias a la terapia ya no me peleó con mi hermana.	Abuela: Con la ayuda de las psicólogas. Con la ayuda de los compañeros Con la participación de todos Con los comportamientos de nuestro diario vivir Y con el deseo de generar ayudas a mi nieto por medio del grupo
J: Yo y mi hermana nos peliamos mucho y con los psicólogos ya no peliamos todo.	Mamá: Bien era justo lo que yo quería y no tengo más dudas. Agradesco su sabiduría.
Ke: El grupo me ayudo en mucho a respetar a mis mayores ya no grito a mis abuelos los repto y ya no me desespero y me llevo bien con mis mayores.	Abuelo: No es legible.

En lo que respecta al Dibujo de la Figura Humana, se calificaron los dibujos que los niños/as hicieron antes de ingresar al grupo y los que realizaron al término del proceso de psicoterapia grupal. Las calificaciones que obtuvo cada uno se muestran en la Tabla 8.

Tabla 8. Calificación del Dibujo de la Figura Humana con los criterios de Koppitz.

Niño/a	Pre-evaluación	Post-evaluación
An	4 Nivel normal a normal bajo	5 Nivel normal
S	3 Nivel normal bajo	0 Nivel inferior serios problemas emocionales
A	2 Nivel bajo	2 Nivel bajo
J	2 Nivel bajo	4 Nivel normal a normal bajo
Ke	2 Nivel bajo	4 Nivel normal a normal bajo

Como se observa en la Tabla 8, tres de los niños (An, J y Ke) mostraron un incremento en la post-evaluación del Dibujo de la Figura Humana. En el caso de una de las niñas (S), la post-evaluación indica una disminución en la ejecución de la prueba. Al parecer esta niña se encontraba muy desorganizada después del cierre del grupo y el nivel de madurez que se observa en su Dibujo de la Figura Humana tuvo una calificación muy por debajo de lo esperado para su edad. Esto se observó con ella en la última sesión de trabajo del grupo psicoterapéutico, en la que no quiso expresar verbalmente cómo le había ayudado el grupo en su vida. En el caso de uno de los niños (Ax) no hubo diferencias entre la pre y la post-evaluación, esto puede deberse a que el niño no participó activamente en las sesiones a las que asistió (jugaba solo con su celular) y asistió solo a una sesión de la fase avanzada del grupo. La abuelita del niño reportó al final del proceso que observaba avances en él, ya que estaba realizando nuevamente actividades que había dejado de hacer solo, como ir al baño.

Finalmente, a nivel individual se identificaron avances en cada uno de los niños/as con respecto al motivo de consulta por el que llegaron al centro comunitario y que los hizo candidatos al grupo de psicoterapia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El Modelo de psicoterapia de juego grupal integrativa que se presenta en este trabajo implica un desarrollo teórico-metodológico doble. Por un lado, integra los aspectos técnicos de diversos enfoques en una intervención innovadora y efectiva, y por el otro, amplía la comprensión y análisis de los procesos psicoterapéuticos grupales con niños/as en México.

En cada sesión del proceso psicoterapéutico grupal se estableció una relación interna con cada uno de los niños/as; se aceptó a cada uno/a tal y como se presentaba en el grupo; se ofreció una actitud permisiva en la relación entre ellos/as y los terapeutas; se reconocieron y reflejaron los sentimientos que estaban experimentando; se ofreció respeto a las habilidades de cada niño/a para resolver los problemas a los que se enfrentaron en las sesiones; se abordaron los temas que los niños/as llevaban a cada sesión sin dirigir la conversación de los niños/as; y se establecieron los límites necesarios para conservar la terapia en el mundo de la realidad como sugiere Axline (1975), lo que permitió a los niños/as ampliar la percepción que tenían de sí mismos (como se observó en su composición *Yo soy...*) y mejorar las relaciones con algunos familiares a su alrededor (expresado en el escrito de la sesión de cierre). El grupo de psicoterapia abrió la posibilidad de los niños/as para experimentar otro tipo de relaciones interpersonales, en las que fueron: respetados en su individualidad; reconocidas las capacidades y limitaciones de sí mismos/as con la ayuda de otros niños/as y de los terapeutas, es decir, se estableció un clima de aceptación positiva incondicional, congruencia y comprensión empática grupal (Axline, 1975; Rogers, 2004). Se mostró a los niños/as a lo largo del proceso la importancia de ser ellos mismos y el valor que tiene cada uno/a más allá de su mal comportamiento y del motivo de consulta por el que llegaron a la psicoterapia grupal.

Los niños/as se encontraron en un grupo donde compartían características emocionales y sociales similares, lo que permitió el reconocimiento de sí mismo a

partir de la mirada en el otro, que observaba, reflejaba, proponía y facilitaba el cambio. La identificación fue un proceso que ayudó a los niños/as a modificar su comportamiento dentro de las sesiones y en su entorno familiar (Ginott, 1961).

Los niños/as pudieron compartir sus pensamientos o experiencias dentro del grupo, que fue contenedor de la desorganización en las ideas, en la expresión de sus impulsos agresivos y en la expresión del afecto de forma segura, ayudando a vencer el temor al rechazo y dando fortaleza para enfrentar la frustración ante los límites que percibían como amenazantes, y luego como necesarios para la organización del juego y el espacio psicoterapéutico.

El grupo ofreció a los niños/as los factores terapéuticos que Yalom señala para los grupos de adultos. Se trató de un espacio de libertad de expresión en el que los niños/as construyeron una noción de sí mismos/as más amplia. Con respecto al motivo de consulta los niños/as lograron disminuir las peleas con sus hermanos/as y mejorar las formas de relacionarse con sus cuidadores (padre, madre, abuela, abuelo).

En el grupo psicoterapéutico surgieron diversas manifestaciones terapéuticas a lo largo de las diferentes fases, entre ellas:

- El cuidado de otros niños/as que percibían en riesgo de lastimarse.
- El establecimiento de límites para no ser lastimados/as por otros niños/as.
- La aceptación de reglas o límites externos (estructura y tiempo de la sesión, juegos reglados, actividades directivas).
- La aportación de los niños/as de sugerencias para la solución de dificultades de otros niños/as en el grupo, la casa o la escuela.
- La promoción de la participación en los juegos cuando alguno no se incluía.
- El incremento en la disposición a pensar y ordenar conforme fue avanzando el proceso grupal (“efecto GIN”) (Dupont y Jinich, 2007).
- La petición de ayuda a los terapeutas o a los otros niños/as para enfrentar el juego agresivo.

- El respeto ante las peticiones de los niños/as de dejar de jugar agresivamente cuando la intención era claramente de daño a otro niño/a.
- La sustitución de la expresión motora de la agresión por formas de expresión simbólica (a través del juego artístico o simbólico).
- La capacidad de compartir los juguetes, los materiales de expresión artística y las figuras parentales (terapeutas) en la fase avanzada del proceso psicoterapéutico.
- La organización en la participación del juego, esto es, cada niño/a buscaba su lugar y la forma de involucrarse o no en el juego de acuerdo a sus necesidades.
- El interés y reconocimiento de los sentimientos o comportamientos de los otros niños/as del grupo (comprensión empática).
- La auto-regulación y regulación grupal, tanto emocional como conductual frente a las actividades estructuradas y el juego cooperativo.
- La construcción colectiva de juegos e historias en la que cada uno aportaba elementos para crear un todo grupal.
- El uso del silencio grupal como un espacio para la reflexión, la planeación y el uso creativo del pensamiento.
- La reestructuración de vínculos positivos con las figuras parentales (terapeutas) y las figuras fraternas (compañeros/as del grupo).
- La capacidad de expresar corporal y verbalmente (uso de la palabra) los sentimientos de enojo, tristeza, alegría, miedo y amor (caricias, expresiones faciales, cambios en el volumen de la voz, etcétera).
- La participación en tríadas que implican tolerancia a compartir y el establecimiento de acuerdos más allá de la relación en díadas simbióticas.

En el grupo psicoterapéutico el juego fue el medio de expresión y regulación de los niños/as. La selección de los juguetes ofreció la posibilidad de evolucionar del tipo de juego solitario y asociativo, al juego cooperativo promoviendo el desarrollo social y psicológico esperado para la edad de los niños/as del grupo (Criado, 1999). En las sesiones se observó la evolución en el uso del cuerpo de los

niños/as durante el juego, esto es, que los niños/as pasaron de la micro-esfera a la meso-esfera y luego a la macro-esfera con respecto al uso de los juguetes, esto significa que al principio solo utilizaban su cuerpo como medio de vinculación entre ellos/as, y conforme avanzaron las sesiones los niños/as empezaron a ampliar su campo de juego para vincularse con los otros a través de juegos que implicaban el uso de juguetes o materiales más allá de su cuerpo lo que indica un mayor control del entorno de forma segura y cómoda (Erickson, 1972).

La dinámica grupal operó como un medio de activación para el cambio individual. Se promovió la comprensión empática, la aceptación positiva incondicional y la congruencia para cada uno de los niños/as (Axline, 1975; Egan, 1981). Quienes poco a poco pasaron al reconocimiento de necesidades individuales y transitaron de un liderazgo individual a uno compartido, en el que las necesidades individuales de aceptación, pertenencia y afecto se lograron satisfacer en el espacio grupal.

En algunas sesiones se promovió la comprensión empática al preguntarles cómo creían que podían sentirse los niños/as ante determinadas situaciones (Egan, 1975; Gumaer, Landreth,). S, era quién con más frecuencia ofrecía a los otros niños/as este tipo de reflejos de sentimientos (Rogers, 1975; Rogers, 1997).

El nivel de comprensión empática en los niños/as evolucionó de primario a exacto avanzado (Egan, 1975), es decir que además de expresar los motivos o el significado que tenía para ellos su comportamiento o sentimientos (auto-entendimiento), algunas veces también expresaban cuáles podían ser los motivos o significados de las acciones o sentimientos de otros niños/as (comprensión empática y promoción del auto-entendimiento en otra persona). Los otros niños/as escuchaban, aceptaban o negaban lo que se decía de ellos/as.

Durante las sesiones de terapia grupal se promovió en los niños/as la auto-observación de los sentimientos al finalizar cada sesión, lo que permitía a cada uno expresar sus sentimientos sin ser juzgados (aceptación positiva incondicional), aunque con frecuencia expresaban verbalmente los sentimientos

también se respetaba la expresión no verbal que algunos de ellos elegían dependiendo de sus necesidades. Este ambiente de aceptación facilitó el desarrollo de la aceptación positiva de sí mismos/as y de los otros niños/as del grupo, generando un clima cálido y de respeto sobre todo en la fase avanzada y en la terminación del proceso de terapia.

En este trabajo se observaron dos procesos en la psicoterapia grupal de juego con los niños/as. Por un lado, la evolución del niño/a dentro del grupo, y por el otro el desarrollo del grupo como tal (Ruiz, 2004). En algunos de los niños/as se observó la evolución en la psicomotricidad, que pasaron de jugar exclusivamente en piso, gateando y arrastrándose a ponerse de pie y realizar actividades sentados, con la atención sostenida para concluir las actividades que ellos/as mismas se asignaban. La evolución individual de los niños/as se observó también en el tipo de juegos y en el uso del lenguaje verbal. Particularmente, las niñas eran quienes con mayor frecuencia dejaban de usar la palabra como medio de expresión y usaban su cuerpo o sonidos “primitivos” (sonidos de animales o balbuceo como bebés) para manifestar sus sentimientos. La evolución de los niños/as a nivel grupal se observó en la integración social que alcanzaron la mayoría de los niños/as, quienes pasaron del juego solitario al juego cooperativo, lo que promueve una mejor adaptación y desarrollo social para la edad que tenían los niños/as. En el caso de uno de los niños el juego solitario se mantuvo hasta el final del proceso a pesar de los esfuerzos del grupo y de los terapeutas. Es probable que este niño (Ax) requiriera de mayor tiempo para alcanzar una integración social más adecuada a su edad, sin embargo el grupo era una intervención limitada en el tiempo.

En suma, la propuesta de trabajo psicoterapéutico grupal integrativo tiene un amplio potencial de desarrollo para los niños/as por la presencia de otros niños/as, particularmente en motivos de consulta que implican dificultades en las relaciones interpersonales (timidez, abandono, ansiedad, violencia hacia otros niños/as, desobediencia, etcétera).

Los factores terapéuticos (Yalom, 2000) que destacaron en el proceso grupal de los niños/as en este trabajo fueron: la universalidad, el altruismo, la recapitulación correctiva del grupo familiar primario, el desarrollo de técnicas de socialización, la conducta imitativa, la cohesión grupal y el aprendizaje interpersonal. Los factores terapéuticos como infundir esperanza, la información participada, la catarsis y el reconocimiento del grupo como un microcosmos social se observaron a lo largo del proceso con menor frecuencia y claridad.

La participación de los padres/madres (grupo de reflexión) en un modelo como el propuesto reduce la inasistencia, aumenta el nivel de involucramiento de los padres/madres, ofrece un espacio para la comprensión de los cambios que el niño/a está teniendo a partir de la psicoterapia grupal, devuelve a los padres/madres o personas a cargo de los niños/a (abuelos/as, tíos/as, etcétera) la responsabilidad sobre el cuidado de sus hijos/as, entre otras ventajas que ya han sido señaladas y comprobadas en este trabajo (Torras de Beá, 1996). El reconocimiento de los cuidadores de los niños/as como agentes de cambio fortalece el tejido social para el bienestar psico-social de las comunidades. La idea de un modelo como el que se presenta es que la familia cumpla nuevamente con su función de filtro e intermediario entre los niños/as y su medio ambiente para promover el desarrollo psicológico óptimo (García, 2007).

El grupo de reflexión de padres/madres/abuelos también se observaron cambios a nivel individual y grupal como se espera en el trabajo con la técnica de grupos paralelos. En lo individual expresaron tener mayor comprensión de sus hijos/as o nietos, modificaciones en la conducta como cuidadores del niño/a; y el desarrollo de formas más positivas de relacionarse con sus hijos/as o nietos. Los padres/madres/abuelos asumieron la importancia del tratamiento de sus hijos/as o nietos a partir de su participación en el grupo.

LIMITACIONES Y APORTACIONES

El modelo de psicoterapia de juego infantil grupal integrativa que se presenta en este reporte tiene algunas limitaciones, entre ellas:

- El número de participantes en el grupo psicoterapéutico fue reducido, aunque se había planeado la conformación de un grupo con 7 u 8 niños/as, al final participaron 5. Contar con un número mayor de niños/as amplía las posibilidades de movimiento interno (interacciones entre los miembros del grupo) ofreciendo mayores oportunidades de identificación para la autorregulación de los niños/as y el aprendizaje de nuevas formas de interacción positiva.
- El grupo estuvo conformado tanto por niñas y niños en edad de latencia, sin embargo, podría buscarse un equilibrio mayor en el grupo teniendo el mismo número de niños que de niñas, ya que si faltaba una de las dos niñas, la actividad de juego se veía disminuida.
- El tiempo de la intervención fue de 20 sesiones, quizá el inicio temprano del grupo en el segundo o tercer semestre de la Residencia para contar con 30 sesiones de trabajo ofrecería posibilidades de intervención más profundas y adaptadas al ritmo de trabajo de cada niño/a para un cierre de proceso definido por los avances de los niños/as que por el final de las actividades de la Residencia.
- Los métodos de observación, registro y análisis de las sesiones de psicoterapia grupal no contemplaron la secuencia del juego dentro de las sesiones, por lo que se perdieron oportunidades para una comprensión más profunda de las sesiones y lograr intervenciones más efectivas.
- Los registros de las sesiones de los terapeutas del grupo de niños/as no pudieron ser comparados, lo que pudo ofrecer formas de conocimiento extra sobre lo ocurrido en el proceso grupal desde la óptica de cada terapeuta. Es importante resaltar que en el trabajo con formatos de registro se debe tener un alto grado de acuerdo entre las personas observadoras

para tener una mayor validez a través del porcentaje de coincidencia. En este trabajo no se obtuvo el porcentaje de coincidencia porque no se contó con los registros de uno de los terapeutas al elaborar el presente trabajo y no se establecieron criterios para el registro de las observaciones, cada uno de los terapeutas llenaba el formato de registro en el momento que decidía hacerlo.

- No se creó una forma de registro y análisis de las sesiones que incluyera el trabajo con padres/madres para tener una visión integrada del proceso de los grupos paralelos, se pueden hacer formatos de registro de las sesiones que incluyan el contenido manifiesto y latente en el grupo de reflexión de padres/madres para una comprensión más amplia del funcionamiento de la técnica de grupos paralelos.
- La organización de los registros de las sesiones no se hizo por segmentos de tiempo (10 minutos), y la comprensión del contenido y de las asociaciones entre los juegos de los niños/as fue reducida.
- Finalmente, las formas de registro y de análisis del proceso grupal no incluyeron de forma específica elementos para evaluar las estrategias de intervención de los terapeutas, que fueron incluyéndose o modificándose para enfrentar los retos que se presentaban a lo largo de las sesiones.

Algunas de las aportaciones que este trabajo hace a la psicoterapia infantil son:

- La sistematización de uno de los primeros modelos de psicoterapia grupal integrativa con niños/as que incluye el trabajo paralelo con padres/madres en México. Esto es, que aunque existe una bibliografía amplia sobre la psicoterapia grupal con niños/as a nivel mundial (Ginott, 1961; Axline, 1975; Gumaer, 1984; Glasserman y Sirlin, 1984; Speier, 1984; Corominas, Farré, Martínez y Camps, 1996; Pavlovsky, 1987; Privat y Quélin-Souxligoux, 2003); en México se han documentado tres experiencias de trabajo grupal en los último diez años (Dupont y Jinich, 2007; Ruiz, 2004; Rojas, 2006), y solo una de ellas ha incluido el trabajo con padres/madres (Dupont y Jinich, 2007). En las universidades de México, aún falta claridad y profundidad en

el conocimiento de los modelos integrativos en la psicoterapia infantil, tanto individual como grupal. Esto coloca a la Residencia en Psicoterapia Infantil, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), como un espacio único de formación, actualizado y en permanente evolución hacia conocimientos que permitan el desarrollo de estrategias de intervención a la vanguardia de la realidad social de México y el mundo.

- La creación de un modelo integrativo que incluye elementos del Psicoanálisis y la Terapia de Juego Centrada en el niño, que han sido efectivos y que integrados en una estrategia de intervención única ofrecen un modelo innovador y efectivo para el trabajo clínico con los niños/as y sus padres.
- El modelo integrativo que se presenta en este trabajo abre la posibilidad para desarrollar la “actitud integrativa” (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004) que permite una mirada clínica más amplia y completa de los fenómenos psicológicos (Ungo, 2010), que ofrece a los terapeutas la oportunidad para desarrollar un sentimiento de pertenencia e identidad como un “psicólogo/a o terapeuta integrativo”.
- Ofrece un esquema de organización definido de las sesiones de terapia grupal con niños/as en cinco momentos: bienvenida, tiempo de acción, tiempo de pensar, tiempo de ordenar y despedida.
- La creación de formatos de registro de las sesiones para una comprensión y análisis del juego en las sesiones de psicoterapia que hasta ahora solo se habían propuesto para la psicoterapia individual (West, 2000) o al registro por cada niño/a en las sesiones de trabajo grupal (Criado, 1999).
- Constituye un documento sobre el desarrollo de los modelos integrativos en México y aporta a la investigación documental una serie de referencias bibliográficas para comprender la psicoterapia grupal con niños/as en México y los modelos integrativos desarrollados en Europa y América Latina.
- El modelo que se presenta es una solución a la escasez de terapeutas capacitados para atender un elevado porcentaje de niños/as que presentan

alguna problemática en los centros comunitarios, es una estrategia de intervención para atender a un número mayor de niños/as optimizando los recursos limitados con los que a veces cuentan los centros comunitarios (cantidad de terapeutas, número de consultorios, etcétera).

Sugerencias/recomendaciones

La técnica de grupos paralelos es una herramienta de trabajo psicoterapéutico innovadora que puede llevarse a cabo en centros comunitarios como una estrategia institucional para responder a las necesidades de atención psicológica de los niños/as y sus familiares. El grupo psicoterapéutico de niños/as y el grupo de reflexión de padres/madres logró formarse a pesar de la inasistencia de uno de los niños a partir de la primera fase. El grupo psicoterapéutico en las comunidades es una alternativa para la ayuda psicológica a un número mayor de niños/as de forma efectiva, en la que se optimizan los recursos con de las organizaciones que atienden a las comunidades en situación de riesgo social en México.

Se sugiere para futuras investigaciones sobre el trabajo grupal establecer criterios para el registro de las sesiones y medir el porcentaje de coincidencia entre terapeutas. También se sugiere la revisión de los formatos para incluir elementos sobre el proceso grupal durante el proceso para su análisis. En este trabajo dichos elementos fueron incluidos para el análisis de los videos de las sesiones, en un formato de observación dividido por segmentos de diez minutos para comprender la secuencia del juego e identificar después de cada sesión el contenido manifiesto, el tipo de juego, la dinámica grupal, los factores terapéuticos, los aspectos latentes y los hechos significativos, de esta forma se podría optimizar el trabajo después de cada sesión y no solo al final del proceso, ya que se no existe la posibilidad de hacer modificaciones al trabajo terapéutico.

La Residencia requiere de una constante actualización para la formación de psicoterapeutas infantiles basados en la investigación reciente sobre el estudio y análisis de los procesos involucrados en la psicoterapia grupal con niños/as para mantenerse como una oferta educativa que responde a las necesidades sociales

que se viven en México. El trabajo grupal con niños/as puede desarrollarse como una línea de investigación que permita fortalecer al terapeuta en el desarrollo de habilidades de intervención en co-terapia.

A lo largo de este trabajo surgió la necesidad de conocimientos más amplios de metodología cualitativa para el análisis de los datos observados en el proceso de la psicoterapia grupal. Quizá pueden incluirse algunos elementos teóricos y aplicados sobre indicadores genéricos como los que han surgido en la investigación actual sobre los procesos de terapia grupal con personas adultas en modelos integrativos (Krause, et al, 2006).

También se sugiere la creación de grupos abiertos para abrir la posibilidad de que los niños/as alcancen el nivel de desarrollo social y psicológico que requieren a su propio ritmo, lo que implicaría el inicio temprano del trabajo grupal en los centros comunitarios, quizá desde el segundo semestre de la residencia.

La experiencia del Grupo Infantil Natural (GIN) y el Grupo Analítico de Padres (GAP) (Jinich y Dupont en 2002 en la AMPAG), fue un peldaño para el desarrollo del modelo que se presenta en este texto, que es único en su tipo hasta el momento. Se espera que como fue en su momento el GIN-GAP, el Modelo de psicoterapia de juego grupal integrativa sea una alternativa de terapia grupal para los niños/as en las instituciones, organizaciones de la sociedad civil en la práctica privada de la psicoterapia en México.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angarita, A. C. (2010). Sistematización de las prácticas sociales En: *Psicología Social. Teoría y práctica*. Colombia: Uninorte. p.p. 211-237.
- Anzieu, A., Anzieu, C. y Daymas. S. (2010). *El juego en psicoterapia del niño*. España: Biblioteca Nueva. p. 283.
- Axline, V. (1975). *Terapia de juego*. México: Diana.
- Aznar, B. M. (2009). Intervención con padres en la clínica de niños. *Clínica y Salud*. Vol. 20. Núm.3, p.p. 291-300.
- Berg, R., Landreth, G. y Fall, K. (1998). *Group counseling. Concepts and procedures*. Estados Unidos: Taylor & Francis.
- Burrucco, A. J., Molins, G. C., De la Iglesia, F. L. y Mollejo, A. E. (1992). Encuentros y divergencias en un grupo paralelo de niños y madres. *Comunicación. Revista* 13-14. Sociedad Española de Psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. p. p. 155-167. Recuperado de: <http://www.seypna.com/articulos/encuentros-divergencias-grupo-paralelo/>
- Corominas, J. Farré, L., Martínez, M. y Camps, N. (1996). *Psicoterapia de grupo con niños. Una experiencia de psicoterapia psicoanalítica aplicada a la enuresis*. Barcelona: Paidós.
- Chazan, S. E. (2005). *Profiles of play. Assesing and observing Structure and process in Play Therapy*. Jessica Kingsley Publishers. London.
- Criado, M. G. (1999). *El juego y el desarrollo infantil*. España: Octaedro.
- Corey, G. (2000). *Theory and practice of group counseling*. Estados Unidos: Brooks Cole. p. p. 447-502.

- Cueli, J. (1989). *Psicoterapia social*. México. Trillas.
- Díaz, P. I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: Editorial Pax. Parte I: Cap. 1 y 2; 4 y 5
- Dickerson, V. C. (2010). Positioning oneself within an epistemology: refining our thinking about integrative approaches. *Family Process*, Vol. 49, No. 3. p. p. 349-368.
- Dupont, M. A. y Jinich, A. (2007). *Una alternativa para el tratamiento psicoanalítico grupal de niños y padres*. GIN-GAP. México: Editorial Plaza y Valdez.
- Egan, G. (1981). *El orientador experto. Un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal*. México: Editorial Iberoamericana. p. 245.
- Esquivel, A. F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego*. México: Manual Moderno.
- Esquivel, F. Heredia, C. y Lucio, E. (2007). El psicodiagnóstico clínico del niño. México: Manual Moderno. p. 373.
- Erikson, (1972). Interpretación del juego en los diferentes niveles de la relación con el mundo externo dependiendo del uso del cuerpo y los juguetes.
- Erskine, R. (2012). La relación terapéutica. Una psicoterapia integrativa en acción. Recuperado el 13 de septiembre de 2012. De: <http://www.integrativetherapy.com/es/articles.php?id=7>
- Erskine, R. Moursund, J. y Trautmann, R. (2012). Más allá de la empatía. Una terapia de contacto-en-la-relación. España: Desclée De Brouwer. p.p. 11-29.
- Fernández-Álvarez, H. (2004). Terapia de grupo y trastornos de personalidad. En: Fernández-Álvarez, H. y Opazo, R. (2004). La integración en psicoterapia. Manual práctico. México: Paidós. p.p. 227-256.

- Fernández-Álvarez, H. y Opazo, C. (2004). *La integración en psicoterapia. Manual práctico*. España: Paidós.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. España: Paidós. p. p. 353- 382.
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. México: Paidós. p.p. 207-304.
- Glasserman, M. R. y Sirlin, M.E. (1984). *Psicoterapia de grupo en niños*. Argentina: Nueva Visión. p.p. 140-172.
- Gómez, A. A. (2006). Los padres en la psicoterapia de los niños. *Pensamiento Psicológico*. Vol. 2, No. 6, p.p. 103-113.
- Gómez del Campo, E. J. (1991). El modelo de salud mental para la intervención comunitaria. En: Lartigue, T. (1991). *Salud comunitaria: una visión panamericana*. p.p. 82-105. México: Universidad Iberoamericana.
- Golden, M. J. y Damon, L. (1989). *Group treatment for sexually abused children*. Estados Unidos: Guilford Press.
- Ginott, H. G. (1961). *Group psychotherapy with children. The theory and practice of play therapy*. Estados Unidos: McGraw Hill Books Company. p.p. 169-189.
- Gumaer, J. (1984). *Counseling and therapy for children*. United States of America: The Free Press.
- Hendrix, C., Fournier, D. y Briggs, K. (2001). Impact of co-therapy teams on client outcomes and therapist training in marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy*. 23, (1), p. 63-82.

- Käes, R., Fernández, A. M., Mercado, J., Vallejo, G. y Solís, H. (2006). Universidad de Guadalajara, Editorial Universitaria.
- Klein, R. H. (1996). Terapia breve de grupo. En: Kaplan, H. I. & Sadock, B. (1996). *Terapia de grupo*. 3 ed. México: Editorial Médica Panamericana.
- Mariñelarena-Dondena, L. (2008). Psicología positiva y modelos integrativos en psicoterapia. *Fundamentos en Humanidades*. Año IX, Núm. II, (18). p.p. 55-59.
- Matthews, K. L., Cunningham, J. M. (1983). Combination of multiple-family therapy with parallel groups. *American Journal of Psychotherapy*. Vol. XXXVII, No. 1. 113-120.
- Mearns, D. y Thorne, B. (2000). La terapia centrada en la persona hoy. España: Descleé De Brouwer. p.p. 149-171.
- Norcross, J. C., Karpiak, C. P. y Lister, K. M. (2005). What's an integrationist? A study of self-identified integrative and (occasionally) eclectic psychologists. *Journal of clinical Psychology*. Vol. 61 (12), p.p. 1587-1594.
- Landreth, G. (2002). *Play therapy. The art of the relationship*. Estados Unidos: Brunner-Routledge. p.p. 27-51.
- Landreth, G. L., Sweeney, D. S., Ray, D. C. y Glover, G. J. (2005). *Play therapy interventions with children's problems: case studies with DSM-IV-TR*. Estados Unidos: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

- Lartigue, T. y Maldonado, M. En: Salles, M. (2006). *Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes*. México: Editorial Plaza y Valdez
- Oe, E. (1999). Sibling group play therapy En: Sweeney, D. y Homeyer, L. (1999). *The handbook of group play therapy: How to do it, how it works, whom it's best for*. Australia: Jossey-Bass Publishers.
- Olivares, V. R. (2005). La construcción socio-existencial de los varones hoy. Tesis de maestría. Universidad Iberoamericana. México.
- Pavlovsky, E. (1987). *Psicoterapia de grupo en niños y adolescentes*. 4 ed. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda.
- Pérez, H. A. (2005). Psicoterapia de grupo con niños, adolescentes y padres: Experiencias de trabajo. Cuba: Editorial Científico-técnicas.
- Privat, P. y Quélin-Souligoux, D. (2003). *El niño en psicoterapia de grupo*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Popescu, O. M. y Gane, S. G. (2011). The Wizarding School: A psychotherapy program for children. *International Journal of Integrative Psychotherapy*. Vol. 2. No. 2. p.p. 1-18.
- Roller, B. y Nelson, V. (1991). *The art of co-therapy. How therapist work together*. Estados Unidos de América: The Guilford Press. p.p. 11-36.
- Romero, M. A. F. (2010). *Psicoterapia. Investigación del resultado y del proceso de la psicoterapia. Atribuciones sobre su efectividad*. España: Ediciones Absalon.
- Disponible en:
http://www.edicionesabsalon.com/universitas/pdf/C8_psicoterapia.pdf

Rosado, M. (2007). Enfoque integrativo en psicoterapia. *Psicología y Educación*. Vol. 1. Núm. 2. p. p. 42-50.

Rogers, C. y Kinget, M. (1971). El Terapeuta. En: *Psicoterapia y Relaciones Humanas. Teoría y Práctica de las Relaciones Humanas*. Vol. 2 Alfaguara, Madrid 1971. p.p. 111-131.

Rogers, C. (1975). La respuesta reflejo. En: Lafarga, J. y Gómez, J. (1992). *Desarrollo del potencial humano*. Vol. 1, México: Trillas.

Rogers, C. (1992). Condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de personalidad. En Lafarga, J. y Gómez, J. (1992). *Desarrollo del potencial humano*. Vol. 1, México: Trillas, pp. 77-92.

Rogers, C. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente*. España: Paidós.

Rogers, C. (2004). *Grupos de encuentro*. Buenos Aires: Amorrortu.

Rojas, R. M. (2005). Grupo psicoterapéutico con niños víctima de maltrato en un albergue temporal. Tesis de maestría. Residencia en psicoterapia infantil. Posgrado en Psicología. UNAM. p. p. 126.

Ruiz, G. V. (2004). *Psicoterapia de juego grupal con niños (10-11 años) víctimas de maltrato*. Tesis de maestría. Residencia en psicoterapia infantil. Posgrado en Psicología. UNAM.

Sánchez, B. A. (1994). Psicoterapia humanística: Un modelo integrativo. *Observador*. Núm. 3 y 4, Argentina. Recuperado el 25 de abril de 2012 de: http://www.robertexto.com/archivo18/psico_humanis.htm

Salles, M. y Corona, M. A. (2006). *Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes*. México: Editorial Plaza y Valdez.

- Schaefer, Ch. E. (2005). Terapia de juego normativa. En Schaefer, Ch. E. (2005). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno. p. p. 187-195.
- Schaefer, Ch. E., y Foy, D. T (2002). Etapas y pasos desde el nacimiento hasta los 10 años. Guía práctica sobre el desarrollo normal de los niños. España: Medici. p. p. 221-296.
- Schames, G. (1996). Terapia grupal con niños. En: Kaplan, H. I. & Sadock, B. (1996). *Terapia de grupo*. 3 ed. México: Editorial Médica Panamericana.
- Schneider, C. y Corey, G. (2000). The evolution of group: An integrative perspective. En Corey, G. (2000). *Theory and practice of group counseling*. Estados Unidos: Brooks/Cole. p.p. 475-502.
- Suárez, R. C., Del Moral, A. G. y González, F. M. T. (2013). Consejos prácticos para escribir un artículo cualitativo publicable en Psicología. *Psychosocial Intervention*. 22, 71-79.
- Sweeney, D. (2005). Terapia de juego grupal. En: Schaefer, Ch. (2005). *Fundamentos de la terapia de juego*. (2005). México: Manual Moderno. 133-146.
- Sweeney, D. y Landreth, G. (2005). Terapia de juego centrada en el niño. En: Schaefer, Ch. (2005). *Fundamentos de la terapia de juego*. (2005). México: Manual Moderno. 45-57.
- Taborda, A. y Sosa, G. (2005). La institución, el equipo de trabajo y la psicoterapia de grupos. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*. 39/40, 131-156.

- Taborda, A. y Toranzo, E. (2002). Del diagnóstico individual al tratamiento grupal de grupos paralelos de hijos y padres. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*. 33/34, 219-238.
- Toranzo, E., Taborda, A., (2005). Un enfoque de psicoterapia psicoanalítica de grupo. Grupos paralelos padres-hijos. *Clínica y análisis grupal*. Núm. 26, (2), 63-77.
- Toranzo, E., Taborda, A., Ross, T., Mergenthaler, E. y Fontao, M. I. (2008). Foco, interacción grupal y patrones verbales en grupos de padres. Primeros resultados de un estudio piloto. *Revista Argentina de clínica psicológica*. Vol. XVII, p.p. 49-55.
- Torras de Beá, E. (1996). *Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica*. España: Paidós Ibérica.
- Ungo, M. (2010), Psicoterapeutas en transición: desde modelos tradicionales, hacia terapias integradoras. En:
http://www.psicoterapiasintegrativas.com/2010/05/psicoterapeutas-en-transicion-desde_31.html. Recuperado el 11 de abril de 2012.
- Valenzuela, A. (2011). *Aproximación al estudio de la dinámica y los procesos grupales*. Documento inédito.
- West, J. (2000). *Terapia de juego centrada en el niño*. México: Manual Moderno.
- Yalom, I. D. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. México: Paidós. p.p. 21-61.

ANEXO 1

Formatos de registro para las sesiones de
psicoterapia grupal

Sesión: _____ Fecha: _____

DESCRIPCIÓN DEL JUEGO

Inicio: ¿Quién? ¿Espontáneo/indeciso/retardado? ¿Colaboran? ¿Activo o pasivo?

Facilitación: ¿Muestran interés? ¿Hay cambios en el nivel de participación? ¿Instrucciones o sugerencias?

Inhibición: ¿Quién y cómo se originan las interferencias? ¿Actitud negativa? ¿Comentarios que impiden el flujo del juego?

Final: Niño/a ¿Satisfacción, ansiedad, enojo, excitación, deja de jugar o cambia de juego? Adultos: ¿Falta de interés o empatía, marca límites, interrumpe actividad?

Sesión: _____ Fecha: _____

COMPORTAMIENTO SOCIAL	An	S	Ke	C	A	J
Comportamiento inocupado						
Juego solitario						
Comportamiento observador						
Juego paralelo						
Juego asociativo						
Juego cooperativo						
Juego competitivo (Chazan, 2005)						
RECURSOS						
ÁREAS DE OPORTUNIDAD						

OBSERVACIONES:

	SESIÓN	FECHA	SESIÓN	FECHA	SESIÓN	FECHA
COMPONENTE AFECTIVO: Tono general de placer del grupo: Regulación y modulación de afectos:						
COMPONENTES DEL DESARROLLO Nivel de desarrollo (inmaduro, apropiado, avanzado): Identidad de género: Femenino/Masculino/Sin predominancia Nivel Psicosexual: Oral/Anal/Fálico/Genital Separación/Individuación (diferenciación, práctica, reaceramiento, constancia):						
CONTENIDO DE LA SESIÓN (Símbolos y nombre de la sesión)						

TIPO DE JUEGO	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10
PRE-JUEGO										
Exploración										
Manipulación										
Clasificación y acomodación										
JUEGO										
Sensorial										
Coordinación motora gruesa										
Causa y efecto										
Resolución de problemas										
Construcción										
Imitación										
Relacionada con el trauma										
Fantasía										
Juegos de mesa o reglados										
Expresión artística										
Juego de roles										
Funcional (Criado,1999)										
Lucha y persecución										
NO JUEGO										
Comer										
Leer										
Hacer tarea										
Conversar con terapeuta										
Observar										

ANEXO 2

Fichas de identificación y resúmenes de proceso
de cada niño/a

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre	An	Expediente	
Edad	9 años	Terapeuta	Beatriz Alejandra Macouzet Menéndez
Nacimiento	30-01-2002	Supervisor	Mtra. María del Rosario Muñoz Cebada
Escolaridad	4to de primaria	Papá	J
Ingreso	14/09/2011	Mamá	P
Egreso	16/06/2012	Situación egreso	Referencia Interna a psicoterapia grupal

RESUMEN DE PROCESO:

MOTIVO DE CONSULTA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS	SESIONES DE EVALUACIÓN	FOCOS DE INTERVENCIÓN	SESIONES DE PSICOTERAPIA	TOTAL
La madre refiere que Andrea es cohibida y que no se defiende cuando la agreden en la escuela. Comenta que una niña de segundo grado (2 años más chica que ella) le quita su lunch y le pega. La madre refiere que esto empezó dese que Andrea tenía 3 años y añadió que no expresa lo que siente, llora cuando nadie la ve y muestra muchas dificultades para separarse de la gente que quiere (ej. Su abuela). Ante el problema, la madre y el padre le han dicho que se defienda, que ella vale mucho y que reaccione. A la madre le preocupa que llegue a secundaria sin saber defenderse.	<ul style="list-style-type: none"> -Test gestáltico Visomotor de Bender -Método de evaluación de la Percepción Visual de Frostig DTVP-2 -Escala Weschler de Inteligencia para Niños-WISC-IV -Juego diagnóstico -Dibujo de la Figura Humana (DFH) -Test del Dibujo de la Familia -Prueba Kinética del dibujo de la Familia -Prueba de Apercepción Temática para niños CAT (A) 	13 sesiones	----- --	Referencia Interna a psicoterapia grupal	13

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre	S	Expediente	
Edad	9 años 4 meses	Terapeuta	Ma. Kenia Porras Oropeza
Nacimiento	12 de Abril de 2002	Supervisor	Dra. Rosa Korbman de Shein
Escolaridad	Cuarto de primaria	Papá	J
Ingreso	15 de Agosto de 2011	Mamá	A
Egreso	22 de Mayo de 2012	Situación egreso	Alta (finalizó proceso de psicoterapia grupal)

RESUMEN DE PROCESO:

MOTIVO DE CONSULTA	PRUEBAS APLICADAS	SESIONES DE EVALUACIÓN	FOCOS DE INTERVENCIÓN	SESIONES DE PSICOTERAPIA	TOTAL DE SESIONES
Rebeldía y mal comportamiento en casa	Entrevista con madre y padre Bender Dibujo de la Familia Dibujo de la Familia en movimiento Dibujo de la Figura Humana CAT- A WISC-IV Frostig (DTVP-2) Juego diagnóstico	10	Reconocimiento y aceptación de límites Rivalidad fraterna	20	30

OBSERVACIONES:

Soe asistió a las sesiones de psicoterapia grupal. Su papá estuvo en el grupo de reflexión a padres. Ambos consideraron que hubo avances y que en una escala del uno al diez la terapia les ayudó un 9. Se hizo devolución de recursos después de las veinte sesiones de trabajo grupal. El padre comentó que observó mejoras en el comportamiento de la niña. Mencionó que es más obediente, se lleva mejor con su hermana y en la escuela se lleva mejor con sus compañeros/as. Se les sugirió que en caso de necesitarlo pueden volver a solicitar apoyo al centro comunitario. Se habló con el papá de la importancia de fortalecer los recursos que la niña tiene de liderazgo y de pensamiento crítico.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre	A	Expediente	
Edad	9 AÑOS	Terapeuta	RAQUEL CORRALES
Nacimiento	10 FEBRERO 2002	Supervisor	MTRA. ROSARIO MUÑOZ
Escolaridad	4º PRIMARIA	Papá	E (ABUELA)
Ingreso	19 SEPTIEMBRE 2011	Mamá	C
Egreso	08 MAYO 2012	Situación egreso	ALTA

RESUMEN DE PROCESO:

MOTIVO DE CONSULTA	PRUEBAS APLICADAS	SESIONES DE EVALUACIÓN	FOCOS DE INTERVENCIÓN	SESIONES DE PSICOTERAPIA	TOTAL DE SESIONES
La abuela de Axel acude al centro por recomendación del INER, ya que el niño padece crisis de asma por abandono de la madre. Asimismo Axel necesita de otros para realizar las actividades diarias (bañarse, vestirse, ir al baño etc.)	Entrevistas Bender DFH Familia F- Kinética CAT Dibujo Libre	8	Disminución de la ansiedad. Autonomía, independencia. Manejo de emociones. Resolución del conflicto con la figura materna. Desarrollo de habilidades sociales.	Terapia de Juego Grupal 20	28

OBSERVACIONES:

Axel fue canalizado al grupo psicoterapéutico de niños, en el cual tuvo logros terapéuticos como el relacionarse mejor con pares, poderse separar de su abuela, realizar actividades de higiene y autocuidado por sí mismo, y las crisis de asma se pudieron manejar de manera adecuada. Por su parte la abuela estuvo en el grupo de reflexión de cuidadores.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre	J	Expediente	
Edad	9 años 11 meses	Terapeuta	Salvador Chavarría Luna
Nacimiento	20 de septiembre del 2001	Supervisor	Mtra. Rosario Muñoz
Escolaridad	5 de primaria	Papá	J
Ingreso	17 de agosto del 2012	Mamá	G
Egreso	8 de mayo del 2012	Situación egreso	Alta

RESUMEN DE PROCESO:

MOTIVO DE CONSULTA	PRUEBAS APLICADAS	SESIONES DE EVALUACIÓN	FOCOS DE INTERVENCIÓN	SESIONES DE PSICOTERAPIA	TOTAL DE SESIONES
Mala conducta, peleas en la casa y en la escuela, retraimiento, timidez, agresividad, impulsividad	Entrevista con los padres Juego diagnóstico Sesión de juego familiar Bender DFH HTP Test de La Familia CAT-A	10	Se derivó a terapia de grupo Autoregulación	19	29

OBSERVACIONES:

Ingresó a terapia de grupo, asistió a las sesiones con regularidad (sólo faltó a una). Se cumplieron los focos terapéuticos.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre	K	Expediente	917
Edad	10 años	Terapeuta	Salvador Chavarría Luna
Nacimiento	12 de agosto 2001	Supervisor	Mtra. Rosario Muñoz
Escolaridad	5 de primaria	Papá	G
Ingreso	17 de agosto del 2012	Mamá	Y
Egreso	6 de junio del 2012	Situación egreso	Alta

RESUMEN DE PROCESO:

MOTIVO DE CONSULTA	PRUEBAS APLICADAS	SESIONES DE EVALUACIÓN	FOCOS DE INTERVENCIÓN	SESIONES DE PSICOTERAPIA	TOTAL DE SESIONES
Ansiedad, se mordía los nudillos, agresividad, retraimiento	Entrevista con el padre Juego diagnóstico HTP Test de La Familia Frases Incompletas CAT-A	8	Se derivó a terapia de grupo y cotinúo en terapia individual Autoregulación Ansiedad Socialización	Individual 17 Grupo 18	Individual 25 Grupal 18 Total 43

OBSERVACIONES:

Ingresó a terapia de grupo, asistió a las sesiones con regularidad. Se cumplieron los focos terapéuticos.

ANEXO 3

Carta por ausencia de terapeuta mujer a la
sesión 8

Hola S, An, Ke y J:

No pude asistir el día de hoy a la sesión de grupo, desde la semana pasada lo sabía y olvidé decirles. Estaré pensando en ustedes porque me gusta acompañarlos en el cuarto de juego. Espero tengan una linda sesión.

Kenia P.

P.D. Nos veremos la próxima semana.